



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



**EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO
PSICOANALÍTICO.**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

MARIA GUADALUPE PERALTA MACOTELO
No. de Cta: 0821849

ASESOR

LIC. JAVIER VILLEGAS LÓPEZ

TOLUCA, MÉXICO, FEBRERO DEL 2015.

Agradecimientos

A mi asesor Luis Javier Villegas López quien me apoyó en la construcción de este proyecto, gracias por cada palabra, corrección y tiempo que me ayudó a crecer tanto personal como profesionalmente.

A mis revisoras Mtra. Alma Cecilia y Dra. Sonia, quien agradezco profundamente su orientación y guía para la culminación de esta a través de sus enseñanzas, paciencia y dedicación.

A la universidad Autónoma del Estado de México, por haber sido parte de ella y a sus docentes que brindaron sus conocimientos para contribuir con mi desarrollo profesional que me forjo como profesionista.

Por último quiero agradecer a la Universidad Nacional de Mar del Plata y el sistema de intercambio académico, ya que estudiar en esta institución favoreció a mi formación personal y profesional.

Dedicatorias

Es mi deseo como gesto de agradecimiento, dedicarles esta tesis, con todo mi cariño y admiración en primera instancia a mis padres, quienes permanentemente me apoyaron contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y los objetivos propuestos.

A mi hermano por estar siempre acompañándome y darme apoyo moral aportando cosas positivas en mi vida.

A mis amigas (pinky-clan) con quienes crecimos juntas durante estos últimos años y con quienes compartimos alegrías, tristezas, pláticas, viajes, peleas y reconciliaciones, gracias por estar siempre ahí conmigo.

A mis roomies Marina y Ruth por las noches de desvelos ya sea estudiando o por diversión.

A todos mis amigos, maestros y familiares que hicieron posible la realización de esta obra quiero agradecer su apoyo, palabras de aliento, ánimos, confianza y sabiduría.

A aquellos que ya no se encuentran conmigo, pero que estuvieron presentes a lo largo de mi carrera y formaron parte de mí.



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	MARÍA GUADALUPE PERALTA MACOTELA		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0821849
Opción	TESIS INDIVIDUAL	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO		

	NOMBRE	FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	LIC. LUIS JAVIER VILLEGAS LÓPEZ		19-Dic-2014

	NOMBRE	FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	MTRA. ALMA CECILIA GUTIÉRREZ GARCÍA	 13. Nov. 14	 7. ene. 2015	 13. feb. 15
REVISOR	DRA. SONIA YOLANDA ROCHA REZA	 4. nov. 14	 15. ene. 2015	 12. feb. 15.

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del **anexo 8.7** "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

	NOMBRE	FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL	 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA TITULACIÓN	13 FEBRERO 15



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

El que suscribe María Guadalupe Peralta Macotela, Autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de Tesis con el título El autismo desde dos enfoques: modelo médico y modelo psicoanalítico, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en Facultad de Ciencias de la Conducta para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de Licenciada en psicología.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma NO EXCLUSIVA, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de Toluca, a los 20 días del mes de Febrero de 2015.

María Guadalupe Peralta Macotela.
Nombre y firma de conformidad

Índice

Resumen	7
Presentación.....	8
Introducción	10
Capítulo I. Aspectos fundamentales del autismo.	
1.1 Antecedentes Históricos.....	14
1.2 Criterios De Clasificación.	24
Capítulo II Autismo (Psicosis Infantil) desde el psicoanálisis.	
2.1 Margaret Mahler	35
2.2 Bruno Bettelheim.....	48
2.3 Melanie Klein.....	56
2.4 Donald Winnicott	66
2.5 Donald Meltzer	78
2.6 Frances Tustin.....	83
Capítulo III. Autismo infantil Modelo Médico	
3.1 Bases clínicas del autismo.	93
3.2 Factores Peri y Post natales.....	97
3.3 Estudios genéticos	102
3.4 Aspectos Neurobiológicos Del Autismo.....	105
3.5 Autismo Y Epilepsia	108
3.6 Semiología Autista En Pacientes Con Epilepsia Del Lóbulo Temporal	109
3.7 Cerebro Social.....	113
3.8 Neuronas En Espejo	115

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Capítulo IV. Tratamientos complementarios en el autismo

4.1 Los Programas De Tratamiento.....	124
4.2 El Tratamiento ABA.....	126
4.3 PECS Sistema De Comunicación Por Intercambio De Imágenes	132
4.4 Método Educativo “Teacch” (Treatment And Education Of Autistic And Relater Communication Handycaped Children).....	136
4.5 Terapia De Intercambio Y Desarrollo.	138
4.6 Tratamiento Farmacológico.....	140
4.7 El Tratamiento DIR.....	141
4.8 Terapia Asistida Por Animales	143
4.9 Terapia Ocupacional en el Autismo.....	148
4.10 Dieta libre de gluten y Caseina.....	149
Método	151
Discusión	153
Sugerencias.....	157
Anexos	159
Bibliografía.....	174

Resumen

La presente investigación contribuye a hacer hincapié al estudio dual del niño mediante dos modelos teóricos y terapéuticos relativos al autismo infantil: el modelo médico y el modelo psicoanalítico, donde resulta importante analizar a una misma condición que es estudiada desde posturas diferentes con la finalidad de llegar a un mismo resultado. Se parte de la fundamentación de la etiología, diagnóstico y tratamiento en cada una de estas posturas. De esta manera, se hace mención de los diferentes tratamientos complementarios en el autismo. Se llevó a cabo mediante una investigación documental cuyo método utilizado fue el análisis de textos expositivos.

Se concluye que existen dos planteamientos totalmente distintos en un mismo padecimiento y esto repercute en las formas de abordar terapéuticamente este trastorno, así mismo cada uno de estos modelos atiende a distintos objetivos los cuales en ocasiones se llegan a contradecir.

Palabras clave. *Autismo, modelo psicoanalítico, modelo médico, tratamiento complementario.*

Presentación

En este trabajo se ofrece un estudio documental enfocado a dos abordajes teóricos y terapéuticos referentes al autismo infantil: El modelo médico y el modelo psicoanalítico.

Ambos modelos que a partir de la documentación recabada son aquellos que más profundizan en cuanto la etiología, el diagnóstico y tratamiento en el autismo.

Por un lado, el discurso médico reclama desde sus coordenadas biológicas y genéticas la etiología exclusiva del cuadro “autismo en la niñez”. Sin embargo, cuando hace la descripción del comportamiento de un autista para diagnosticar y planificar tratamientos, retorna a conceptos básicos tradicionales de la psicología, como son: juego, sociabilidad, emocionalidad, afecto, lenguaje, atención, etc. (Annoni, 2011)

Por otro lado la teoría psicoanalítica será la primera que pretenda situar el correlato entre las aportaciones del medio y el desarrollo psíquico y que por tanto proponga una lectura de la psicopatología infantil en términos de “perturbaciones del desarrollo”.

Se debe señalar que, sin Sistema Nervioso Central no habría sujeto, pero solo con él, tampoco. Lo que llamamos sujeto surge de una intrincada articulación entre los efectos de la manera de vivir que se imprime en el cuerpo, y dicha impresión esta sujeta a los efectos de múltiples factores que podrían colocarse entre los ambientales, hasta lo instrumental que debe proporcionar el Sistema Nervioso Central, para que esto ocurra (Annoni, 2011).

Es aquí donde se cae en cuenta que existe una paradoja de las ciencias donde un mismo fenómeno se estudia desde posturas diferentes, incluso divorciadas entre sí, con la finalidad de llegar a un mismo resultado.

Por un lado desde el discurso médico una dolencia a nivel orgánico se manifiesta de manera uniforme, y la clínica para aliviarla, sigue esa uniformidad, mientras que, si se tiene en cuenta al sujeto en cuanto afecciones psíquicas los senderos que tienen que seguir las clínicas son mucho más complicados, es por tanto que en el estudio de esta patología se da la oportunidad de aterrizar ambos conocimientos de una manera

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

interdisciplinaria, ya que esta paradoja queda acentuada en el trastorno autista de forma considerable. De aquí la importancia de tomar en consideración ambas posturas dentro de un trastorno de tal magnitud.

Introducción

La investigación planteada contribuye a hacer hincapié al análisis dual en el niño autista, ya que los padres ante un acontecimiento de este tipo, suelen acudir de manera aislada, eligiendo a uno u otro profesional en estas diferentes ramas, cuando lo ideal sería una revisión desde ambos discursos para la intervención en el niño.

Se cree necesario abordar el tema del autismo desde sus inicios, es decir el origen del concepto y los antecedentes históricos que marcaron la pauta para su posterior estudio además siendo esta condición una patología tan enigmática en cuanto su génesis es necesario presentar algunas de las posturas entre las cuales se encuentran la biología y el psicoanálisis.

La primera parte de la investigación se encargó de presentar el camino que se le ha dado al autismo a través del tiempo, desde sus primeras documentaciones hasta llegar al estado actual del cuadro. Así como también se incluyen los criterios diagnósticos tanto del DSM-III como el DSM-IV con el fin de comparar la noción de esta patología a través del tiempo y contrastándolo con el actual DSM V.

En el segundo capítulo se abordaron diferentes autores de corte psicoanalítico que dedicaron sus estudios a patologías graves en la infancia, exponiendo entonces la etiología, desarrollo de su teoría y tratamiento que cada uno de ellos propone.

El tercer capítulo va dedicado a los aportes actuales en el área médica sobre etiología, y criterios diagnósticos en el autismo desde las bases biológicas.

En el cuarto capítulo se realizó una clasificación de las distintas terapias utilizadas en su tratamiento, y a partir de dicha categorización, se detallan de forma particular cada una de ellas.

Por último se encuentra el apartado de conclusiones y sugerencias, donde se hace una discusión sobre los enfoques.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Los resultados de este estudio pretenden aportar herramientas de corte científico para tomar en cuenta la alternativa de consultar a estos dos profesionales de manera conjunta para mejores resultados.

Justificación

Actualmente el trastorno del espectro autista se encuentra en incremento de manera considerable, según IACAPAP en su revista *Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, a partir del año 2000 a la fecha se ha dado un aumento significativo en la aparición del autismo, en dicho año existía una frecuencia de 1 entre 150; para el 2008 estas cifras aumentan a 1 entre 88. Por otro lado en México, la Clínica Mexicana de Autismo (Clima) calcula que existen alrededor de 40 mil niños y un número no definido en adultos que padecen autismo, lo que indica que el problema es más frecuente que el cáncer infantil, la diabetes y el sida.

Galende en su obra "De Un Horizonte Incierto" (Galende, 1997) afirma que actualmente se vive en un mundo y en una época en la que las escenas, los escenarios, la teatralización y otras formas de representaciones, han invadido nuestra experiencia cotidiana de la realidad. Vivimos en una nueva cultura y se producen cambios profundos en las formas de trato y vínculo entre los individuos.

Una característica que se encuadra en este texto es que el individuo, insertado en esto que se llama mercado nos obliga a todos a una redefinición de lo social mismo. La subjetividad que ha producido, y lo sostiene, es la de la competencia. Todos los individuos se preparan en todas las dimensiones de su vida para mantenerse competitivos, como modo de inserción social. Esta individualidad busca definir su identidad por el consumo de objetos.

La industria actual lleva a los individuos a la exaltación de necesidades cuya satisfacción procura, como parte de la lógica de la producción y el consumo.

Por otro lado el autismo es un trastorno del desarrollo que impacta esencialmente en tres áreas: la comunicación, la socialización y la conducta.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Los trastornos del espectro autista están referidos a diferentes cuadros clínicos ligados a dificultades socio-comunicacionales y conductas repetitivas y se diferencian entre sí por la severidad de los síntomas, el coeficiente intelectual y la adquisición del lenguaje.

La condición autista debido a sus áreas afectadas le es imposible desempeñar e integrarse en las demandas que trae consigo esta “sociedad actual” de la que habla Galende, por lo tanto quedan fuera y se da una exclusión total donde no se entra en la dinámica y los obliga vivir al margen.

Se decidió apelar al modelo médico ya que es a partir de éste es en el cual se da la primera nosología del autismo propiamente dicho, por tanto, es desde este modelo la mayoría de la literatura sobre esta condición, a demás, en la actualidad, es de los más aceptados para su tratamiento y desde su discurso, se tiene la convicción de que se reduce a la biología toda comprensión de los trastornos humanos.

Sin embargo, la etiología de lo síntomas psiquiátricos de la infancia raramente se ha visto de manera independiente del contexto familiar, no obstante la familia representa un papel central en las experiencias infantiles y estas afectan el futuro del niño, el psicoanálisis por su parte profundiza en los procesos intrapsíquicos, sin ignorar nunca la importancia del vínculo con los padres, por lo tanto el autismo es entendido no como una reducción causa-efecto, sino como un pensamiento complejo, donde se interesa por la subjetividad ya que el autismo desde esta postura es una forma peculiar de situarse en el mundo.

Delimitación de la problemática

Este trabajo recurre a estudios desde el modelo médico neurológico así como también desde teorías psicoanalíticas que permitieron la descripción y el análisis sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento del trastorno autista, mediante un análisis textual.

No se trabajó con niños autistas sino que esta investigación apeló a estudio documental, esta fundamentada los postulados en las bases teóricas de diferentes autores elegidos según las necesidades epistemológicas de este escrito.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Se enfocó en el tipo de autismo de bajo nivel o autismo típico de Kanner y autismo de alto nivel (síndrome de Asperger); el trastorno desintegrativo de la infancia, síndrome Rett o el trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otra forma, no fueron mencionados. Aunque estos últimos se consideren parte del llamado Espectro Autista.

A lo largo de la investigación se habla de espectro autista, trastorno del espectro autista, condición autística, trastorno autista, niño autista, psicopatía autista, psicosis autista, o psicopatología autista pero cabe resaltar que todos estos términos pertenecen a una misma condición la cual se caracteriza por problemas en las áreas cognitiva, social y de comunicación, y se acompaña de conductas estereotipadas entre ellas autoagresión, ecolalia y el apego estricto a rutinas, sin embargo cada autor o desde cada postura se nombra de distinta manera.

Objetivo General

Elaborar un marco teórico conceptual para formar un cuerpo de ideas sobre el autismo y analizar dos de los modelos de intervención a través de la aplicación de procedimientos documentales. Estos procedimientos han sido desarrollados con el objeto de aumentar el grado de certeza de que la información reunida será de interés para terapeutas, médicos, psicólogos, profesores e interesados en el autismo, y que además, reúne las condiciones de fiabilidad y objetividad documental. Técnica documental que permite la recopilación de información para enunciar las teorías que sustentan el estudio de los fenómenos.

Objetivos Específicos

Analizar la etiología, diagnóstico y tratamiento, mediante teorías sobre Autismo desde diferentes autores de corte psicoanalítico.

Analizar la etiología, diagnóstico y tratamiento en el autismo desde el discurso médico neurológico.

Desarrollar cada una teorías e identificar puntos de afinidad y diferencias.

Primer capítulo

Aspectos fundamentales del autismo.

Antecedentes Históricos

El autismo es una patología cuya causa aún se encuentra incierta, no solo en sus orígenes, sino en muchos de los aspectos teóricos y de tratamiento, es necesario comenzar por conocer el surgimiento histórico, a partir de la aparición de dicho trastorno documentado, con el objetivo de comprender como se ha ido desarrollando la teoría a partir de los casos clínicos para comprender la manera que ha llegado el conocimiento que se tiene a la actualidad y a partir de estos se han desarrollado los tratamientos de intervención actuales.

El primer caso documentado que se sabe de síntomas similares a los que afecta al síndrome autista data del siglo XVI Johannes Mathesius (1565), cronista del monje alemán Martin Lutero, relató la historia de un muchacho de 12 años severamente autista. De acuerdo con la descripción del cronista, Lutero pensaba que el muchacho no era más que una masa de carne implantada en un espíritu sin alma, poseído por el diablo, respecto al cual sugirió que debería morir asfixiado. (Artigas-Pallares, 2012)

A partir de ahí, parece haber una interrupción, ya que se tienen escritos hasta el año de 1801 donde apareció un informe presentado ante la “Sociedad de los Observadores del Hombre”, respecto al niño conocido como el salvaje del Aveyron, en él, Pinel (Jean Itard, 1978) narra a un muchacho de 12 años de edad, y lo describe de la siguiente forma:

Es la imagen misma del idiotismo, ríe o llora por efecto de una imitación puramente mecánica y sólo parece sensible a las necesidades físicas. Ejecuta servilmente todo lo que se le ordena y responde con un sí un no, sin ningún tipo de discernimiento a las preguntas que se le formulan.

El idiotismo, congénito o adquirido precozmente, en la opinión de Pinel, destruye para siempre las facultades psíquicas y nada puede esperarse de estos niños, que deberán por tanto ser confinados en un hospicio.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Jean Itard, discípulo de Pinel decide que puede lograr avances en dicho sujeto, lo cual lo somete a sesiones de aprendizaje, las cuales quedan plasmadas en “Memoria sobre los primeros avances de Víctor de Aveyron” donde describe el caso de Víctor, un niño salvaje que fue encontrado aproximadamente a los 12 años viviendo solo en el bosque de Aveyron. Itard lo describió como un extraño ser subhumano que no puede hablar ni comprender el lenguaje de los hombres y que además está acostumbrado a alimentarse con bellotas y raíces e ignora cualquier modalidad civil. (Itard, 1982).

Itard a diferencia de Pinel, no ligó este padecimiento con cuestiones orgánicas sino con la privación sociocultural como consecuencia del aislamiento prolongado. Ante esta situación él solicitó a las autoridades la responsabilidad del niño con el fin de reeducarlo en su casa dejándolo en manos de una institutriz quien tenía indicaciones de concederle todos sus gustos e inclinaciones sin disuadir sus hábitos.

Inicialmente el niño hacía intentos por escapar, articulaba únicamente un sonido, carecía de expresiones, no presentaba atención a nada, le molestaban algunos ruidos, parecía no tener sentimientos aunque más a delante expresaría alegría y cólera. Era indiferente al frío y el calor, su alimentación era repugnante, rechazaba acostarse en la cama y pasaba mucho tiempo en la fuente del jardín.

Cinco años después de iniciar el programa de reducción, según un informe enviado en el año 1806 de Itard dirigido a Pinel decía lo siguiente: “Víctor aprendió a leer y escribir algunas palabras, se comunica con sus semejantes y ha establecido afecto con las personas que se encargan de él, sin embargo no ha adquirido el uso de la palabra”.

Itard publicó los resultados obtenidos afirmando que el niño no es un idiota irrecuperable sino un ser interesante que merece la atención de los observadores y cuidados adecuados.

A pesar de que han descrito más casos de niños salvajes ninguno ha tenido una descripción tan minuciosa como la que realizó Itard. El caso de Víctor así como otros casos donde niños no pasan sus primeros años en compañía de personas (niños ferales) han sido comparados en muchas ocasiones con el autismo.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Ya en 1911, el término Autismo fue utilizado por primera vez por Bleuler (Bleuler, 1960) para referirse a un trastorno del pensamiento que aparece en algunos pacientes esquizofrénicos y que consiste en la incesante autorreferencia que hacen de estos sujetos a cualquier suceso que ocurre.

En el libro de *demencia precoz: el grupo de las esquizofrenias*. Eugen Bleuler (1960) explicó la sintomatología de la esquizofrenia dividiéndola en dos: síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Los primeros eran característicos de la enfermedad mientras que los últimos podían aparecer también en otras enfermedades. Bleuler (Bleuler, 1960) situó al autismo como síntoma fundamental de la esquizofrenia y describió por medio de este la relación que tenían los enfermos con la realidad; al respecto señaló:

Los esquizofrénicos más graves, que no tiene contacto con el mundo externo viven en un mundo propio. Se han cerrado en sus deseos y anhelos (que consideran cumplidos) o se ocupan de las vicisitudes o tripulaciones de sus ideas persecutorias; se han apartado en todo lo posible de todo contacto con el mundo exterior. A este desapego de la realidad, junto con la predominancia relativa y absoluta de la vida interior, lo denominamos autismo (pág. 71)

Bleuler identificó algunos rasgos característicos del autismo pero siempre en relación con la esquizofrenia. Él hablaba de una apatía hacia el mundo externo, de un aislamiento de los conductos sensoriales (en especial de la piel) de una exclusión total de la realidad (en casos más graves), etc.

En esa misma publicación el psiquiatra describió el pensamiento autista, cuyo contenido estaba constituido por deseos y temores lo consideraba como la fuente de las ideas delirantes de los desvíos de la lógica que otros síntomas mórbidos característicos de la esquizofrenia.

Utilizó los conceptos psicoanalíticos de Freud para entender los procesos mentales desde la psicodinámica, añadió las ideas freudianas en la práctica clínica, ya que estas estaban a la vanguardia en la cuestión de la esquizofrenia. El psiquiatra conoció la noción freudiana del autoerotismo que se refiere la característica principal de la sexualidad infantil en la cual no hay objeto y la pulsión se satisface en el propio cuerpo.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Sin embargo Bleuer prefirió adoptar el término autismo para el cuadro clínico de la esquizofrenia, rechazando la relación de esta con la teoría sexual de Freud y negando cualquier similitud entre autismo y autoerotismo.

Los autores anteriormente señalados introdujeron valiosas aportaciones al trastorno debido a la observación y descripción de sus conductas en niños, sin embargo se considera a Kanner el pionero en la literatura existente sobre este trastorno infantil ya que él realizó observaciones en niños que sufrían alteraciones extrañas, las cuales no estaban descritas en ningún sistema nosológico; estas conductas eran coincidentes entre sí y diferentes del resto de los niños con alteraciones. (Choto, 2007)

Kanner a diferencia de Bleuer no concebía el autismo como una categoría de la esquizofrenia, sino como un padecimiento o patología aparte. Reconociendo por ejemplo que si el esquizofrénico se retira del mundo, el autista no ha entrado jamás en él.

Leo Kanner (1943) designara con el nombre de Autismo a una entidad clínica con características propias. Entre ellas enfatiza especialmente la “desconexión”; se trata de niños con los cuales es prácticamente imposible establecer algún tipo de contacto.

Describe la sintomatología por primera vez mediante un artículo titulado: “Autistic Disturbance of Affective Contact”. En este trabajo sugería que quizás procediera de una incapacidad innata y de origen biológico, que se expresaba en el comportamiento como una dificultad para establecer vínculos afectivos adecuados con otras personas; en él se describen 11 niños que tienen en común un patrón de comportamiento caracterizado por una falla a temprana edad para realizar contacto afectivo con otros individuos en su entorno. (Kanner, 1943)

Kanner reconoció en este cuadro clínico una afección característica de la infancia, clasificada dentro de las esquizofrenias pero con la diferencia de que esta era precoz, es decir, “no concurría a un viraje respecto a una inicial presencia de capacidad relacional; no es un retiro con una capacidad de participación precedente existente” (Kanner, 1989)

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Kanner incluyó al autismo infantil precoz dentro del apartado de esquizofrenia y encuadró las características básicas del padecimiento. Esta descripción aún se encuentra vigente y ha servido como guía para la nosología del autismo e hizo énfasis en algunos rasgos específicos comunes a pesar de las diferencias individuales en las historias clínicas al respecto el psiquiatra describió:

1. Una soledad extrema, incapacidad de relacionarse con otras personas desde el principio de la vida.
2. Falta de postura anticipatorio para ser levantado en brazos.
3. Retraso en la adquisición del habla.
4. Utilización no comunicativa del lenguaje, una vez adquirido.
5. Ecolalia retardada.
6. Inversión pronominal.
7. Actividades de juego repetitivas y estereotipadas.
8. Insistencia obsesiva en la preservación del mismo estado de las cosas.
9. Carencia de la imaginación.
10. Buena memoria mecánica.
11. Aspecto físico normal.

El denominador común de estos pacientes es su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas o situaciones. Los padres dicen que ellos quieren ser autónomos, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que los rodean no estuvieran, que dan impresión de sabiduría silenciosa. (Kanner, 1957)

Muchos de los casos comunes que caracterizaban a la enfermedad de acuerdo a Kanner se concentraban en el lenguaje, sólo dos terceras partes de los niños aprendían a hablar sin embargo no utilizaban las palabras para comunicar. Si hablaban tenían una excelente memoria mecánica para recordar poemas, canciones, listas de cosas, etcétera. Los que no hablaban en ocasiones decían palabras sueltas. Ellos presentaban ecolalia retardada y las palabras sólo tenían un sentido literal no figurado, también presentaban problemas con los pronombres generalmente hablaban en segunda persona del singular (tú) para referirse a ellos mismos.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Otra característica en común es que existía en ellos es un deseo obsesivo de conservar una rutina. Los muebles en el hogar, usar el mismo camino que conducía a lugares que ellos frecuentaban, seguir al pie las normas y reglas. Cualquier cambio de esta rutina los angustiaba. Por otra parte ellos parecían tener una relación estrecha con los objetos, les interesaban, jugaban con ellos por horas, les cobraban cariño e incluso se enojaban con ellos. “Los objetos le dan la satisfactoria sensación de inquebrantable poder y dominio, los niños ejercen el mismo poder sobre sus cuerpos revolcándose y haciendo otros movimientos rítmicos”. (Kanner, 1943)

En cambio, la relación que tenían con las personas era muy diferente a la que existía con los objetos; ya que a las primeras, parecían no prestarles atención alguna pues para ellos los seres humanos tenían el mismo valor que un mueble, no parecían interesarles o inmutarse de su presencia.

Respecto a la capacidad mental de los autistas Kanner (1957) explicó:

Aunque estos niños suelen ser tomados por débiles mentales todos ellos poseen una indudable capacidad cognoscitiva, es sorprendente el vocabulario de aquellos que hablan, su excelente memoria que les permite recordar sucesos de varios años antes, su fantástica memoria mecánica para las poesías y los nombres y su facilidad para recordar minuciosamente formas complejas y sus derivados indican que hay una gran inteligencia en el sentido corriente del vocablo (Kanner L. , 1957, pág. 640)

Otra característica que detecto Kanner en común de estos niños, es que la gran mayoría eran hijos o nietos de profesionistas exitosos, poco afectuosos, aunque esta hipótesis ya ha sido descartada, muchos años se creyó que este hecho influía decisivamente en el trastorno.

Respecto a la etología del autismo, Kanner formuló la siguiente hipótesis:

Existe una incapacidad innata en el niño para establecer un normal contacto afectivo. Por otra parte no niega que la familia pueda jugar un papel activo en la génesis del autismo, pero sin embargo no cree que ese factor sea en sí mismo suficiente para determinar su aparición. (Egge, 2008)

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En Kanner (1971) concluyó que el conocimiento que existía acerca de la etiología del autismo era muy limitado empero su inclinación fue hacia las causas orgánicas.

Por otro lado, Hans Asperger (1944) pediatra austriaco, publicó un artículo en una revista alemana de psiquiatría y neurología donde hizo una descripción extensa de cuatro casos con una serie de deficiencias sociales que estos compartían, tras observar a niños en el hospital de Viena donde ejercía su labor clínica, a partir de los cuales sacó conclusiones para definir el aspecto clínico de la psicopatía autista. Cabe resaltar que, este síndrome (síndrome de Asperger) es hasta cuarenta años después cuando se saca a luz ante la comunidad clínica.

La psicopatía autista fue descrita por Asperger como un trastorno de personalidad de inicio infantil en torno a los 3 años, en el que existiría una limitación del contacto personal para con las cosas y las personas. Según él, las funciones más perturbadas serían aquellas que se encuentran en la base de la personalidad y en las disposiciones afectivas.

Las características que presentarían serían las siguientes: Irregularidades en la mirada, afectación del tono afectivo del hablar, rostro inexpresivo, cuerpo pobre en ademanes significativos, expresión de todo aquello que tiene importancia para ellos, comportamiento motor perturbado, hipersensibilidad psicopática, incompreensión de los afectos ajenos, en ocasiones manipulaciones estereotipadas, siguen sus propios impulsos, sus características suelen provocar burlas, diferencias distintivas en la inteligencia como la originalidad, talento creador para el idioma, formación del lenguaje con gran rapidez y sorprendente perfección, intereses singulares, facultades memorísticas y adquisición del lenguaje rápidamente.

Asperger también habla de la sexualidad de los niños en su estudio, menciona que no existe una congruencia respecto a su desarrollo, ya que esta llegaba a ser precoz y perversa; los sentimientos de culpa o pena no existían, se podían masturbar en público sin pudor en ciertos casos podía hacer tendencias homosexuales y sádicas.

Otra peculiaridad que se destaca en estos niños, es que llegaban a ser o demasiado sensibles, o simplemente carecer de sensibilidad. Los sentidos del gusto, tacto u oído

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

se encontraban totalmente contrariados. Podían ser muy agudos en ciertas ocasiones como totalmente nulos en otras.

Sobre la inteligencia en estos niños, planteaba que tienen gran capacidad para producir ideas originales sin embargo presentaban serios problemas en el aprendizaje mecánico, y ya que en las instituciones se propaga este tipo de enseñanza presentaban dificultad, por lo tanto no había una buena integración en el aula tanto con sus compañeros como con los profesores.

Las características de las que hablaba Asperger para definir a este grupo de niños fueron sintetizadas por Wing (1998). En las siguientes:

1. Los chicos eran socialmente extraños ingenuos y emocionalmente desconectados de los otros parecían vivir en un mundo aparte.
2. Tenían una buena gramática y un vocabulario extenso. Su discurso era fluido, literal y pedante, usado en monólogos y no en intercambios conversacionales.
3. Tenían una pobre comunicación no verbal y una entonación verbal monótona peculiar.
4. Tenían intereses circunscritos a temas específicos, incluyendo colecciones de objetos o hechos relacionados con tales intereses.
5. Aunque la mayoría poseía inteligencia promedio o superior a la media, tenían dificultades en aprender las tareas escolares convencionales. Sin embargo eran capaces de producir ideas originales y tenían habilidades relacionadas con sus intereses especiales
6. La coordinación motriz y la organización del movimiento eran generalmente pobres, aunque algunos podrían destacar en áreas especiales de interés.
7. Le faltaba sentido común.

Asperger creía que el origen de la enfermedad era genético, que afectaba exclusivamente a varones, en la mayoría de los casos eran hijos o nietos de personas con puestos jerárquicos elevados.

Como se puede observar, claramente existen similitudes entre Kanner y Asperger en cuanto la detección de ciertas características, ambos describieron el padecimiento en la

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

misma época, sin embargo no sabían nada uno del otro. El discurso de Kanner se extendió en corto tiempo a nivel mundial, en cambio Asperger se difundió solamente en países de lengua Alemana.

Sin embargo también existen ciertas diferencias, en la población estudiada por Asperger, a diferencia de los casos estudiados por Kanner, el lenguaje se adquirió de manera temprana (edad preescolar), además presentaban un lenguaje amplio y buena gramática. Existía aislamiento social, tal como lo dice Kanner pero estos niños sí estaban al tanto de la existencia del otro. Asperger definió la apariencia física de los niños como extraña mientras Kanner los consideraba sumamente atractivos.

Actualmente las diferencias de las descripciones expuestas de Leo Kanner (1943) y Hans Asperger (1944) se conformaron los cuadros clínicos que han ayudado a proponer un trastorno del espectro autista que va desde el padecimiento más leve hasta uno con mayor gravedad. Los niños autistas típicos de Kanner se ubican en el trastorno de mayor conflicto, mientras que el síndrome de Asperger se encuentra en un nivel más superficial.

Ya en los años cincuenta el autismo fue considerado como un trastorno psicogénico, con márgenes claros y presentación clínica similar en todos los pacientes. En algunos países fue concebido como el resultado de un deficiente trato familiar y un concepto cercano a las psicosis.

En los años sesenta se entendió como un trastorno en el desarrollo de ciertas capacidades infantiles tales son: socialización, comunicación, simbolización. Es en esta época cuando las clasificaciones internacionales ubicaron al trastorno del espectro autista en el eje correspondiente a otros problemas ligados al desarrollo, como el retraso mental. Se acuñó el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD), un término no muy próspero, ya que no “todo” el desarrollo se afecta, pero que aún se retiene en los manuales vigentes.

En aquel momento se incorporaron también ideas que han establecido la visión de estos trastornos. Ya no se consideraba un problema único, sino se identificaron como

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

trastornos diferentes, como presencia de cuadros parciales. Se observaron la variabilidad de los síntomas respecto a la edad y su grado de afectación.

En la tabla No. 1 (anexo), aparece en orden cronológico la recopilación histórica de autismo.

Criterios De Clasificación.

DSM III

El “autismo Infantil” aparece por primera vez en el DSMIII cuya **sintomatología primordial** consiste en una falta de respuesta ante los demás, así como un deterioro importante en las habilidades de comunicación y respuestas raras o extrañas a diferentes aspectos del medio ambiente.

La **sintomatología asociada** es un estado de ánimo que acostumbra a ser lábil: llanto o risa sin causa aparente, además existe una infra o sobre-reactividad a los estímulos sensoriales. Los peligros reales no suelen ser percibidos. Balanceo o movimientos rítmicos del cuerpo.

La **edad** de comienzo suele ser siempre antes de los 30 meses.

El **curso** de la enfermedad se menciona como crónico, sin embargo con la especificación de que algunos de estos niños pueden llegar a tener una vida independiente (uno de cada seis). Otro niño de cada 6 se adaptara a “medias” y los dos tercios sobrantes del total permanecerán con un déficit importante e incapacidad para llevar una vida independiente.

En cuanto al **deterioro** se define como extraordinariamente incapacitante.

Las **complicaciones** que se presentan con mayor frecuencia son las crisis epilépticas secundarias a un trastorno somático subyacente.

La **prevalencia** se maneja como “un trastorno muy raro” (de 2 a 4 casos por 10000) Aparentemente es un trastorno más común entre las clases socioeconómicas altas, aunque la razón de este hecho no es clara.

La **incidencia en cada sexo** se da tres veces mas frecuente entre los niños que entre las niñas.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Entre los **factores predisponentes** se consideran: la rubeola materna, la fenilcetonuria, encefalitis, meningitis, y la esclerosis tuberosa. Se descartan factores interpersonales de tipo familiar.

La prevalencia del autismo infantil en cuanto a **antecedentes familiares** es cincuenta veces mayor en los familiares de niños afectados que en la población en general.

Las patologías asociadas o similares donde es necesario hacer un **diagnóstico diferencial** son:

- Retraso mental: existen anormalidades conductuales similares al autismo infantil. Sin embargo el autismo infantil rara vez se presenta completo.
- Esquizofrenia infantil: es típica la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, pérdida de la capacidad asociativa e incoherencia ausentes en el autismo infantil.
- Trastornos profundos del desarrollo de comienzo en la infancia: la edad de aparición es mas tardía que en el autismo infantil y no se da el síndrome completo del trastorno.
- Déficit auditivo: habrá una historia de respuesta sólo a los sonidos muy fuertes, mientras que en el autismo infantil la respuesta a los sonidos es impredecible.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje tipo receptivo: el niño generalmente establece un contacto visual, y a menudo trata de comunicarse mediante gestos, en el autismo infantil existe una profunda falta de respuesta.

DSM IV.

Trastorno generalizados en el desarrollo.

En el año de 1994 se publicó el DSM-IV, con una revisión en el año 2000 en el cual hubo una modificación importante, ya que deja de llamarse “Autismo Infantil” para ahora formar parte de uno de los “Trastornos Generalizados del Desarrollo”, dentro de los cuales se encuentran:

- Trastorno autista
- Trastorno de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno de Asperger
- Trastorno Generalizado de desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico)

Ahora bien, las **características esenciales** del trastorno autista en el DSM IV son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto.

Las deficiencias de la interacción social son importantes y duraderas. También es muy notable y persistente la alteración de la comunicación, que afecta tanto las habilidades verbales como las no verbales. Los sujetos con trastorno autista cuentan con unos patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.

A menudo se observa un notable interés por rutinas o rituales no funcionales o una insistencia irracional en seguir determinadas rutinas.

La alteración debe manifestarse antes de los 3 años de edad por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la comunicación social o juego simbólico o imaginativo.

En cuanto a la **sintomatología asociada** alude a que pueden existir alteraciones del desarrollo de las habilidades cognoscitivas. Parece existir un incremento de la frecuencia de alteraciones del EEG y trastornos compulsivos. El perfil de las habilidades cognoscitivas suele ser irregular, cualquiera que sea el nivel general de inteligencia. El nivel de lenguaje receptivo es inferior al del lenguaje expresivo.

Así como también, los sujetos con trastorno autista pueden presentar una amplia gama de síntomas comportamentales, que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos auto-lesivos, especialmente los niños pequeños. Pueden observarse respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales en los contactos físicos. Además se producen irregularidades en la ingestión alimentaria o en el sueño. Se presentan alteraciones del humor o la afectividad. Cabe observar una ausencia de miedo en respuesta a peligros reales y un temor excesivo en respuesta a objetos no dañinos.

Los **síntomas dependientes de la edad y el sexo** se manifiestan en los niños pequeños como una incapacidad para abrazar; indiferencia o aversión hacia las manifestaciones de afecto o de contacto físico; ausencia de contacto ocular, respuestas faciales o sonrisas dirigidas socialmente, e incapacidad para responder a la voz de sus padres.

En los sujetos de más edad cabe observar un excelente rendimiento en tareas que implican memoria a largo plazo, pero la información en cuestión tiende a repetirse una y otra vez, sea o no sea propia en relación con el contexto social. El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave.

La **prevalencia** en los estudios epidemiológicos sugiere unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos.

El **curso** en el inicio del trastorno autista es anterior a los 3 años de edad. Los estudios de seguimiento realizados hasta la fecha sugieren que sólo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta. Alrededor de

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos.

Este trastorno experimenta un curso continuo, y en la mayoría de los casos su duración se extiende a lo largo de toda la vida. Las deficiencias sociales, comunicativas y comportamentales permanecen relativamente constantes a lo largo de la vida.

Las patologías asociadas o similares donde es necesario hacer un **diagnóstico diferencial** son:

El trastorno autista debe ser diferenciado de otros trastornos generalizados del desarrollo.

- El trastorno de Rett difiere del trastorno autista en su proporción sexual característica y en el perfil de su déficit. El trastorno de Rett sólo ha sido diagnosticado en mujeres, mientras que el trastorno autista se observa mucho más frecuentemente en varones. En el trastorno de Rett se produce un patrón característico de desaceleración del crecimiento craneal, pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas y aparición de una marcha y unos movimientos del tronco pobremente coordinados. Los sujetos con trastorno de Rett pueden manifestar, especialmente durante los años preescolares, dificultades en la interacción social parecidas a las observadas en el trastorno autista, pero tienden a ser transitorias.
- El trastorno autista difiere del trastorno desintegrativo infantil, que cuenta con un patrón distintivo de regresión evolutiva que aparece por lo menos tras 2 años de desarrollo normal. En el trastorno autista, habitualmente, las anomalías del desarrollo se observan durante el primer año de vida. Cuando no se dispone de información sobre los primeros tiempos del desarrollo o cuando no es posible documentar el período requerido de desarrollo normal, debe formularse el diagnóstico de trastorno autista.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- El trastorno de Asperger puede distinguirse del trastorno autista por la ausencia de retraso del desarrollo del lenguaje. El trastorno de Asperger no se diagnóstica si se cumplen criterios de trastorno autista.
- La esquizofrenia de inicio infantil suele desarrollarse tras unos años de desarrollo normal o casi normal. Puede establecerse un diagnóstico adicional de esquizofrenia si un sujeto con trastorno autista desarrolla los rasgos característicos de la esquizofrenia, con una fase de actividad sintomática consistente en delirios o alucinaciones prominentes que dura por lo menos 1 mes.
- En el mutismo selectivo, el niño acostumbra a manifestar unas habilidades para la comunicación adecuadas, aunque sólo lo haga en ciertos contextos, y no experimenta la grave afectación de la interacción social ni los patrones restringidos del comportamiento asociado al trastorno autista.
- En el trastorno del lenguaje expresivo y en el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo existe una afectación del lenguaje, pero no va asociada a la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social ni a patrones de comportamiento restringido, repetitivo y estereotipado.
- A un sujeto con retraso mental, especialmente si el retraso mental es grave o profundo. El diagnóstico adicional de trastorno autista se reserva para aquellos casos en que existan déficit cualitativos de las habilidades sociales y comunicativas, así como las características comportamentales específicas del trastorno autista.
- Las estereotipias motoras son típicas del trastorno autista. No se establece un diagnóstico adicional de trastorno de movimientos estereotipados cuando tales estereotipias se explican mejor formando parte de la presentación de un trastorno autista.

Según el índice de modificaciones del DSM IV (apéndice D) los cambios realizados consisten en:

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En el DSM-IV se mantienen las características definitorias del DSM-III R (interacción social alterada, problemas de comunicación y patrones estereotipados de comportamiento) pero los ítems individuales y el diagnóstico general han sido modificados.

Trastorno de Rett, Trastorno desintegrativo infantil, Trastorno de Asperger.

Se han incluido estos trastornos para mejorar el diagnóstico diferencial y conseguir una mayor especificidad al describir a los sujetos diagnosticados, sea de trastorno autista, sea de trastorno generalizado del desarrollo no especificado según el DSM III- R.

En la Tabla No. 2 (anexo), aparecen Diferencias de los criterios del DSM-III y DSM- IV en el autismo.

DSM-V

Trastornos del espectro del autismo

Los cambios más significativos del DSM en el trastorno del espectro autista es que los trastornos generalizados del desarrollo, TGD, desaparecen como categoría diagnóstica y todos se engloban en los trastornos del espectro autista. Esto tiene importantes implicaciones:

Hay un cambio conceptual: se pasa de hablar de diferentes trastornos englobados en el conjunto de los trastornos generalizados del desarrollo, a hablar de un espectro, lo cual implica un continuo con diferentes niveles de gravedad.

Desparecen categorías diagnósticas como el Síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil o el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

Los niños se sitúan dentro del espectro autista en función del deterioro en los dos criterios diagnósticos principales: la comunicación social y los patrones de comportamiento restringidos y restrictivos. De esta forma se establecen grados de gravedad en esos dos criterios, centrados en el nivel de ayuda que requieren.

De acuerdo al DSM-V, existen 5 criterios:

A. Déficit persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestando simultáneamente los tres déficits siguientes:

1. Déficit en la reciprocidad social y emocional; que pueden abarcar desde un acercamiento social anormal y una incapacidad para mantener la alternancia en una conversación, pasando por la reducción de intereses, emociones y afectos compartidos, hasta la ausencia total de iniciativa en la interacción social.

2. Déficit en las conductas de comunicación no verbal que se usan en la comunicación social; que pueden abarcar desde una comunicación poco integrada, tanto verbal como no verbal, pasando por anormalidades en el contacto visual y en el lenguaje corporal, o déficit en la comprensión y uso de la comunicación no verbal, hasta la falta total de expresiones o gestos faciales.

3. Déficits en el desarrollo y mantenimiento de relaciones adecuadas al nivel de desarrollo (más allá de las establecidas con los cuidadores); que pueden abarcar desde dificultades para mantener un comportamiento apropiado a los diferentes contextos sociales, pasando por las dificultades para compartir juegos imaginativos, hasta la aparente ausencia de interés en las otras personas.

B. Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas que se manifiestan al menos en dos de los siguientes puntos:

1. Habla, movimientos o manipulación de objetos estereotipada o repetitiva (estereotipias motoras simples, ecolalia, manipulación repetitiva de objetos o frases idiosincráticas).

2. Excesiva fijación con las rutinas, los patrones ritualizados de conducta verbal y no verbal, o excesiva resistencia al cambio (como rituales motores, insistencia en seguir la misma ruta o tomar la misma comida, preguntas repetitivas o extrema incomodidad motivada por pequeños cambios).

3. Intereses altamente restrictivos y fijos de intensidad desmesurada (como una fuerte vinculación o preocupación por objetos inusuales y por intereses excesivamente circunscritos y perseverantes).

4. Hiper o hipo reactividad a los estímulos sensoriales o inusual interés en aspectos sensoriales del entorno (como aparente indiferencia al dolor/calor/frío, respuesta adversa a sonidos o texturas específicas, sentido del olfato o del tacto exacerbado, fascinación por las luces o los objetos que ruedan).

C. Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia (pero pueden no llegar a manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las limitadas capacidades).

D. La conjunción de síntomas limita significativamente el funcionamiento cotidiano en las habilidades prácticas, conceptuales y/o sociales aplicadas en diferentes contextos.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

E. Los síntomas no se deben a discapacidad intelectual u otro desorden del desarrollo. Es frecuente que las personas con algún TEA presenten también discapacidad intelectual. Un aspecto importante a considerar en el diagnóstico diferencial es que en el caso de los TEA la comunicación social se presenta en nivel más bajos al nivel general de desarrollo de la persona.

Nivel 1: Necesita apoyo

Comunicación social. Sin apoyos, presenta déficits en la comunicación social que causan discapacidades notables. Dificultad para iniciar interacciones sociales, y ejemplos claros de respuestas atípicas o fracasadas ante la apertura social de los otros.

Conductas restrictivas y repetitivas. Inflexibilidad en el comportamiento que causa interferencia en el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para cambiar actividades.

Nivel 2: Necesita apoyo sustancial

Comunicación social. Por déficits marcados en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal; discapacidades sociales aparentes incluso con apoyos; respuestas reducidas o anormales a la apertura social de los otros.

Conductas restrictivas y repetitivas. Inflexibilidad en el comportamiento, dificultad para lidiar con el cambio, u otros comportamientos restrictivos/repetitivos que aparecen de manera frecuente como para que el observador casual los note y que interfieren en una variedad de contextos. Angustia/dificultad para cambiar el objetivo o la acción.

Nivel 3: Necesita apoyo muy sustancial

Comunicación social. Déficits severos en las habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan deterioro grave en el funcionamiento, iniciación de interacciones sociales muy limitada, y respuesta mínima a las aperturas sociales de los otros.

Conductas restrictivas y repetitivas. Inflexibilidad en el comportamiento, dificultad extrema para lidiar con el cambio, u otros comportamientos restrictivos/repetitivos que

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

interfieren con el funcionamiento en todos los contextos. Alto nivel de angustia/dificultad para cambiar el objetivo o la acción.

En el cuadro No.3, aparecen las diferencias de los criterios del DSM-V y CIE-10 en el autismo.

Segundo Capítulo

Autismo (Psicosis Infantil) desde el psicoanálisis.

“Es la separación emocional de la simbiosis con la madre lo que activa como disparo inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad”.

Mahler, 1968.

Margaret Mahler

Médica y pediatra en su origen, poco a poco y a partir de estudios sobre enfermedades neurológicas en la infancia, fue volcándose hacia la consideración de los problemas psicológicos en cuanto a cuadros psicóticos en la infancia.

La teoría elaborada por Mahler es la integración de un modelo del desarrollo emocional del niño, este modo de razonamiento consiste en suponer que cada cuadro psicopatológico tiene su origen en un momento específico del desarrollo. Ella piensa al autismo como una defensa psicótica ante una fallida simbiosis madre-bebé.

Su interés por investigar el autismo, fue propiciado en gran medida por la excelente acogida que recibió de Kanner en 1948 tras la presentación del trabajo: “Estudios clínicos en casos benignos y malignos de psicosis infantiles” (Mahler, 1949), que había elaborado para ser presentado durante el encuentro anual de la Asociación Americana Ortopsiquiátrica. Más tarde Mahler confesaría que tal vez hubiera abandonado los estudios sobre psicosis de no ser por el genuino interés que le proporcionó por tal ensayo Kanner, que lo calificó como el primer intento de comprender la sintomatología de la psicosis infantil desde un punto de vista dinámico, reconociendo así el esfuerzo realizado para vincular la estructura de personalidad, la sintomatología y el curso potencial de la psicosis en términos de benignidad/malignidad a la vez que recomendaba investigar los padres de tales niños (Stepansky, 1988).

Para realizar dicho estudio, se ayudó de una técnica de análisis infantil modificada. Fueron tratados 16 niños psicóticos, cuyo proceso terapéutico oscilaba entre 1 año y medio y 5 años, con una muestra de 11 niños, provenientes del ala hospitalaria infantil del Instituto Psiquiátrico de Nueva York. Analizadas sus historias de vida, aparecían dos

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

períodos evolutivos con alteraciones afectivas: el primero alrededor del primer año de vida extrauterina, en donde se evidenciaba la falta de una expectativa en el bebé para ser gratificado del hambre afectiva que siente por su madre. Por el contrario, en el segundo período, se encontraba entre los 2-5 años, se manifestaba una insuficiencia por parte del niño para contrarrestar la predisposición hacia a la ansiedad, aun cuando ya se ha provisto narcisísticamente de la figura materna, lo que, junto al desafío de la realidad externa y los conflictos psicosexuales en esos años, hacía que la separación emocional de la simbiosis con la madre aproximara en el factor desencadenante inmediato de la retirada psicótica de la realidad (Mahler, 1949).

Esta autora agrupó los síntomas primarios de la psicosis infantil en seis tipos de reacciones:

1. Reacciones psicóticas de pánico causadas por una agitación abrumadora, de la que parecía que, de forma opuesta al niño normal, el psicótico dirige el instinto de autopreservación hacia un curso distinto.
2. Emisión de fuerzas de carácter agresivo, que se manifiestan como estallidos de hilaridad y risa tonta, los cuales se alternan con episodios violentos.
3. Confusión del self con el no self, es decir, la incapacidad para distinguir el sí mismo de lo que no lo es, acercando a un desconcierto entre la realidad interna y externa.
4. Incapacidad para diferenciar entre la realidad animada y la inanimada, esto se extiende más allá del self, existe una animación de lo inanimado o por tendencias a inmovilizar la realidad animada externa.
5. Apego establecido con los adultos, que si bien es fuerte, también es superficial, así que la adherencia afectiva nunca es recíproca, y esto da como resultado una figura de apego fácilmente intercambiable y no significativa para el niño.
6. Caracterizada por una incoherencia en la estructura del yo, donde se busca la primacía del proceso primario, y existe una dificultad psíquica para someter al proceso secundario y al principio de realidad las representaciones y afectos del sujeto.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En cuanto a los síntomas secundarios, representan mecanismos de defensa psicóticos, entre los que se incluyen:

1.- Fenómenos de rotación de objetos: que facilita a construir nociones espaciales, como las manifestaciones autísticas descritas por Kanner que afectan a la motilidad, percepción e ideación.

2.- La identificación mecánica superficial que el niño lleva a cabo a modo de autodefensa para preservar su individualidad de todo elemento ya sea real o delirante, generador de estrés.

3.- Como resultado de ello hay una disminución manifestada por el mundo externo, ya que este es pensado como una tentativa dirigida a recapturar la identidad perdida y contra-atacar la disolución de los límites del Yo.

4.- Diversos estallidos violentos de temperamento que expresan la incapacidad subjetiva que sienten de controlar una situación, frente a la que se construye, a modo de defensa, un sentimiento de control contra la fantasía o delirio que les invade de ser dañados por poderosas fuerzas externas sobre las que han proyectado sus propios impulsos agresivos.

A ello habría que añadir un tercer grupo de síntomas, más similares a los que caracterizan el proceder psíquico neurótico, merced a los cuales el sujeto dispone de una mayor competencia personal para analizar la realidad, y así de un mayor grado de desarrollo adaptativo del yo. Presentes en algunos casos desde el inicio, en otros síntomas remplazarían a algunos de los mecanismos secundarios que obran durante el curso del tratamiento. Ejemplo de ellos son:

1. Alternancia restitutiva entre tendencias autoeróticas (dirigida a uno mismo) y aloeróticas (dirigida a los demás).

2. Sucesión de episodios de autoagresión y luego de agresión a otros.

3. Presentación alternada de mecanismos de defensa de introyección y proyección en un nivel más elevado.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

4. La negación, formación de la fantasía, actividad lúdica e histriónica, estas últimas reemplazando a los delirios y las alucinaciones, además de mecanismos de identificación que sustituyen a pretéritas tendencias mecánicas asociadas con el propio reconocimiento de uno como si se contemplara ante un espejo.

5. Se evidenciaban mecanismos de defensa como la represión, aislamiento, formación reactiva, o desplazamiento de metas instintivas.

Todo ello agrega al niño en un conflicto intra-interpsíquico de carácter psicótico, dadas las dificultades para manejar adecuadamente la realidad externa, situando en algunos casos el comienzo del conflicto entre los 18 y los 24 meses de vida extrauterina, mientras en otros niños acontecería entre los 3 y los 6 años, evidenciándose también ciertos casos en que tal retirada de la realidad no ocurriría antes de los 10 años.

Poco después, en el artículo Sobre la psicosis infantil y la esquizofrenia, subtítulo Psicosis autísticas e infantiles simbióticas, (Mahler, 1952) resalta la importancia para el desarrollo tanto psíquico como emocional del bebé que juega la figura materna, a la que responsabiliza del ulterior destino psíquico del infante, sin por ello renunciar a la posible participación de factores biológicos en el origen y desarrollo de la psicosis infantil, en la que destaca la retirada y fragmentación del yo infantil de un mundo externo que lo aliena y con el que interacciona primero de forma simbiótica, en un signo de confusa fusión con la figura materna, para después hacerlo en solitario una vez separado de la unidad dual que conformó durante un tiempo con su madre.

Para Mahler no existe un único estado psicótico en la infancia, había uno desde el punto de vista dinámico y otro genético por lo tanto distingue, dos tipos de psicosis instaurados en 4 fases donde cada fase es un período en que se hace una contribución diferente al desarrollo psicológico del individuo:

En el cuadro No. 4 se muestran las fases descritas por Mahler.

La fase autista.

En las semanas que siguen a la evolución hacia la simbiosis, los estados somniformes del neonato y del infante pequeño superan las etapas de vigilia, y recuerdan ese estado de primigenio de distribución del libido que prevalecía en la vida intrauterina y que se parece al modelo de un sistema monódico cerrado, autosuficiente en su realización alucinatoria de deseos. Es un estado intermedio entre el sueño y la vigilia. El objetivo principal de esta fase es obtener un equilibrio homeostático con el ambiente.

En el llamado autismo normal, el bebé parece estar en un estado de desorientación alucinatoria primitiva, donde la satisfacción de la necesidad pertenece a su órbita omnipotente autista, sumiéndole en un narcisismo primario absoluto similar al modelo de un sistema monádico cerrado y autosuficiente capaz de proporcionarle la satisfacción alucinatoria de sus deseos.

En caso que no se cumpla con el objetivo, el bebé parece nunca haber percibido o construido psíquica y emocionalmente la noción de figura materna, que denomina psicosis infantil autística, y partió de los aportes hechos sobre la psicosis infantil por Kanner (autismo infantil temprano).

Los rasgos típicos del autismo infantil se refieren al modo de contacto que el niño establece con el medio ambiente. En general, las madres de estos niños desde su nacimiento, sintieron dificultades para establecer un vínculo emocional con su hijo.

Estos niños muestran un grado extremo de indiferencia hacia los seres humanos que los rodean. Todo patrón de conducta y sintomatología del síndrome autista infantil toma forma alrededor del hecho de que el infante autista no puede utilizar las funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera (simbiótica), la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo interno o externo (Malher, 1968)

Esta actitud hacia los seres animados se interpreta como una alucinación negativa, el niño alucina la ausencia de las personas que le rodean como si viera a través de ellas.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuando se vinculan con quienes les rodean, es para utilizarlos a modo de una extensión mecánica de su propio cuerpo, es decir, como seres inanimados o casi inanimados.

En contraste con este desapego emocional hacia los seres vivos, los niños autistas tienen una notable incapacidad para tolerar cambios en el mundo de objetos inanimados que los rodean

Es frecuente que los niños no hablen, si lo hacen es solo para “comunicarse” con los objetos inanimados a los que están ligados. El lenguaje no es utilizado para una comunicación funcional. Sus gestos, señales y sonidos sirven para lograr que el adulto funcione a modo de una palanca o una máquina.

Generalmente el entrenamiento esfinteriano transcurre sin complicaciones, ya que, estos niños se han defendido de las catexias libidinales de objeto y corporales “alucinando su inexistencia”. La ausencia de catexis permite un control de esfínteres precoz y sin dificultades.

Reconoce al autismo cómo una defensa psicótica erigida contra la ausencia de la simbiosis que el bebé exige con la madre o figura sustitutiva maternal, de la que ya no se siente protegido, ni en sus transacciones con la realidad interna como tampoco con su homóloga externa. Para explicarlo señala que el niño psicótico autista nunca ha catectizado libidinalmente a la madre ni a los cuidados que ésta le hubiera proporcionado, a diferencia del psicótico simbiótico, que está fijado a una etapa de relación pre objetal donde presume que la representación mental de la madre está fusionada con la propia, concibiéndose así la sintomatología del niño autista como una serie de intentos de restitución sustentados en una fijación en la etapa de la relación parcial de objeto y pre objetal, primer estadio del narcisismo.

Fase Simbiótica.

La fase simbiótica, por su parte, se inicia a partir del segundo mes, con una vaga conciencia del objeto satisfactor, lo cual permite diferenciar las experiencias placenteras de las displacenteras, al establecer huellas mnémicas dentro de la matriz indiferenciada. En esta fase el infante funciona en una unidad dual, sin ninguna diferenciación entre el self y el objeto. El aumento de la capacidad perceptual ya que la percepción diacrítica intensifica la recepción cenestésica, entre los 2 y 3 meses, facilita la entrada de la fase simbiótica.

La simbiosis llega a un punto culminante coincidente con el primer organizador de la psique. Madre e hijo son uno solo al predominar la omnipotencia. Empieza a ver un reconocimiento vago de la madre, como si ambos estuvieran en estado de fusión: simbiosis. Sonrisa social característica del proceso de individuación-separación. El infante y la madre son uno, y hay una barrera entre ellos y el resto del mundo.

En la llamada psicosis infantil simbiótica, el bebé está fusionado regresivamente a su madre, no conformando su self en una entidad diferenciada de ésta, al no haber tenido lugar el proceso de individuación exigido para ello.

Para Mahler simbiosis es que todo individuo a lo largo de su vida pasa en su desarrollo psicológico por la fase de simbiosis con la madre. En biología simbiosis es un estado en que dos organismos viven en asociación funcional para su ventaja mutua.

Una detención o una regresión a esta fase dan origen a la conducta psicótica. En la psicosis simbiótica es una regresión a la etapa de simbiosis normal. Estos pacientes frecuentemente muestran inicios de diferenciación, comienzan el recorrido correspondiente a su fase de separación individualización. En el momento en que deben separarse de su madre por efecto de "presión maduracional", irrumpe bruscamente en los niños aquejados de psicosis simbiótica a un cuadro de intensa angustia que pone en evidencia una vulnerabilidad sorprendente del yo ante cualquier frustración del menor.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Sólo si tal ilusión de simbiótica omnipotencia fuera amenazada, irrumpiría una intensa angustia, visible alrededor del 3-4 año de vida o en la cúspide del complejo de Edipo, al resultarle insoportable al infante tal angustia de separación.

No obstante, alrededor de los 3 años y medio a los 4 años de edad, ambos patrones, autísticos y simbióticos, parecen estar presentes en la mayoría de los casos, aunque si las fases simbiótica y de separación-individuación se desarrollan de forma adecuada el niño podrá percibir y responder cada vez más a la madre completa, esto es, aquélla en donde lo gratificante y molesto se aúnan y conviven en una única entidad. (Stepansky, 1988).

Antes de ello, sin embargo, a modo de defensa del yo del niño psicótico está la deslibidinización, dada la profunda incapacidad de tal yo fragmentado para encarar el cambio e integrar lo que sucede, dada la vivencia interna que aquél posee de que los objetos vivientes son más impredecibles, cambiantes y vulnerables que los objetos inanimados. Por ello, para invertir tal dinámica intrapsíquica, Mahler propone que al niño psicótico se le proporcione una experiencia simbiótica correctiva, restituyendo así la pretérita relación simbiótica madre-hijo, merced a lo que el infante sería capaz de reducir/eliminar la terrible angustia existencial que experimenta en su contacto cotidiano con la realidad. En tal experiencia, a juicio de la mencionada autora, deben participar madre e hijo, lo que no comparte Bettelheim, que recomienda la separación del niño de la familia y su inclusión en un entorno residencial. Por otro lado, hallazgos posteriores acerca de competencia cognitiva y conducta social en bebés, como son la evidencia de claras preferencias perceptivas hacia estímulos sociales en las primeras semanas de vida o la sincronía interactiva y de corroboración de respuestas proto-imitativas en neonatos cuestionan seriamente que el niño al inicio de su ciclo vital pase en algún momento por la fase de autismo normal ya aludida.

La fase de separación-individuación

La fase de separación-individuación que se divide en tres partes. La primera se inicia la diferenciación y el desarrollo de la imagen corporal.

En la individuación se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica: percepción, memoria, cognición, y prueba de la realidad. En la de separación se refiere a la diferenciación, distanciamiento, establecimiento de límites y desvinculación con su madre.

En la primera subfase de diferenciación que es de los 5 a los 10 meses, Empieza a ver un proceso de emerger del cascaron autista: Adquisición de un sensorio más activo de maduración cognitiva y neurológica. Comienza la investigación comparativa: qué es y qué no es su madre. Ansiedad característica: ansiedad ante lo extraño, que implica curiosidad y temor que tiene una duración máxima a los 8 meses aproximadamente.

En la segunda subfase de práctica o de ejercitación locomotriz, tiene lugar 3 pasos que contribuyen a la conciencia de la separación-individuación. El primero es la diferenciación corporal acelerado entre el niño la madre; el segundo es el establecimiento de un vínculo específico con ella, el tercero es el desarrollo y funcionamiento de los aparatos de autonomía del yo.

En esta subfase está marcada por la deambulación. El niño adquiere una nueva perspectiva y asume un estado anímico de exaltación (prepotencia). La madre sirve de punto de referencia. La ansiedad característica de esta subfase es la angustia de separación.

La tercera subfase de reacercamiento, el lactante deambula, es consciente de la separación física y se amortigua el estado de exaltación. El niño trata de salvar la brecha que lo separa de la madre (le da objetos). Y no percibe la solicitud de su madre como ayuda. La circunstancia característica es una crisis de reacercamiento en donde quiere ser consolado por la madre, pero no acepta su ayuda. Símbolo de reacercamiento, el niño está parado en el umbral de la puerta sin saber hacia qué lado dirigirse en desamparada frustración la crisis se resuelve a medida que mejoran las aptitudes del niño y le permiten gratificarse haciendo las cosas por sí mismo.

Fase del camino de lograr la constancia objetal.

La cuarta fase del camino de lograr la constancia objetal que es de los 22 a 36 meses. El niño soporta mejor la ausencia de la madre y “adopta sustitutos”. Comienza a sentirse bien en ausencia de la madre porque sabe que regresara. La interiorización gradual de la imagen materna, confiable y estable. Va adquiriendo aptitudes verbales y sentido del tiempo, tolera mejor la demora y la separación.

Apoyándose en todo esto, la autora se opone a quienes conciben la esquizofrenia como un trastorno psíquico ausente antes del acceso a la pubertad, desafiando como sustento de tal certeza las dos variantes que de la psicosis infantil han sido autísticas y simbióticas. Asimismo, en respuesta del por qué mientras en la psicosis infantil simbiótica se constata una marcada angustia, a diferencia de lo que sucede en el autismo infantil temprano, donde aparentemente el niño se basta a sí mismo, irrumpiendo los actos agresivos cuando su universo interior se ve alterado desde fuera, refiere la incapacidad que los menores autistas poseen para manejar adecuadamente la estimulación externa, lo que aún se agrava más dado el yo indiferenciado que es su personalidad. Los rasgos autistas, así concebidos, representarían al inicio de la psicosis infantil simbiótica el intento desesperado del sujeto por liberarse del intenso pánico y angustia que le domina, dada la fractura afectiva inconsolable que le supone la separación de la figura materna. Aun así, con los medios disponibles al alcance (música, actividades rítmicas o placenteras para los órganos sensoriales, etc.), aboga por sacar al niño con autismo infantil temprano del ensimismamiento e invariabilidad estimular en la que vive, siendo consciente de la enorme resistencia y dificultad que ello conlleva (Malher, 1952)

Tratamiento.

La terapia propuesta por Mahler, es también llamada: Terapia tripartita. Con este nombre la autora designa el tipo de tratamiento que propone para los niños que presentan psicosis autistas o simbióticas. La idea central es que se intervenga en el proceso no sólo el niño y el terapeuta sino también la madre. Esto es debido a que en

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

la etiología de la psicosis Mahler postula que la madre tiene un importante papel etiopatogénico.

El tipo de terapia llevado a cabo por los analistas que trabajan desde esta teoría es una "simbiosis correctiva". Se trata de que el niño vuelva a establecer una relación simbiótica pero ahora con el terapeuta, para poder así proporcionarle aquellos elementos de los que no fue provisto oportunamente.

Las funciones del terapeuta son (Margaret Mahler, 1971):

- 1) Proveer un yo auxiliar más fácilmente utilizable. La comprensión de las fases del desarrollo libidinal capacita al analista para acompañar e incluso estimular las actividades de libidinización de las zonas erógenas que están en la base del establecimiento del yo corporal.
- 2) Constituir una barrera a la sobre estimulación.
- 3) Traducir el material del proceso primario sin ansiedad. Para ello, el terapeuta recurre a fomentar las funciones cognitivas.
- 4) Una cuarta función del terapeuta de niños psicóticos consiste en marcar los límites de la autodestrucción. Estos niños, con dicha psicopatología son propensos a realizar conductas autoagresivas de diverso tipo. El analista debe evitar esas acciones de manera directa. De igual modo, los infantes pueden expresar simbólicamente los sentimientos agresivos.

La inclusión de la madre en el tratamiento permite interpretar con mayor facilidad las señales del niño, disminuye la ansiedad materna al mostrarle que hay quién piensa que su hijo puede progresar y, por último, le enseña a tratarlo mejor a través de lograr una identificación con el terapeuta. Cuando la psicopatología materna es muy manifiesta se sugiere a la madre una terapia individual.

Mahler divide el tratamiento en dos etapas:

La primera, introductoria, tiende a lograr que el terapeuta sea vivenciado por el pequeño paciente como un objeto parcial. Debe establecerse una relación simbiótica en

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

el curso del tratamiento y luego será analizado este vínculo, de tal forma que el niño atraviese el proceso de separación-individuación.

El terapeuta no intenta suplir a la madre sino transformarse en un objeto transicional entre el niño y su madre. El establecimiento de una relación simbiótica entre niño y terapeuta ocasiona intensa ansiedad, sobre todo en aquellas madres que no supieron establecer adecuadamente la simbiosis en el momento en que su niño lo necesitó. En este punto crucial, la identificación de la madre con el terapeuta es de gran importancia. Tan solo cuando ambos miembros de la díada madre-hijo han entrado de lleno en la relación tripartita será posible el trabajo interpretativo, que constituye el eje de la terapia.

La segunda fase del tratamiento se inaugura en el momento en que los niños, previamente autistas o con grandes dificultades para el lenguaje, repiten lo oído de objetos inanimados (radio, televisión, etc.). Después logran imitar al objeto humano y, por último, pueden utilizar las palabras para expresar sus sentimientos. Entonces aparece también el juego simbólico.

Es fácil notar que estos pasos repiten los que describimos en el desarrollo normal. De hecho, el objetivo en el tratamiento es brindar al niño una nueva oportunidad para lograr su maduración.

Pero el terapeuta no se limita a acompañar este proceso. Su conducta es esencialmente interpretativa. Anteriormente indicamos algunas intervenciones analíticas realizadas por terapeutas que siguen a Mahler.

Ella plantea que la adquisición del yo-corporal, esencial en el logro de la individuación y de la constancia objetal, es paralela a la adquisición del lenguaje. Así, el nombrar las cosas cumple un importante papel en la maduración del niño.

Estas propuestas parecerían bastante optimistas respecto del pronóstico de los niños psicóticos. Mahler, sin embargo, modula tal optimismo manifestando que el yo frágil de estos niños puede requerir de un yo auxiliar por el resto de su vida. Sería una especie de prótesis psicológica, ejercida idealmente por un terapeuta. Por último, aclaremos que

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

los niños afectados de autismo primario tienen un futuro menos promisorio aún, ya que en su propio desarrollo se ha evidenciado su incapacidad para establecer una relación simbiótica útil. Es poco probable que estos niños superen la fase introductoria de la terapia.

En el cuadro No. 5 (Anexos) se muestra la terapia Tripartita utilizada por Malher.

Conclusión.- Mahler hace una integración emocional del niño, en la cual describe estadios en el que todo infante pasa en diferentes etapas de su vida, en las que destaca, la psicosis simbiótica y la psicosis autista, la etapa de separación individualización y la etapa de lograr la constancia objetal , por lo tanto el autismo es consecuencia de una fijación en la etapa autística o una regresión a dicha etapa, asimismo, hace un aporte importante en cuanto al modo de tratamiento que se les da a estos niños (La terapia tripartita), en el cual propone la incorporación de la madre en las terapias, ya que esta última, según Mahler, juega un importante papel etiopatogénico, con la finalidad de que el niño tenga una mejor integración del yo.

La teoría de Mahler es muy sustancial, ya que ella es la primera en dar una explicación respecto a la etiología del autismo (psicosis) desde un punto de vista no biológico, es decir, centró sus estudios en el ámbito de lo afectivo sobre una teoría dinámica.

“Criar a los hijos es una tarea creativa, un arte más que una ciencia”.

Bettelheim, 1967.

Bruno Bettelheim

A partir de su propia experiencia como prisionero de un campo de concentración en la segunda guerra mundial, Bruno Bettelheim centró sus estudios respecto a la psicopatología infantil. Evocando estas experiencias describe lo que denomina una "situación extrema", esto es una situación destructora que termina en la deshumanización del individuo. Fue profesor en la universidad de Chicago en 1947, allí trato a niños autistas, cuya terapia utilizada consistía en hacer que el paciente recupere la estima propia que había perdido.

Por esta razón el autor piensa que:

“La ausencia de respuestas gratificadoras por parte de los que se ocupan de él, puede forzar al niño demasiado pronto, a contemplar el mundo como algo puramente frustrante, antes de haber tenido la posibilidad de obtener un convencimiento pleno de que el mundo es esencialmente bueno” y además que “el autismo infantil nace del convencimiento original de que uno no puede hacer absolutamente nada respecto a un mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea y esto sólo de manera frustrante... el niño autista tuvo una vez una vaga imagen del mundo gratificador , se mueve hacia este, no mediante la acción, sino a través de la fantasía. Y si actúa, no es para mejorar su suerte sino únicamente para alejar todo peligro suplementario”.

(Bettelheim, 1967)

Bettelheim cree que los autistas han atravesado una situación extrema que los ha llevado a retirarse del mundo. Su objetivo terapéutico, entonces, será crear un ámbito positivo que favorezca la reconstrucción de la personalidad, a partir de vivencias que modifiquen el proceso psicótico.

Según Bettelheim, la causa que origina el autismo sería la correcta interpretación que el niño hace de los sentimientos negativos (odio y rechazo inconsciente) de las personas que lo rodean, de los que por su inmadurez no puede defenderse. “El autismo infantil es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir en una situación extrema y totalmente sin esperanza” (Bettelheim, 1967)

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Este sería el punto en el que conecta su teoría con las vivencias de los prisioneros, con la diferencia que en el caso de estos últimos la amenaza es exterior mientras que para los niños autistas se trata de una realidad interna que viven como la única representación posible del mundo.

Bettelheim discutirá con Kanner el diagnóstico de esquizofrenia infantil y le opondrá a su teoría etiológica organicista una causa psíquica.

Bettelheim define al autismo como una defensa muy temprana. Algo irrumpe o impide que siga funcionando en ese bebé. Describe la desconexión como un muro que está rodeando un vacío y si alguien trata de entrar, se solidifica esa estructura, se hace más fuerte; si se insiste, se produce una desestructura, y el chico puede entrar en pánico. Si no hubiera una estructura no habría ningún tipo de reacción.

Bettelheim registra que cuando alguien trata de entrar, el muro se cierra aún más, si se trata de quebrar ese muro se produce una desestructuración, de lo que puede deducirse que ahí hay una estructura. Esta estructura la toma como analogía de una muralla que se construye muy tempranamente, frente a la irrupción violenta de algo que viene a alterar un equilibrio. Para Bettelheim el bebé está en una dualidad con la madre, hay una fusión madre-niño, algo viene a quebrar esa fusión, y los dos componentes de esa fusión quedan mal, y no saben cómo reponerse, no pueden volver a conectarse.

Además, afirma que la mera actividad del sujeto sobre el medio no es requisito suficiente para construir y desarrollar la personalidad humana, al ser imprescindible la capacidad de comunicar sensaciones y afectos, como de experimentar una réplica emocional apropiada. Es así por lo que opta por el término mutualidad y no reciprocidad, al juzgar que mientras el último implica un movimiento alternativo de ida y vuelta, el primero supone que tal intercambio de acciones entre quienes participan y cuyo prototipo considera y sitúa en la temprana relación madre-bebé, son ejercidas por cada uno con respecto al otro (Bettelheim, 1967).

Pero si tal mutualidad resultara errada, el niño se retiraría a la posición autista, de tal suerte que el mundo que antes parecía sólo insensible lo vivenciaría ahora como destructor, sirviéndose de la fantasía para obtener todas las gratificaciones posibles,

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

actuando únicamente para alejar todo peligro suplementario. Puede suceder también que el niño use a la madre para el logro de ciertas satisfacciones, lo que, al menos teóricamente, pudiera interpretarse como una aptitud para entablar relaciones sociales, pudiendo así englobarse a otras personas en el tratamiento ambulatorio.

A raíz de ello, propone como tesis que el autismo infantil conforma un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir una situación extrema y absolutamente desesperanzadora, caracterizada por el tránsito del sujeto por distintos períodos críticos evolutivos. Así, el primero de ellos se localizaría durante los primeros 6 meses de vida extrauterina, antes del advenimiento de la angustia del octavo mes y del subsiguiente temor a los extraños, abarcando el segundo del sexto al noveno mes, en el que el niño se reconoce a sí mismo como a otros, abandonando toda tentativa de interacción social si su búsqueda/demanda resulta fallida, situándose el tercero entre los 18 meses y los 2 años, en el que, junto al repliegue afectivo de la figura materna, decide también retirarse física y emocionalmente de la realidad externa circundante. Tales premisas se opondrían a las de Mahler, desde que para el presente autor resulta inadmisibles que la figura materna genere el proceso autista, como que los ingredientes caracteriales patológicos de aquélla expliquen los de su vástago.

Ello para Bettelheim (1903-1990) se debería a la falsa creencia en una simbiosis perfecta madre-hijo, a modo de una mónada psicológica feliz, de la que habría resultado la concentración de la investigación hacia un posible maternaje patológico, confiriendo así menor protagonismo al niño en tal relación diádica. Frente a ello, sin embargo, manifiesta que es la reacción espontánea del niño a la actitud materna y no ésta la que origina la condición autista, de tal forma que para que ésta se sincronice es preciso que el niño responsabilice a su madre de todo cuanto sucede, proceda esto de la realidad interna o externa, configurando así en su psiquismo un rechazo (reacción autista) hacia la figura materna, cuya perdurabilidad o no dependerá de la respuesta ambiental (Bettelheim, 1967).

Como aspecto significativo de la reacción autista señala el grado de angustia psíquica experimentada, según donde ubique la fuente de su malestar psíquico, dentro o fuera de sí mismo, de tal forma que si es fuera, aun distorsionado, el niño mantendrá algún

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

contacto con la realidad, evitando así su ensimismamiento total, dada la creencia que aún le guía de ejercer algún tipo de control sobre su propia conducta o la de los demás. Pero si tal percepción interna, ya real, ya fantaseada, desapareciera, a modo de autoprotección, el sujeto optaría por la retirada total del mundo externo, abandonando así su potencial capacidad de influir sobre el medio, a la vez que desvirtuando todo acto conductual, al suprimir su rasgo más distintivo, esto es, el deseo de establecer algún tipo de intercambio relacional con otros individuos.

En cuanto a la comunicación, describe que existe un “desarreglo grave” la comunicación que empieza desde que el niño es amamantado, es desde ahí que el proceso de desarreglo comienza, con la incorrecta interpretación por parte del bebé, hacia el dolor, la incomodidad y la angustia que siente la madre en estas primeras veces que lo alimenta, o bien, por la correcta interpretación que el niño hace de los sentimientos negativos de la madre. Esto hace que el bebé comience a separarse de ella y del mundo.

La madre, por su parte, al sentirse frustrada en su maternaje puede ser que en vez de que responda con dulce insistencia, lo haga enojada e indiferente.

“La retirada debilita a un Yo joven que emerge de la fase de indiferenciación y conduce a un desequilibrio psíquico aun mayor... El aparato mental, solo se utiliza con un objeto único: proteger simplemente la vida, no haciendo nada respecto a la realidad exterior. Toda la energía disponible se concentra en la protección, y no quedando nada para la construcción de la personalidad. De tras de todo ello esta la convicción de que cualquier cosa que se sea o que se haga, producirá una respuesta desastrosa”. (Bettelheim B. , 2010)

Será entonces cuando quienes conviven con autistas habrán de luchar por sacarlos de su caparazón, creando para ello situaciones en que por iniciativa propia actúen sobre el medio y no por dictado de otros, propiciando así una imagen menos amenazante del entorno original del que optaron por alejarse a otro lugar.

Sin negar posibles predisposiciones biológicas e influencias ambientales en tal repliegue sobre sí mismo, Bettelheim atenúa el papel conferido dentro de las últimas a las actitudes maternas como factor causal del autismo, juzgando mejor los deseos parentales de rechazo consciente/inconsciente hacia la no existencia del hijo/a como

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

factor precipitante, por lo que, ambos padres, más que originar tal síndrome, dadas las dificultades y angustias que vivencian con el niño autista, desarrollan hacia él sentimientos hostiles, abocando todo ello en una intensificación de tal cuadro clínico.

Sea como fuere, de producirse un retorno a la realidad externa, éste comienza cuando una extensión del cuerpo persigue englobar, manipular o cambiar ese mundo exterior, afectando ello también al aparato psíquico, en donde germinará la idea de que por su acción se es capaz de afectar, transformar, el entorno. Para lograr esto sugiere que el menor re experimente parcialmente las vivencias más precoces que determinaron su retirada autista, las cuales, a diferencia de las pretéritas, le reportarán bienestar y placer, a modo de una experiencia emocional correctiva, renaciendo de ello un sujeto que vive y siente el mundo no permanentemente amenazador y frustrante.

Como vivencia ejemplar de ello sitúa la de la eliminación de las heces, ya que si el cuerpo del autista carece de la imagen integrada de las distintas pulsiones parciales, tal experiencia interna/externa le permite diferenciar lo que forma parte del sí del no-sí, lo que no sucede en la ingestión de alimentos, donde la autonomía del niño es menor, al depender ésta de un agente externo, que guía su conducta, mientras que en el caso de la defecación la retención/expulsión es de total responsabilidad del sujeto.

En un plano diferente, considera desacertado comparar a los niños autistas con sus homólogos psicóticos, desde que mientras los primeros desarrollan tal síndrome como reacción ante un extremo aislamiento afectivo, cuyo origen ubica en la incapacidad de algunos sujetos, habitualmente los padres, para ser afectivamente gratificantes con el lactante/infante, a lo que añade la vivencia interna amenazadora del niño de ciertas experiencias ambientales, los segundos habrían conformado su carácter subhumano como respuesta a los cuidados propiciados por un animal. De ello sugiere el error de Kanner (Kanner, 1943) al decir que el autismo es una perturbación innata del contacto afectivo, al ser para él la reacción desplegada por el niño cuando no halla los estímulos apropiados en el momento oportuno. Es decir, ante exigencias innatas de relación con el medio, cuya demora angustia al niño, éste opta por la retirada autista, que, como sus defensas autistas, abandonará lentamente cuando alcance la satisfacción adecuada.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Bettelheim (1967) basa sus aportaciones en que los niños autistas sí establecen relaciones con las personas aunque no de manera positiva. Es un continuo de sentimientos, desde el más positivo hasta el más negativo, en el extremo negativo puede aparecer un apartamiento total, que es el que parece existir en el autista. El observó que atrás del alejamiento aparente había un odio inmenso que no se ve con la conducta manifiesta del niño, y atrás de este, lo que había era un deseo ahogado, pero no abandonado del otro que no encuentra respuesta y le produce un gran dolor. Estos niños buscan una persona que nunca cambie porque otro cambio para ellos significa una pérdida, y otra pérdida como la muerte.

Afirma un desarrollo, aunque limitado, del sí mismo en el autista en forma muy desigual, pero que sí alcanza a ser defensivo ante nuevos daños.

Tratamiento.

Después de largos años de trabajo con niños psicóticos, Bettelheim había comprobado que un medio ambiente institucional especial podía arrojar excelentes resultados en los tratamientos con este tipo de pacientes. A partir de 1950 incluyó también a niños con diagnóstico de autismo en la Escuela Ortogénica Sonia Shankman, dependiente de la Universidad de Chicago de la que fuera su director desde 1944 hasta 1990 (año de su muerte). Los grupos nunca superaban los seis u ocho niños. Las herramientas básicas para el trabajo eran la escucha y el respeto. La institución debía hacerse cargo del paciente en forma global y el terapeuta debía ofrecerse como objeto permanente para que el niño pudiera estructurar su personalidad en torno a su imagen. En función a la idea de "rechazo inconsciente" de los padres, a los que caracteriza como seres que sólo cubren las necesidades del niño, aun en demasía, pero sin aportar el afecto requerido para su humanización, Bettelheim propone la separación del niño de su grupo familiar y la sustitución del mismo por el dispositivo institucional.

De este modo, su institución se convirtió en "un lugar para renacer". Se inspiró en el psicoanálisis, pero él se define como un humanista cuyo enfoque psicológico existencial se centra en el sufrimiento y las necesidades de sus pacientes. Describe su trabajo y el de sus colaboradores como el de humildes educadores. En oposición a lo que en

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

general veía en otras instituciones propone entrar en el mundo del niño en lugar de forzarlo a adaptarse al mundo adulto.

De igual forma niega el pesimismo terapéutico de organicistas y ambientalistas respecto al autismo, que atribuye al carácter de la terapia usada, insuficientemente intensiva y prolongada. Se opone, por tanto, a la irreversibilidad de la condición autista y a lo sustentado por Eisenberg y Kanner (Kanner, 1943) de que, salvo excepciones, en general, la psicoterapia apenas dé resultados. Arremete también contra la terapia de conducta, cuya meta es rendir la voluntad del sujeto, usando cualesquiera procedimientos aversivos, reduciendo así el trabajo terapéutico a la esfera sintomática exclusivamente.

Del pronóstico (bueno, medio y malo), que vincula a los logros académicos, sociales y comunitarios obtenidos, apuesta por una mejor evolución en los autistas hablantes que en los mudos, dada la gran relevancia que el lenguaje articulado posee en la construcción del sujeto humano. Muestra, sin embargo, un optimismo terapéutico loable al afirmar que la única diferencia que hay entre niños autistas y niños normales estriba en la no actualización en los primeros de su completo potencial de crecimiento, que juzga idéntico en ambos grupos, lo que sería deseable pero inexacto.

Ahondando en el rol del lenguaje, del que el autista cree que se sirve con fines defensivos, (Bettelheim, 1967) destaca lo engañoso del concepto de inversión pronominal, esto es, usar el pronombre tú/ustedes en lugar del yo, desde que más que invertir los pronombres, lo que hace el niño es evitar usarlos. Apoyando esto cita a Kanner y a otros quienes han corroborado que si bien los niños autistas evitan utilizar pronombres personales, jamás usan el yo o si lo hacen es en una fase avanzada del tratamiento.

Como causa de tal evitación del yo refiere la negación (o ignorancia) del autista de su sí mismo, denotando por el contrario el uso del tú/ustedes cierta conciencia del sí mismo de otros. Los autistas, parecen así, reconocer más fácilmente el sí mismo de otros que el propio, confiriendo además al de aquéllos unas facultades extraordinarias, a la vez que protegen lo que sucede en el suyo propio. Y es que, al no permitirse ser sin no

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

decir sí a nada, el niño autista se somete a lo que juzga ser el deseo de los padres, facilitando así que el tú/ustedes (el otro), que es quien realmente tiene el derecho a existir, al igual que el no, que en esencia constituye una negación de la existencia, se usen con más facilidad que los términos ya aludidos. Con todo, a Bettelheim se le objetó el uso tan impreciso del término psicosis infantil, al incluir en éste la esquizofrenia, autismo, ciertas formas de anorexia mental y toxicomanías de las organizaciones psicóticas presentes en encefalopatías, infiriendo de ello algunos que todo niño replegado en sí mismo y es rechazado por su entorno social.

CONCLUSION:- Bettelheim basa sus supuestos en uno de los síntomas fundamentales del autismo, que es la retira del mundo externo, bajo esta premisa cree que el niño en su infancia temprana pasa por “una situación extrema” donde el niño debido a su inmadurez no sabe como manejarla, por lo que se ve obligado a encerrarse en si mismo, por lo que su propuesta terapéutica se basa en la premisa de que si los padres son aquellos causantes de la patología del niño por lo tanto debe ser separado de ellos, así que un medio ambiente institucional sería más favorecedor a este tipo de niños.

“Cuando en la mente del bebé surgen los conflictos entre el amor y el odio, y el temor de perder al ser amado se activan, un paso muy importante que se hace en el desarrollo”.

Klein, 1936.

Melanie Klein

Klein (1882 -1960) intenta explicar los hechos que surgen a partir del contexto terapéutico y de nuevas observaciones, es decir, da cuenta de los sucesos que ocurren en el consultorio y en el vínculo interpersonal entre el paciente y analista.

Melanie Klein fue una de las primeras psicoanalistas en trabajar con niños, ella basaba su análisis en el juego. En 1930 presentó el caso Dick, un niño de 4 años con características notablemente autistas. Para Klein, el autismo de Dick era consecuencia de su falta de relación simbólica con las cosas. Ella consideraba que “se trataba de una esquizofrenia atípica caracterizada por una inhibición del desarrollo” ya que no disponía aún del diagnóstico de autismo.

Ya en el trabajo en análisis con niños, incursionó en la práctica de introducir el juego como acceso a los conflictos y fantasías en los niños, como sustitución de la comunicación verbal.

Sus estudios se volcaron principalmente en la relación de objeto entre el bebé y su madre, hace énfasis en la existencia de relaciones de objeto tempranas, como fundamentales del desarrollo psíquico y de la personalidad.

Klein relaciona los trastornos psíquicos graves de la infancia con detenciones del desarrollo o bien con regresiones a estadios anteriores que habían sido superados. Piensa la patología grave como el modo en que el Yo temprano hace frente a las exigencias de las pulsiones, y va construyendo así su propia teoría de las “posiciones”

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

en donde las primeras etapas de la vida infantil ponen en juego angustias y mecanismos de defensa “psicóticos”.

La detención del desarrollo en estas posiciones, o la regresión a ellas, resultarían patológicas tanto en la infancia como en la vida adulta.

“En la primera realidad del niño no es exageración decir que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, peligrosos a causa del impulso del propio niño a atacarlos. En tanto que el curso normal del desarrollo del yo es evaluar gradualmente los objetos externos a través de una escala realista de valores, para el psicótico, el mundo es valorado en el nivel original; es decir, que para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos”. (Klein M. , 1990)

La patología grave del niño no se diferencia en gran medida de la patología grave en el adulto; por el contrario, se podría afirmar que tanto el niño como el adulto, cuando enferman gravemente, lo hacen por estancarse o bien por regresar a una determinada fase del desarrollo, que será la que determina, en última instancia, las características del cuadro clínico. Así, para Klein, no habrá diferencias apreciables entre niños y adultos tanto en el plano psicopatológico como en el modelo de cura a proponer para uno y otro.

Sus observaciones e hipótesis le llevan a inventar su teoría original del desarrollo y la estructura de la mente: la idea del mundo de los objetos internos es un espacio mental poblado de objetos que interactúan entre sí, produciendo significados y motivaciones; descubre las fantasías inconscientes como los elementos básicos de este mundo interno o realidad psíquica. La idea de conflicto mental cambia, no es una lucha entre el impulso sexual y la defensa, o con la estructura que impide su descarga, sino entre sentimientos de amor y de odio que se enfrentan en el vínculo con los objetos.

De 1932 a 1946 se enfoca en el psicoanálisis de niños, la teoría de las posiciones (posición depresiva y de posición esquizo-paranoide) son aspectos esenciales donde la mente es un espacio poblado por objetos internos que interactúan a través de los procesos de proyección e introyección, y la lucha pulsional entre sentimientos de amor y odio.

Teoría de las posiciones:

Ya que, aunque bien se sabe que "Siempre tienen lugar algunas fluctuaciones entre la posición esquizoide y la depresiva, las que forman el desarrollo normal" (Klein M. , 1990) . Y por tanto no puede establecerse una división precisa entre estos dos estados ya que hasta cierto punto se entremezclan y son recíprocos, para lograr el objetivo que requiere esta tesis en cuanto al autismo, este apartado se enfocara en la posición esquizo-paranoide pues es la que podría dar un aproximado teórico que más satisfaga la etiología en el autismo.

Posición esquizo-paranoide:

Klein describe esta posición como una estructura que organiza la vida mental en los tres primeros meses de vida y está constituido por:

- 1.- Ansiedad persecutoria que es la angustia principal que siente el Yo de ser atacado, el elemento principal para entender el conflicto psíquico.
- 2.- Relación objeto parcial, con un pecho idealizado y otro persecutorio, que se perciben como objetos disociados y excluyentes.
- 3.- El yo se protege de la angustia persecutoria con mecanismos de defensa intensos y omnipotentes. Ellos son la disociación, la identificación proyectiva, la introyección y la negación.

Klein cree que existe un yo primitivo desde el nacimiento, es quien siente la angustia, se relaciona con un primer objeto y realiza mecanismos de defensa primitivos, que está definido por la cualidad de la ansiedad y las características de los mecanismos de defensa que son intensos y extremos, considerándolos de naturaleza psicótica.

Para Melanie Klein el eje central en la psique del niño se basa en la ansiedad persecutoria, ya que esta es un elemento principal para entender el conflicto psíquico y a partir de esta se desarrollan los mecanismos defensivos que darán pauta a los mecanismos de defensa. Esta se describe como la ansiedad experimentada por el Yo

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

como una amenaza de fuerzas hostiles que lo atacan y tiene un origen principalmente interno (pulsión de muerte) y también uno externo. La pulsión de muerte es proyectada en el primer objeto externo, (pecho de la madre). (Bleichmar, 2010)

Klein dice que los factores externos son muy importantes desde el comienzo, ya que toda experiencia buena fortalece la confianza en el objeto bueno externo, y todo estímulo negativo el temor a la persecución, por el contrario, refuerza los mecanismos esquizoides, perturbando el progreso de dicha integración, sin embargo da más importancia a los factores intrínsecos del individuo, determinados por la lucha de sus pulsiones que a los de índole externa.

Mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranide:

- Disociación, proyección e introyección.

Por un proceso primitivo de disociación, el bebé percibe al mundo externo y a sí mismo divididos en dos partes absolutamente inconciliables, un objeto idealizado al que asigna todas las experiencias gratificantes y un objeto persecutorio al que atribuye todas las frustraciones.

Los mecanismos de proyección e introyección permiten la construcción de un objeto bueno interno y un objeto malo interno al introyectarse los objetos externos bueno y malo respectivamente. Se refiere al pecho bueno externo e interno llega a ser el prototipo de todos los objetos protectores gratificadores, el pecho malo, el prototipo de todos los objetos perseguidores externos e internos. Para Klein la relación narcisista es un relación con un objeto idealizado interno, en el que el yo se confunde con dicho objeto, mientras que el objeto persecutorio esta disociado y proyectado en el exterior, esta relación narcisista es provocada por un conflicto e inexorablemente produce ansiedad, aunque este negada o disociada.

- Identificación proyectiva.

La mente tiene la capacidad omnipotente de librarse de una parte del self y colocarla en otro objeto.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Lo explicó como un mecanismo que permite desprenderse tanto de aspectos malos como buenos de uno mismo.

Idealización

Se aumentan los rasgos buenos y protectores del objeto bueno, o se le agregan cualidades que no las posee. Constituye una defensa del yo para protegerse de una excesiva persecución, manteniendo a la vez disociación entre objetos idealizados y persecutorios. Por lo tanto, siempre que halla en un paciente necesidad de idealizar, se estará protegiendo de un sentimiento de angustia.

- Negación

Es un mecanismo omnipotente por el cual la mente niega la existencia de objetos persecutorios, que disocia y proyecta en el exterior. Al mismo tiempo, el yo se identifica con los objetos internos idealizados, con lo que contrarresta la amenaza persecutoria.

Melanie Klein piensa que todo niño pasa por su desarrollo por una psicosis infantil como una etapa normal determinada por estos mecanismos. En este desarrollo temprano se encuentran los puntos de fijación de las perturbaciones psicóticas posteriores. Aquí se basa en el criterio psicopatológico que se aplica al desarrollo normal a través del concepto de dichos puntos. Cuando más regresivo es el punto de fijación, más grave será la patología originada.

“En la temprana infancia surgen las angustias características de las psicosis, que conduce al yo a desarrollar mecanismos de defensa específicos. En este período se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas. Las angustias psicóticas, los mecanismos y las defensas del yo de la infancia, ejercen una profunda influencia en todos los aspectos del desarrollo incluyendo el desarrollo del yo, el del súper yo y el de las relaciones de objeto” (Klein, 1946)

En este artículo aclara que si los temores persecutorios son demasiado intensos, se produce un fracaso en la elaboración de la posición esquizo-paranoide, lo que conduce a un reforzamiento regresivo de los temores persecutorios y a establecer puntos de fijación para graves psicosis. (Bleichmar, 2010)

Tratamiento.

En el primer período, Klein descubrió la técnica del juego y el análisis del niño partiendo de su técnica psicoanalítica del juego infantil, analizando niños aceptando sus juegos, dramatizaciones, expresiones verbales y sueños como material igualmente significativo, a través de ellos explora sistemáticamente las fantasías conscientes e inconscientes de los pequeños, analizando esto si encuentra inhibición, explorar las causas de dicha inhibición.

La función del analista es comprender la mente del paciente y transmitirle que es lo que ocurre en ella. Con estas observaciones descubre que sufren de ansiedades persecutorias internas, además de fenómenos nuevos. A través de la observación entiende la patología de los niños que analiza como resultado de alteraciones o inhibiciones del desarrollo infantil, señalando la ansiedad como el factor principal de las perturbaciones psicológicas y cree que las fantasías agresivas del niño son la causa principal de dicha ansiedad.

El analista en el análisis de la transferencia sólo interpreta en profundidad el material asociativo del paciente, dijo que esta transferencia se interpretaba igual en niños que en adultos.

Analizando la transferencia positiva y negativa, la ansiedad y la culpa y los efectos adversos de interpretar parcialmente el material o de introducir técnicas no analíticas como actitudes de orientación y directivas. Melanie Klein creía en la existencia de un superyó temprano, a los dos o tres años de edad que se caracteriza por su sadismo, por lo tanto el tratamiento sería el de reducir su excesiva crueldad.

Partiendo de las dos hipótesis más importantes de Klein que son:

- a) La existencia de un superyó temprano, que primero ubica entre los dos y tres años de edad y luego hace retroceder hasta el comienzo de la vida psíquica.
- b) La idea del complejo de Edipo temprano, ubicado en la fase pregenital del desarrollo.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Klein resaltó que la agresión posee un papel central tanto en el desarrollo psíquico temprano, como a lo largo de la vida del sujeto, los impulsos agresivos tienen gran importancia en los primeros años de la vida psicológica, principalmente el vínculo con la madre. El concepto de fase de sadismo máximo y supone que ocurre a los seis meses de edad, vinculada con la dentición y el destete. Luego traslada la agresión y la adscribe al campo de la fantasía inconsciente. De aquí surge la idea de complejo de Edipo temprano, donde la sexualidad contiene agresión, esto produce sentimientos de culpa, las relaciones de ansiedad, dolor y culpa se relacionará también con la idea del superyó temprano. Los impulsos agresivos (pregenitales) se expresan, desde el comienzo de la vida, a través de fantasías inconscientes que están dirigidas hacia el cuerpo de la madre.

A diferencia de Anna Freud, la técnica creada por M. Klein, para el análisis de niños, se basa principalmente en el juego, como continuación de las investigaciones realizadas por Freud. Del mismo modo, la capacidad de transferencia, también es espontánea en el niño. Esta capacidad de transferencia es explicada por esta autora, por el hecho de que la ansiedad en el niño es muy intensa, lo que pone en marcha la compulsión a la repetición. Esta repetición lleva al niño a personificaciones y simbolizaciones en la que imprime sus primeras relaciones de objeto, que se expresan en la transferencia y en sus juegos. Es decir que, la sustitución del objeto imaginario, cuya pérdida es temida y sufrida, por otros objetos más numerosos y reemplazables, son las bases para la actividad lúdica y la capacidad de transferencia.

Según Cohen Imach (2009) se puede sintetizar la concepción kleiniana del juego en los siguientes puntos:

- 1- El juego como lenguaje
- 2- El motor del juego
- 3- Juego y Aprendizaje
- 4- Juego y Ansiedad
- 1- El juego como lenguaje

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

"El niño al jugar, vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos, proyectándolos en el mundo exterior hacia los juguetes". (Klein M. , 1990) Mecanismo que la autora considera posible, ya que supone en el niño la temprana capacidad para la simbolización. El juguete permite que el niño venza el miedo a peligros internos, constituyendo así un "puente entre fantasía y realidad".

"El niño expresa sus fantasías, sus deseos y experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y de juegos. Al hacerlo utiliza los mismos medios de expresión arcaicos, filogenéticos, el mismo lenguaje que no es familiar en los sueños. Y sólo comprendemos este lenguaje si nos acercamos al juego como Freud nos ha enseñado a acercarnos al lenguaje del sueño. Por ello debemos tener en cuenta no sólo los simbolismos aislados que puedan surgir dentro del juego, sino todos los mecanismos y formas de representación usados en el trabajo onírico" (Reynoso, 1980).

El análisis de niños nos muestra repetidamente los diferentes significados que pueden tener un mismo juguete o fragmento de juego, interpretado a partir de la singularidad de cada niño y de la situación analítica global. Es por esto que la autora sostiene que el juego es el mejor medio de expresión del niño, ya que jugando el niño habla y dice toda clase de cosas que tienen el valor de genuinas asociaciones.

Así, si consideramos al juego como equivalente al sueño, podemos suponer que también aquél es una manifestación del inconsciente, y que ha sufrido un proceso de transformación, apareciendo ahora tras una fachada tal como la elaboración secundaria del sueño. Esto nos lleva a pensar a la actividad lúdica como estructurada a partir de las leyes del inconsciente, a saber, la condensación y el desplazamiento. Proceso de simbolización que consiste esencialmente en ofrecer otro significante a lo imposible de nombrar.

2- Motor del Juego:

Klein sostiene que detrás de toda forma de actividad lúdica existe un proceso de descarga de fantasías de masturbación. Este proceso actúa como una compulsión a la repetición, y constituye el mecanismo fundamental del juego infantil y de todas las sublimaciones siguientes. Sostiene, además, que las inhibiciones en el juego surgen de una fuerte e indebida represión de aquellas fantasías, y con ella se reprime toda la vida

imaginativa del niño. Según Klein, las experiencias sexuales están enlazadas con las fantasías de masturbación, y por medio del juego, el niño logra su expresión y su catarsis.

3- Juego y Aprendizaje

Según Klein las fantasías son las que promueven el desarrollo del interés por el mundo externo y el aprendizaje del mismo, y de ellas extrae la fuerza para buscar y organizar el conocimiento del mundo. Por tal motivo, un niño que no juega, que tiene reprimidas sus fantasías, tampoco logrará hacer un buen aprendizaje.

4- Juego y Ansiedad

Ya señalamos que por intermedio del juego el niño transforma experiencias dolorosas, sufridas pasivamente, en activas y cambia el dolor en placer. Este placer que obtienen los niños mediante el juego, no procede, entonces, sólo de la gratificación por el cumplimiento de sus deseos, sino principalmente, por el dominio de la ansiedad que el juego ayuda a lograr. Sin embargo, la misma autora señala más adelante, que esto es así, mientras la ansiedad es latente. Pero cuando se vuelve manifiesta, pone fin al juego. (Aberastury, 1984)

Conclusión.- La aportación principal de Melanie Klein es la introducción del juego en la terapia infantil, descubrió que los niños expresan sus deseos y temores mediante el proceso del juego de una manera simbólica, es así que en casos clínicos más severos de psicosis infantil no encuentra en estos niños un juego simbólico, es por ello que piensa que la principal afección se encuentra en el campo de lo simbólico, el autismo es la falta de simbolización.

Klein no cree que exista una diferencia significativa entre la patología grave del niño y el adulto. Se enfoca en la idea que la patología grave el adulto se da por la regresión a una posición anterior, tal es el caso del autismo o psicosis, que se interpretaría como una regresión y estos son manifestados como mecanismos de defensa.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

La teoría de las posiciones es fundamental para la comprensión del autismo ya que la posición esquizo-paranoide describe los síntomas y mecanismos defensivos que actúan en dicha patología.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

“Es en el juego y sólo en el juego que el niño o el adulto como individuos son capaces de ser creativos y de usar el total de su personalidad, y sólo al ser creativo el individuo se descubre a sí mismo”.

Winnicott, 1971.

Donald Winnicott

Donald Winnicott (Plymouth, 1896 – Londres, 1971), médico de formación, se especializa en Pediatría, Psicoanálisis y Psiquiatría infantil. Tras la labor pionera de Sigmund Freud, y junto a Melanie Klein y Jacques Lacan, entre otros, es uno de los autores de referencia dentro del pensamiento psicoanalítico. A diferencia de Klein y Lacan, Winnicott no construye escuela de pensamiento y carece de discípulos.

Básicamente, es el analista que pone en valor la influencia ambiental (materna) en el desarrollo emocional temprano del bebé. Sus intereses teóricos se centran en la capacidad de jugar como indicador de salud. La amplitud y fecundidad de su obra exige una lectura laboriosa y profunda, pues es un autor que hace de la paradoja, el jugar, la creatividad y el espacio transicional el hábitat de su teoría. Winnicott fue, un estudioso del psicoanálisis, materia en la cual no sólo se formó, sino que también proporcionó aportes importantes en su época. La observación de la conducta de los niños y sus madres influyó de manera decisiva en su enfoque psicoanalítico.

A partir de su experiencia con niños pequeños advirtió que buena parte de sus problemas emocionales parecían encontrar su origen en etapas tempranas de su desarrollo.

En su práctica clínica demostró que los niños aquejados de algún trastorno psiconeurótico, psicótico, psicosomático o antisocial, ya daban señales de padecer alguna anomalía de su desarrollo emocional, durante su primera infancia, incluso cuando eran algunos bebés.

En 1936 publica su primer trabajo en el que describe que lejos de lo que suponía en esa época el infante posee complejas fantasías y emociones. Según su punto de

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

vista el mundo interior se construye a partir de los dos aspectos esenciales de la fantasía oral, el conservar o el eliminar. Según el punto de vista de nuestro autor, opinión que compartía con Melanie Klein el desarrollo emocional debía considerarse como un línea de progresión en que lo arcaico definía las características del porvenir. A lo largo de su carrera Winnicott cree primordialmente en que el medio ambiente ocupa un lugar central, tanto en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patología: “El desarrollo emocional del individuo es precario, y cuando todo va bien implica gran dolor además de alegría, y entra en juego el factor de la suerte”. (Winnicott, 1975)

Tiempo después, trabajo con Melanie Klein con la que después hubo diferencias, el principal desacuerdo consistió en el papel que cada uno adjudicaba al medio ambiente en el desarrollo emocional del niño.

El concepto teórico que mejor ejemplifica esta línea del pensamiento es el de sostenimiento o holding, al describir una conducta emocional de la madre respecto a su hijo, en torno a los éxitos o fracasos del sostenimiento se sitúan los distintos grados de perturbación psíquica. Otra idea vinculada con la anterior, es la de falso o verdaderos self. Winnicott elaboró una teoría del desarrollo emocional. En ella trató de anclar los puntos de fijación de las perturbaciones psicológicas consideradas, por supuesto, desde su punto de vista del falso y verdadero self.

Donald Winnicott consideraba al autismo como desarrollo defensivo contra el caos externo o interno y no tanto una detención en el desarrollo normal.

El desarrollo patológico precoz estaría estrechamente conectado con la fallida instauración de una relación con la realidad externa, que comporta la escisión entre el verdadero self oculto en un estado de conexión interna, y un falso self que se organiza para mantener controlado el mundo externo.

La escisión entre realidad interna y fantasía impide a estos sujetos crear “fenómenos transicionales” y “objetos transicionales”, lo que, en calidad de primera posesión u objeto narcisista se sitúan en los confines entre unidad madre/niño y división entre sujeto y objeto libidinal (Egge 2008, p.58).

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Para Winnicott el autismo es una organización defensiva inmensamente sofisticada, construcción desarrollada por el niño para protegerse del ambiente.

Como ya se mencionó, para Winnicott el medio ambiente ocupa un lugar central, tanto en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patología.

“Surgen dificultades a cada minuto, pero con un empeño especial de adaptación a la necesidad el daño puede prontamente enmendarse. El niño empieza a reunir pruebas de que cuando las cosas son espantosas pueden ser enderezadas; de que hay alguien que le tiene consideración. Así es la vida, y si así puede describirse la vida del niño, podemos pensar en términos de salud, olvidándonos de los detalles de los síntomas y las categorías correspondientes a la psiquiatría adulta. Del otro lado vemos la mala salud, o sea una provisión ambiental incapaz de mantenerse, ya sea por defectos en el campo de la confiabilidad o porque las tensiones y las provocaciones que impone el niño (y luego los niños) al crecer son excesivas para los seres humanos que en su conjunto componen el ambiente emocional, con lo cual los innumerables daños y los momentos de agonía por los que atraviesa el niño en su vida no son enmendados permanentemente; en lugar de ello, se acumulan los agravios, y el niño tiene que erigir defensas contra estos. Aquí hay mala salud en el sentido psiquiátrico, y por más que el cuerpo esté sano y funcione bien, abrevia la catástrofe”. (Winnicott, 1975)

Nuevamente aparece aquí la idea que plantea que los criterios psicopatológicos de la psiquiatría de adultos difieren totalmente de los de la psicopatología infantil; que ésta debe tomar en cuenta, fundamentalmente, las posibilidades del niño de completar el desarrollo de su psiquismo, pero incluyendo ahora la función del ambiente suficientemente bueno, capaz de proveer lo necesario para que este desarrollo se produzca sin dejar huellas de patología.

Tal es la importancia que Winnicott ha de darle al ambiente, que sus criterios diagnósticos se basarán exclusivamente en la evaluación del mismo: “Debemos saber qué cosas ocurren en el niño cuando un buen marco se desbarata y también cuando ese marco adecuado jamás existió, y ello implica estudiar todo el tema del desarrollo emocional del individuo.

Las seis categorías que se enumeran a continuación pueden resultar útiles como métodos para clasificar los casos y hogares desechos:

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- a) Un hogar bueno corriente, desintegrado por un accidente sufrido por uno de los progenitores o por ambos.
- b) Un hogar desecho por la separación de los padres, que son buenos como tales.
- c) Un hogar desecho por la separación de los padres, que no son buenos como tales.
- d) Hogar incompleto por ausencia del padre (hijo ilegítimo). La madre es buena; los abuelos pueden asumir un rol parental o contribuir en alguna medida.
- e) Hogar incompleto por ausencia del padre (hijo ilegítimo). La madre no es buena.
- f) Nunca hubo hogar alguno.

“Se trata de evitar toda evaluación del problema basada en los síntomas del niño, o en el grado en que el niño se convierte en una molestia, o en los sentimientos que la situación despierta en nosotros, pues tales consideraciones suelen inducir a error”. (Winnicott D. , 1991).

En función de estos criterios, y respecto de la patología grave, el primer signo que Winnicott establece es la pérdida de un marco familiar que haya provisto lo necesario. A los niños afectados de esta falta los caracteriza como deprivados. El segundo signo a establecer será el de si alguna vez existió o no para ese niño en particular un marco familiar proveedor. En el primer caso (hubo un medio familiar que luego se perdió),

“Las bases de la salud mental del niño quizás estén ya bien establecidas, de modo que la enfermedad provocada por la deprivación se produjo en un período de salud”. En el segundo caso (nunca hubo un medio familiar proveedor) el niño “carece de toda experiencia sana que pueda redescubrir en un nuevo ambiente y, además, puede haber existido un manejo tan complejo o deficiente de la temprana infancia, que las bases para la salud mental en términos de estructura de la personalidad y sentido de la realidad sean muy escasas”.

De esta forma, la noción de deprivación ocupa un lugar central en el pensamiento psicopatológico de Winnicott, y de ella han de desprenderse las categorías de conducta antisocial y de esquizofrenia infantil. Veamos su distinción:

La tendencia antisocial nace de una deprivación; la finalidad del acto antisocial es remediar el efecto de la deprivación negándola.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Debe hacerse hincapié en que la tendencia antisocial está fundada en una privación y no en una privación. Ésta última produce otro resultado: si la ración básica de ambiente facilitador es deficiente, se distorsiona el proceso de maduración y el resultado no es un defecto en el carácter, sino en la personalidad.

La etiología de la tendencia antisocial comprende un período inicial de desarrollo personal satisfactorio y una falla ulterior del ambiente facilitador. Es obvio que la privación no distorsionó la organización del yo del niño, pero sí lo movió a obligar al ambiente a reconocer el hecho de su privación”.

Avancemos ahora en la forma en que Winnicott caracteriza a la esquizofrenia infantil. Para ello deberemos detenernos un instante en las postulaciones de otro autor contemporáneo de Winnicott, y con quien él debatirá en torno a este tema. A principios de los años '40 el psiquiatra norteamericano, aunque de origen austríaco, Leo Kanner, establece un nuevo cuadro clínico, el autismo infantil precoz. Lo considera un cuadro diferente de la esquizofrenia infantil, y lo caracteriza como una afección psicógena en la que el niño es incapaz, desde el nacimiento, de establecer contacto con su ambiente. Propone, a su vez, cinco grandes signos para reconocer esta patología:

1. El comienzo precoz de los trastornos (desde los dos primeros años de vida).
2. El aislamiento extremo.
3. La necesidad de inmutabilidad.
4. Las estereotipias gestuales.
5. Los trastornos del lenguaje (el niño no habla, o bien emite una jerga desprovista de significado).

Después de haber postulado el origen psicógeno del autismo, Kanner va modificando sus hipótesis etiológicas hacia el organicismo.

Winnicott debate con estas postulaciones en varios textos. Tomaremos algunas de sus afirmaciones propuestas en un trabajo leído en un congreso sobre “La psicosis en la infancia” llevadas a cabo en París en 1967.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Winnicott criticará inicialmente la propuesta de Kanner de establecer, a través del término autismo, un nuevo cuadro clínico. Como ocurrió con la esquizofrenia entre los pacientes adultos, el establecimiento de la categoría trae aparejado por parte de los médicos una tranquilidad: ahora saben frente a qué cosa están, y dejan de preguntarse. “Esta afección”, dirá Winnicott, “no tiene límites claros y creo que no debería considerársela una enfermedad”. Para él se trata de manifestaciones infantiles que nos hablan de algo que no anda bien. Pero podría ser que luego el cuadro evolucione favorablemente. En cambio, si sobre él se dictaminan categorías psicopatológicas, estas puedan traer como efecto indeseado el estancamiento del cuadro. A su vez, la postulación de una etiología orgánica incrementará la resistencia, tanto en los profesionales y en los padres de los niños autistas, de tomar en consideración la incidencia de los procesos de desarrollo emocional del niño en el ambiente en que tienen lugar. Luego de estas críticas propone una serie de puntos que considera centrales en su forma de encarar el tema:

- a. No es conveniente encarar la etiología de estos cuadros en términos de regresión. Prefiere entenderlos como organizaciones defensivas, surgidas para evitar la recurrencia de un tipo de angustia a la que Winnicott califica de impensable.
- b. Esta angustia impensable, de naturaleza muy primitiva, aconteció, como fenómeno vivido por el niño, en períodos de extrema dependencia y confianza, antes de que se establezca una neta distinción entre el yo y el mundo. Puede tratarse, por tanto, y como lo dirá Bettelheim, de una fortaleza vacía, o bien puede tratarse de un primer núcleo del yo que se defiende de las condiciones y experiencias asociadas a este tipo de angustia.
- c. Los factores etiológicos deberían buscarse en la incapacidad de la madre para identificarse con su bebé y proveerle así lo que éste necesita, sumado a un odio inconsciente de la madre hacia el niño, que la llevaría a actuar con él a través de formaciones reactivas (entendidas como un efecto sintomático de un deseo reprimido).
- d. La labor terapéutica con niños autistas debería consistir en una provisión ambiental que buscará restaurar el status quo anterior, seguida de un prolongado

período de confiabilidad que permitiera al niño recuperar su seguridad en el ambiente, desmantelando sus defensas.

Tratamiento.

Para este autor, la capacidad de jugar se vincula, indefectiblemente, a la creatividad y, por extensión, a la vida. Es más, la considera un indicador de salud. Winnicott, bien es sabido, diferencia entre game, el juego con reglas, y el play, el juego libre y espontáneo. Especialmente le interesa este último, y no tanto el juego en sí sino el hecho de jugar. Solidario con lo anterior, en su pensamiento, en función de cómo jugamos, somos.

Su idea de juego es medular en su teoría y define su clínica, tanto de adultos como de niños. Considera la terapia como la superposición de dos áreas de juego: la del paciente y la del terapeuta. El intercambio se da en la zona intermedia o espacio transicional creado por ambos participantes. A partir de estos postulados, en la clínica infantil desarrolla una modalidad de terapia alternativa: la consulta terapéutica. Y una técnica de dibujo (aunque prefiere hablar de juego) complementaria: el juego del garabato.

El “Squiggle Game” o mejor conocido en español como “El Juego del Garabato” fue utilizado por Winnicott en su consulta para favorecer el contacto y la comunicación terapéutica, preferentemente con niños, pero también se puede utilizar con adultos.

Vale la pena mencionar que Winnicott crea y desarrolla esta técnica, de modo equivalente al método de asociación libre, descrito por Sigmund Freud a sus pacientes en la terapia psicoanalítica, después de abandonar las técnicas hipnóticas. Donald empieza a desarrollar esta técnica en los años cincuenta cuando realiza uno de sus más importantes trabajos: “Los objetos y fenómenos transicionales”, donde implementa el concepto de espacio transicional, porque considera que la consulta terapéutica se da en una zona que no es ni externa, ni interna. Entonces, se trata de una zona potencial de desarrollo o tercera zona que tiene la capacidad para la creatividad y sobre todo la espontaneidad.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

“Es en el juego y sólo en el juego que el niño o el adulto como individuos son capaces de ser creativos y de usar la totalidad de su personalidad y sólo al ser creativo el individuo se descubre a sí mismo.”
(Winnicott D. , 1971):

Para continuar es fundamental repasar algunos conceptos de Winnicott como:

Espacio transicional: es una zona intermedia o neutral entre la subjetividad y la objetividad, necesaria para el inicio de una relación entre el bebé y el mundo exterior y se da gracias a una madre suficientemente buena. En esta zona se dan los fenómenos u objetos transicionales.

Objeto transicional: es la primera posesión descrita por Winnicott “no-yo” del bebé. El objeto transicional representa el pecho materno, o el objeto de la primera relación. Porque el objeto transicional puede cobrar más importancia que la madre, pero a su vez la incluye.

Fenómenos transicionales: son el conjunto de conductas y circunstancias que rodean al objeto transicional (acariciar el pecho, salivar o balbucear).

El objeto transicional es un precursor simbólico, el uso de este objeto es lo que permite la transición de lo subjetivo a lo objetivo, dando paso a los procesos de diferenciación y semejanzas. Después no habrá un objeto como tal, pero queda esa zona intermedia, y es allí donde se da el juego, la creatividad, el aprendizaje, el arte, la cultura y la religión.

Algunos autores plantean que es en esta zona intermedia o espacio transicional donde se puede ubicar al psicoanálisis y también al psicodrama.

Entonces retomando el tema el “Squiggle Game”, se utiliza preferiblemente en la consulta que consiste en una o varias entrevistas, se hace de forma transferencial y terapéutica, donde se utiliza la capacidad de creer en el terapeuta del paciente. Partiendo de esto, al trabajar con el “self” (sí mismo) se influye en la totalidad del niño o adolescente.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

El sentido del juego para Winnicott está en conocer los límites del espacio transicional, con lo que también se le puede dar un componente diagnóstico, donde se puede conocer el grado de rigidez o flexibilidad de las defensas.

Recordemos que este autor planteaba que su proceso terapéutico se adaptaba a las necesidades del paciente, como la madre se adaptaba a las de su hijo. Además, él consideró al “Squiggle Game” como diagnóstico y a su vez terapéutico por razones técnicas y por la necesidad del paciente.

Es importante conocer que Winnicott sólo aplica este tipo de tratamiento si el niño se encuentra en una “familia en funcionamiento o al menos una situación familiar” (estructura que implica grados de interdependencia y permanencia entre los miembros de un grupo que convive con uno o más niños de modo que sea confiable para que el niño pueda sacar provecho).

En su artículo titulado “El juego del garabato”, expresa: “Al realizar esta tarea, que yo llamo consulta terapéutica, con un niño (o con un adulto, lo mismo da), es preciso ser capaz de usar con provecho el limitado tiempo disponible, y tener listas las técnicas, por flexibles que ellas sean. Hay que dar por sentado que en muchos de estos casos, lo que no se logra en la consulta no se logrará en ningún otro lado. La primera consulta puede repetirse, pero si el niño tiene que ver al consultor varias veces, se vuelve indispensable el trabajo en equipo dentro de una institución, y es muy posible que deba derivarse al niño para un tratamiento psicoterapéutico prolongado.” (Winnicott D. , 1991)

Se puede decir que el “Squiggle Game” es una técnica gráfica sin reglas (porque Winnicott se opone a formalizar la técnica ante el riesgo de perder su espontaneidad, dinamismo e interactividad) en la que el terapeuta y el paciente alternativamente realizan sus garabatos, que son transformados por el otro miembro del juego.

El terapeuta le dice al niño que van a jugar a un juego que a él le gusta, escoge unas hojas del escritorio o mesita que está entre él y el niño y rasga una sin darle mucha importancia, brindándole al niño la impresión de libertad en el juego. Luego toma una hoja y le dice este juego no tiene reglas, simplemente tomo el papel y hago esto, se cierran los ojos y se hace un primer garabato, después se invita al niño a decir qué le

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

parece o también se le dice que puede convertirlo en algo; luego se lo invita a hacer lo mismo y el terapeuta ve si puede hacer algo con lo del niño.

A partir de esta premisa o consigna se establece una relación de igualdad entre el niño y el terapeuta sobre la creatividad y la flexibilidad, ya que se mostraba dispuesto a jugar o realizar alguna actividad placentera para el niño.

Recordemos que el juego es uno de los modos de acceso al inconsciente, mientras lo pueden acompañar la palabra, el chiste, los dibujos y los gestos.

Winnicott se encontró que algunos preadolescentes o adolescentes trataban de jugar a “gato”, pero durante la sesión o sesiones se amoldaban al “Squiggle Game”.

En muchas ocasiones, durante una sesión se pueden tener varias hojas con garabatos y su significación se va haciendo cada vez más profunda, y el niño la siente como parte de una comunicación importante.

Durante el recorrido, se acelera el proceso de la transferencia y los objetos subjetivos del individuo se plasman en la hoja o papel.

Usos del “Squiggle Game”:

- Es una técnica importante para el trabajo con niños y adolescentes.
- Puede ser un preludeo para la terapia más profunda.
- Durante la entrevista se puede dar una movilización de las fallas del desarrollo emocional del niño.
- Puede tener como objetivo que el paciente comunique a través de los juegos su conflicto.
- El juego permite encontrar el self del paciente. Es un encuentro que se da por las significaciones que ofrece el paciente y son interpretadas por el terapeuta.

Entonces, durante el “Juego del Garabato” (el proceso de asociación libre que se desarrolla en el relato que se realiza sobre los dibujos) puede desarrollarse una

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

transferencia particular y es donde se permite o facilita la comunicación de la problemática inconsciente que aqueja al paciente. Esta transferencia se apoya sobre la confianza, facilita el proceso de reconocimiento del modo de falla ocurrida durante el desarrollo emocional del niño, brindándole al garabato un carácter terapéutico, teniendo como sostén al terapeuta en esta particular transferencia regresiva.

Es importante tener en cuenta que el terapeuta no debe abandonar su identidad terapéutica, aunque para jugar lo hace con su verdadero self, mientras que simultáneamente, no es necesario que deba abandonar sus identificaciones. Porque estas mismas identificaciones serán las que le ayudarán a conocer al individuo, además de permitirle, sin dejar de ser él mismo, identificarse con el paciente.

Con esto último se puede decir que es de suma importancia que el terapeuta que aplica la técnica esté en un proceso de formación psicoterapéutica o ya tenga la formación propiamente dicha.

Cuando el terapeuta no está preparado para el juego, puede utilizar las reglas proyectivas ante un inconsciente que se muestra, pero recordemos que puede ser una lectura defensiva de protección del propio terapeuta para no mostrar su propio self en el juego y es uno de los bloques de la transferencia.

Conclusión.- Para Winnicott el medio ambiente es fundamental para el desarrollo emocional del niño. Él considera al autismo, no como una detención en el desarrollo, mas bien como una barrera defensiva contra el caos interno y externo y se debe a la fallida relación con la realidad externa, sin embargo Winnicott cree que el niño siempre tiende al desarrollo en cuanto a su salud mental a diferencia del adulto, asimismo considera que no es igual la patología del adulto y del niño.

Como se dijo anteriormente, le da fundamental importancia al medio ambiente, por lo que crea un listado de característica donde se describe el tipo de hogar que podría o no psicopatologizar al niño.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Por último diremos que su método de tratamiento es a través del juego, cabe resaltar que introdujo el juego del garabato, donde él hace el símil de asociación libre aplicada en niños, que introdujo Freud en adultos, pero él lo aplica en niños.

“Así, lo que se ha ido aclarando es que el autismo es un estilo de vida, un modo de vida”.

Meltzer, 2002.

Donald Meltzer:

Médico y psiquiatra infantil (1922-2004), especificó al autismo en un mecanismo particular de escisión: el desmontaje del yo en sus diferentes facultades perceptivas separadas, que priva de significado al objeto reduciéndolo a múltiples acontecimientos unisensoriales en los cuales los objetos animados, lo que, en el autismo propiamente dicho, equivale a una “ausencia de pensamiento”. El empleo de este mecanismo daña los procesos introspectivos y proyectivos. El yo queda en un estado primitivo de fusión con sus objetos y produce una forma narcisista de identificación. (Egge, 2008)

De esta manera los acontecimientos quedan vacíos de significado, de emotividad, carecen de forma simbólica y se articulan de manera casual y mecánica.

En “Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico”. (Meltzer D. , 1984), Meltzer y otros, diferencian el estado autista (autismo precoz infantil) del post autista (residual del autismo), que vinculan con los estados obsesivos y la construcción del espacio mental, que Meltzer prefiere llamar dimensionalidad. Al final de este escrito, representa otra entidad clínica, la psicosis obsesional postautista, asemejándose también estado postautista (o enfermedad autista residual) a inmadurez postautista.

Como rasgo notorio del estado autista, al que juzgan como un tipo de retraso evolutivo presente en el primer año de vida en infantes y se describieron como:

- De gran inteligencia.
- Buena disposición.
- Elevada sensibilidad emocional.

Además, dadas las ansiedades depresivas que madre-hijo sienten uno hacia otro, y ante las que el niño crea, a modo de defensa, una predisposición obsesiva, sirviéndose para ello de las fantasías de control omnipotente de los objetos, expresan la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental, la cual ha sido traducida en nuestra

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

lengua como desmentalización, a la que podría considerarse un caso extremo de desmantelamiento, entendiendo por éste una forma especial de disociación (falla notoria y singular en las categorías de espacio/tiempo, como por un uso arcaico de los mecanismos obsesivos).

Mientras que el desmantelamiento se evidenciaría en la desactivación de uno o varios órganos sensoriales (visión, audición, tacto, etc.), siendo ello lo característico de los estados postautistas, la desmentalización implicaría la paralización total de la vida psíquica, que quedaría así reducida a una mera actividad neurofisiológica carente de genuinos actos psíquicos. Como resultado de ello, el objeto, en lugar de ser un objeto de 'sentido común', como lo juzga W. R. Bion (1897-1979), se torna una multiplicidad de eventos desconectados donde lo animado e inanimado resultan indiferenciables (Meltzer D. , 1975).

Dicho esto, para evitar errores conceptuales, conviene señalar la diferencia que hay entre "disociación", desde la óptica kleiniana, y el "desmantelamiento", desde que ya se ha expresado que éste podía juzgarse como una forma especial de disociación. ante todo, lo que diferencia a ambos es el carácter pasivo del desmantelamiento, que se realiza a través de una momentánea suspensión de la atención, merced a la cual los sentidos vagan y se adscriben a los estímulos más llamativos en ese momento, provocando así el colapso del aparato psíquico y su fragmentación. Al realizarse de forma pasiva, y no servirse por tanto de sadismo alguno ni violencia, para Meltzer, no tiene por qué acompañarse (ni de hecho se acompaña) de angustia, de dolor mental.

Tales afirmaciones, fundamentales en las especulaciones teórico-clínicas de estos autores, resultan difíciles de verificar, sustentándose sólo para hipótesis que van de acuerdo con estas, desde que el sadismo presente en los historiales clínicos de los niños autistas tratados (y en los perversos, en donde el desmantelamiento explica gran parte de su psicopatología) no se refiere esencialmente a tal situación, sino a lo que a ella se agrega. De ahí que para Etchegoyen todo lo expresado merezca una atenta reflexión, más aún si lo que se describe como punto de partida, la suspensión de la atención, conforma en realidad un acto activo, del que es así responsable el yo que lo ejecuta. Como resultado de ello es posible que operen y no deban descartarse

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

mecanismos fuertemente sádicos, como los descritos por W. R. Bion en otras psicosis, de los que es reflejo el ataque al aparato psíquico y al pensamiento, como también el ataque paralelo al vínculo creado.

Asimismo, contribuyendo al retraso evolutivo vivenciado por los niños autistas, señalan la incapacidad que éstos poseen para diferenciar las cuatro áreas integrantes de la fantasía:

- Interno o externo al self.
- Dentro y fuera del objeto.

También, aunque propia de las formaciones delirantes, se incluye dentro de la geografía de la fantasía el no-lugar. Cabe señalar, no obstante, que tal proceso de no diferenciación entre áreas sucede en una etapa evolutiva muy temprana, sin afectar a otros trastornos mentales, ubicando el citado proceso quienes lo formulan previamente a que acontezcan las confusiones geográficas originadas por la identificación proyectiva masiva.

A causa de ello, el niño es incapaz de adquirir la experiencia subjetiva de estar dentro y fuera del objeto, al resultar éste (la madre) plano, bidimensional, sin espesor ni interior. De tal singular configuración del objeto materno corresponsabilizan a madre e hijo, más especialmente al último, dada la negligencia y falta de cuidados básicos de la figura materna, quien puede haber sufrido también una severa depresión posparto, señalándose del hijo como clave su estructuración mental, donde destacaría su gran oralidad, celos intensos de poseer el objeto materno, primitiva sensualidad y ternura no sádica, lo que le haría ser presa de experiencias depresivas tempranas e intensas.

En cuanto a los mecanismos obsesivos, primariamente vinculados con el control omnipotente y la separación de objetos en la fase edípica, los hallazgos de estos autores apuntan a que los niños postautistas pueden usar los citados mecanismos sin recurrir al sadismo o al ataque al vínculo, sino utilizando sólo el desmantelamiento, mediante el que logran desconectar los objetos entre sí en el mundo interno sin que de ello sobrevenga dolor psíquico alguno. Podría así decirse que el carácter obsesivo del sujeto postautista se caracterizaría por tender a usar el desmantelamiento del self al

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

servicio del control omnipotente y la separación de los objetos, de lo que resultaría una preocupación obsesiva por cómo los elementos del mundo se vinculan entre sí.

Otra línea de investigación surgida del estudio del autismo es la concepción de la mente en función del espacio, para la que Meltzer parte del trabajo de E. Bick (1902-1983), pudiendo indicarse que, mientras el universo desmentalizado del autismo es unidimensional, superponiéndose tiempo y distancia con el instinto, y donde el self conforma el centro de tal mundo radial, del que a su vez parten los impulsos hacia los objetos, el estado postautista es bidimensional, siendo el objeto concebido como una superficie, al igual que el yo, que es visto como otra superficie sensible perceptora de las cualidades sensoriales de los objetos. De ello se infiere la imposibilidad de que en tal mundo bidimensional opere la introyección, como el pensamiento o la memoria, dada la inmutabilidad y carácter circular del tiempo que le caracterizan (Etchegoyen, 1975).

Es sólo después, cuando el self se siente acogido en el objeto, siendo capaz de situarse dentro o fuera, cuando operan los mecanismos de *identificación proyectiva*, que W. R. Bion concibe como un modo primario de comunicar estados mentales, y de cuya puesta en marcha resulta posible el advenimiento del mundo tridimensional, en el que el tiempo se trueca reversible y oscilatorio, al poderse ya computar las entradas y salidas del objeto. Por último, al mundo tetradimensional se accede sólo cuando se ha instaurado la lucha contra el narcisismo y ha disminuido la omnipotencia que impongan la intrusión y el control sobre los objetos buenos en el mundo interno y externo, esto es, al inicio del tránsito a la posición depresiva, donde el tiempo psíquico, por acción de la identificación proyectiva, se siente dolorosamente irrecuperable e imparable (Etchegoyen, 1975).

Tratamiento.

Al analizar los fenómenos transferenciales y contra transferenciales debemos contar con el deseo del niño de hacer depositario de sus cuidados y operaciones mentales al objeto externo, frente al que se coloca en una posición de absoluta dependencia, retirándose autísticamente si juzga que el terapeuta fracasa en la función Yoica que le

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

ha impuesto, exhibiendo una reacción normal de rabia ante la desobediencia de aquél a un control tiránico omnipotente.

Conclusión:- Las investigaciones de Melzer son esenciales en cuanto al estudio autista, ya que este es el primer autor de teorías dinámicas en hacer una diferenciación entre autismo precoz infantil y post autismo, que este último a mi parecer coinciden mucho con las características descritas por Asperger, él piensa que el autismo tiene como mecanismo principal la escisión, pero esta escisión es apreciada como una desmantelización de los órganos de los sentidos a diferencia de la escisión psicótica la cual se define según Freud como "La coexistencia dentro del Yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraria una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente".

La causa, según Meltzer se debe a factores ambientales en cuanto a la madre, ya que piensa que existió una depresión post parto prolongada o algún tipo de ausencia de esta en una edad temprana del infante.

Por lo tanto se cree que hay en el niño cuatro afectaciones importantes en cuanto a la fantasía, las cuales son, diferenciación entre el interno y externo al self, y dentro y fuera del objeto.

La función del terapeuta es la de estar atento a cualquier signo de expresión del niño, ya que todo en él tiene un significado, así mismo se enfoca en el análisis de la transferencia y contra transferencia haciendo en un principio al niño dependiente de este para después alejarse paulatinamente haciéndolo independiente.

“El autismo es armadura protectora contra un mundo intolerable”.

Frances Tustin.

Frances Tustin

Tustin es un caso especial dentro de los estudios del autismo, dedico más de 20 años a su tratamiento en Tavistock Clinic en Londres, donde escribió en 1972, la primera de sus cuatro obras, (autismo y psicosis infantil). Esta autora inglesa de inspiración kleiniana, renovó las concepciones psicoanalíticas acerca del autismo a partir de la década del '70.

“Aportó en la década de 1970 una mirada nueva sobre la cuestión, al proponer la clasificación del autismo en tres grupos: el autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial y caracterizado por una indiferenciación del cuerpo del niño y el de la madre; el autismo secundario de caparazón, correspondiente en términos generales a la definición de Kanner, y el autismo secundario regresivo, que sería una forma de esquizofrenia basada en una identificación proyectiva”. (Cassiari, 2010)

Al igual que Mahler, describirá una fase de autismo primario normal, en la cual el niño tiene poca consciencia del mundo exterior como tal. La percepción inicial del sí mismo se da en términos de “corriente de sensaciones”: “Al principio suele ocurrir que el cuerpo no parece existir como tal sino sólo como un conjunto de órganos separados, tales como las manos, la boca, los brazos, el vientre”. El infante normal logra superar este estado gracias a un paulatino proceso de integración, facilitado por sus disposiciones innatas y por los cuidados prodigados por la madre.

Comparte con Winnicott el valor que el medio posee en términos de producción de autismo patológico, caracterizando como elementos etiológicos la falta (total o parcial) de cuidados elementales. Estos también pueden deberse a incapacidades del niño, del tipo de la sordera, la ceguera, la incapacidad mental.

“Los pequeños necesitan de sus padres y, en particular, de una madre que se halle capacitada para soportar las dificultades y frustraciones inevitables derivadas de su diferenciación del mundo externo, y asociadas a diferenciaciones intrapsíquicas. Los padres, o un miembro de la pareja que

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

sea demasiado maleable, pueden impedir que los citados procesos se desarrollen satisfactoriamente”. (Tustin, 1972)

Este proceso, similar al descrito por Mahler en términos de individuación-separación, es el que permite al niño salir de la fase de autismo normal. Su impedimento determinará la aparición del autismo patológico (lo que puede considerarse como una prolongación en el tiempo de las características del autismo normal, cuando éstas ya deberían ser superadas y reemplazadas por otros procesos psíquicos).

“Un tipo de crianza poco flexible y con características posiblemente seductoras para el niño suele hacer que éste quede estancado en un estado de autismo durante un tiempo indebidamente prolongado, pero cuando tropieza con el hecho incontrovertible de la separación física suele sufrir una sacudida penosa. Esa sacudida suele llevarlo a desarrollar procesos autistas secundarios. (...) La expresión acuñada por Winnicott de ‘maternaje lo bastante bueno’ resulta muy adecuada y útil. Los niños que no reciben una crianza ‘lo bastante buena’ para ellos suelen desarrollar procesos autistas secundarios. En el caso de algunos, el desarrollo de dichos procesos puede haber estado precedido por un estancamiento en la etapa del autismo primario durante un tiempo anormalmente largo”. (Tustin, 1984)

También retoma de Winnicott la noción de “depresión psicótica”, ligada al concepto que definimos anteriormente, hablando de Winnicott, en términos de “angustia impensable”, aquella que acontece “cuando se produce una separación en una época anterior al momento en que el bebé ha llegado a una etapa de su desarrollo emocional que pueda equiparlo de manera adecuada para encarar esa pérdida” (Winnicott D. , 1958). Esta depresión puede configurar el punto en que se inicia la detención del desarrollo emocional en los niños “atípicos”.

La clasificación de los cuadros autistas llevada a cabo por Tustin, y preanunciada en la cita anterior tomada de Roudinesco, supone:

1. Autismo primario anormal: Es una prolongación anormal del autismo primario, que puede derivar en un Autismo Secundario Encapsulado.
2. Autismo secundario encapsulado: “Este tipo de autismo se desarrolla como defensa contra la sensación de pánico asociada a una separación física de características

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

insoportables” (Roudinesco, 2004). El niño desarrollará una diferenciación excesiva entre el yo y el no yo, al modo de una barrera aislante. Este tipo de autismo se asocia con una interrupción del desarrollo, y reúne la semiología descrita por Kanner bajo el rótulo de “autismo infantil precoz”.

3. Autismo secundario regresivo: A diferencia del anterior, su etiología se vincula con una regresión. El niño logra ciertas pautas de desarrollo, aunque sobre bases muy endebles, manteniendo en muchos aspectos de su personalidad características autistas que lo mantiene fuera del alcance de las influencias externas negativas. Se trata de un niño pasivo, del tipo de los bebés “demasiado buenos”. “Llega un momento en que esa adaptación excesivamente satisfactoria de madre y bebé entre sí (un bebé ‘modelo’ y una madre ‘modelo’) se torna insostenible. El desarrollo del pequeño, basado hasta ese entonces en una relación artificial, se interrumpe por completo, y se produce una regresión en la personalidad que ha logrado un desarrollo muy débil. Una característica diferencial saliente de este tipo regresivo de autismo es la huida hacia un mundo de fantasías estrechamente asociadas con sensaciones físicas”. Tustin asocia este cuadro con la esquizofrenia infantil.

Una última caracterización diferencial de cada cuadro la lleva a plantear:

- En el autismo regresivo, antes de producirse la regresión el niño ha tenido conciencia de la separación física durante un período prolongado. En el autismo encapsulado la separación se experimentó de manera sumamente dolorosa, luego de lo cual se produce un “atrincheramiento” tras una barrera que les impide experimentarla nuevamente. En el autismo primario anormal apenas han experimentado separaciones.
- El autismo regresivo se asocia con desintegración, mientras que el encapsulado se asocia con una rápida integración a partir de un estado previo de falta de integración. En el autismo regresivo los procesos de escisión excesiva fragmentan el objeto y el yo. En los autismos primario anormal y encapsulado la dicotomía yo – objetos es anulada, o nunca se ha establecido fehacientemente.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En los años 70, F. Tustin proponía una novedosa clasificación del trastorno autista, diferenciando tres tipos: el autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial, cuyo rasgo más notorio es una indiferenciación entre el cuerpo del niño y el de la madre, siendo su etiología predominantemente orgánica (Tustin, Estados autísticos en los niños, 1984); el autismo secundario encapsulado o de 'segunda piel', donde incluye el de caparazón, encapsulamiento primario y global y el encapsulado secundario (o tipo segmentado), caracterizado por la armadura forjada por el niño para protegerse del mundo exterior y que juzga similar al de Kanner; y por último el autismo secundario regresivo, donde tras la sobreadaptación del niño al ambiente y después de un período de desarrollo evolutivo normal, éste vivencia una ruptura con la realidad, sintiendo su propio cuerpo como desintegrado e invadido por una confusión amenazante, juzgándolo una forma clínica de esquizofrenia sustentada en una identificación proyectiva. (Annoni, 2011)

Como factores causales del autismo primario anormal señala la falta grave de cuidados totales/parciales elementales, así como deficiencias del propio niño o de las figuras de crianza, desarrollándose el autismo secundario encapsulado como defensa contra la sensación de pánico asociada a una separación física percibida insoportable. Es decir, mientras que en el primer tipo el niño ve alterada su capacidad interna para diferenciar entre el yo y el no-yo, en el autismo encapsulado la diferencia establecida ha sido excesiva, de tal suerte que el no-yo ha quedado totalmente excluido.

Vinculado a esto estaría la distinción que el niño realiza entre objetos animados e inanimados, la cual, mientras en el autismo primario anormal no ha sido perfilada con claridad, en el autismo secundario encapsulado ha sido absolutamente borrada, de tal forma que el proceder psíquico del niño es predominantemente a-simbólico, aunque no en su totalidad, operando en un nivel muy rudimentario, dada la consciencia interna que ha adquirido de separación corporal traumática con la madre dadora de sensaciones, abocándole ello a una severa catástrofe psíquica (Tustin, Estados autísticos en los niños, 1984). Y es que, para F. Tustin, animismo y autismo patológico representan las dos modalidades opuestas de funcionamiento psíquico de la mente primitiva, pues si el animismo implica la acción de dotar de vida a los objetos inanimados, el autismo

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

patológico constituye un proceso de enfrentamiento con la muerte en donde los seres vivos pasarían al estado de objetos inanimados.

Ya en el plano psicoterapéutico, destaca la evidencia obtenida de los procesos crónicos presentes en el autismo secundario encapsulado en niños neuróticos, que han aislado psíquicamente tales procesos, aunque no conductualmente, presentando así fobias, dificultades para el sueño, anorexia nerviosa, mutismo electivo, etc. De salir de tal estado de autismo secundario encapsulado, el niño exhibirá oscilaciones en su temperamento maníaco-depresivo, que variarán desde el éxtasis de la omnipotencia a la profunda desesperanza, fruto de las rabietas reprimidas al descubrir que, los objetos vivenciados como parte del yo, en realidad lo constituyen del no-yo.

En lo que afecta al autismo secundario regresivo, donde se torna insostenible la adaptación excesivamente satisfactoria que parece caracterizar la díada madre-bebé, y ante la que el último responde huyendo hacia un mundo de fantasías estrechamente vinculadas con sensaciones físicas, el niño, previamente a que operara la regresión, tuvo conciencia de la separación física respecto a su madre durante un tiempo más largo que los aquejados de autismo secundario encapsulado. Así, mientras el autismo secundario regresivo se asocia a una desintegración y a un anómalo desarrollo de los mecanismos de identificación proyectiva, el autismo secundario encapsulado lo hace a una rápida integración, movilizada a partir de un estado previo de falta de integración, en que los procesos de encapsulamiento implican una intensificación de los procesos normales de envoltura por expulsión/inclusión. (Tustin, Estados autísticos en los niños, 1984)

A su vez, dentro del autismo secundario regresivo distingue el tipo regresivo 1 y el tipo regresivo 2, cuya diferencia esencial está en que, mientras en el uno, alcanzado cierto grado de integración, ésta luego se pierde, se fragmenta, pareciendo la personalidad escindirse en dos partes, si bien aún es posible la recuperación del sujeto, esto no sucede en el tipo dos.

En escritos que asienta estas ideas figuran: Autismo y psicosis infantiles, Estados autísticos en los niños y El agujero negro de la psique, (Tustin, 1972), donde reflexiona

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

en torno a conceptos como barreras autistas, formas autistas, objetos autistas y el agujero negro. De este último señala que como fruto de la experiencia temprana boca-pezón (seno-lengua) del niño con su madre, éste parece obtener una clasificación primaria por la que distingue lo 'bonito' (liso, blando) de lo 'feo' (áspero, duro), entendiendo por lo primero todo material liso/suave susceptible de ser moldeado según formas innatas, y que parecería dar sensación de continuidad al cuerpo, juzgándose lo feo como lo que genera una sensación interna de discontinuidad corporal, de desamparo, de agujero, que fractura al sujeto y le precipita a la depresión psicótica, de la que puede evadirse con el auxilio adecuado de su madre. Es decir, el agujero negro o pozo profundo, es una etiqueta descriptiva con la que el niño alude al no-yo desconocido que irrumpió tras la experiencia traumática infantil de separación corporal de la figura materna (Tustin, 1984).

Previamente al surgimiento de los tipos de autismo referidos, habría un autismo primario normal, que J. Anthony llama solipsismo neonatal normal, donde inversamente a lo que expresa la literalidad del término autismo, "vivir en función de sí mismo", el niño manifiesta escasa conciencia de su propia identidad personal, caracterizándose como un estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituye el núcleo del sí mismo. Por el contrario, el narcisismo primario conformaría una fase posterior a la del autismo, estando predominantemente asociado con distintas emociones. Habría así un autismo normal de la primera infancia, al que también se designa autosensual y del que el infante se despegaría poco a poco, siendo capaz de desarrollarse por la influencia de factores hereditarios, constitucionales y ambientales, disponiéndole ello para generar activamente una adecuada representación interna de la realidad y de sí mismo, lo que no sucede en el autismo asociado con la psicosis, donde sitúa el autismo confusional, en el que distingue el primario (tipo engolfamiento) y el secundario (tipo fragmentado), con los que alude a un grupo de niños psicóticos, algunos con rasgos psico(pato)lógicos comunes a los de los esquizofrénicos adultos, y en los que el logro de las metas antes referidas ha sido detenido, quedando el sujeto anclado en la posición autista. Desde esta óptica, el bebé sano y normal al inicio de su ciclo vital sería autista, aunque no psicótico, lo que ha sido erróneamente juzgado como sinónimo de una infancia "sin objeto", cuando lo que con ello se quiere significar es que

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

la diferenciación del bebé de los objetos y de las personas resulta inicialmente borrosa, siendo temporalmente vivenciados unos como otras como una prolongación sensual del propio cuerpo del bebé, afirmando acerca de ello F. Tustin (Tustin, 1984) lo siguiente: “No parece que esta primera fase sea sin objeto, lo cual es la posición freudiana ortodoxa clásica, ni tampoco parece que las relaciones de objeto sean operantes desde el comienzo de la vida, que es la opinión de los teóricos de las “relaciones de objeto”. Más bien parece haber un período inmediatamente posterior al nacimiento en el cual el niño reacciona al mundo externo en función de su propio cuerpo y de sus disposiciones innatas.”

Hay búsqueda de objeto pero no relación de objeto. Asimismo confiere un papel protector al autismo normal antes citado, al servir éste de puente con el mundo interno y externo, atenuando así el violento impacto psíquico y emocional que el bebé vivenciaría en su contacto y nacimiento psicológico con la realidad interna/externa tras la separación corporal con la madre, que, de ser prematura e inadecuada, ocasionará en el niño terribles e intensos sentimientos de angustia psíquica (Tustin, 1972).

Pero si tal función protectora falla, se revivificará el autismo primario normal o estado de pre-pensamiento, irrumpiendo después el autismo patológico o estado de anti-pensamiento.

Como formas clínicas de autismo patológico, al que puede juzgarse como un sistema de maniobras protectoras encaminadas a evitar o disminuir masivamente el contacto con el mundo externo no yo se alude al autismo infantil precoz, síndrome psicótico central del autismo secundario encapsulado, concibiéndose la esquizofrenia infantil como el síndrome psicótico esencial del autismo secundario regresivo, siendo ambos un intento de resolución por parte del niño de un tipo primitivo de depresión, la depresión psicótica, así denominada por D. W. Winnicott (1896-1971) a la que otros llaman depresión primigenia, la cual coincidiría con la etapa evolutiva etiquetada por M. Mahler de ‘aflicción y duelo’, caracterizada por la incapacidad del niño para encarar la pérdida de partes del objeto (la boca de la madre), de la que se derivaría la propia pérdida de partes de sí mismo, conformando el preámbulo inevitable de la total ruptura psicótica del niño con la realidad, cataclismo psíquico que hubiera quedado circunscrito

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

a la pérdida de un objeto (la madre) y no también a partes del sí mismo, de haber acontecido tiempo después, una vez que el niño hubiese adquirido una imagen total y cohesiva de la figura materna. Con todo, F. Tustin (Tustin, Estados autísticos en los niños, 1984) juzga impreciso clasificar a los niños psicóticos en autistas infantiles y esquizofrénicos infantiles, desde que unos y otros pueden desarrollar una enfermedad esquizofrénica en años posteriores.

Dentro del proceso autista distingue también lo que denomina objetos autistas (u objetos-sensación), con los que alude a partes del propio cuerpo del niño, como a partes del mundo externo que son vivenciadas por aquél como si formaran parte de su propio cuerpo.

Ejemplo del primer tipo señala el puño del lactante, que tras el destete, opera como el objeto autista que revive y mantiene la satisfacción pretérita provocada por la presencia del pezón en la boca. Si por el contrario es un cochecito el que es vivenciado como parte del cuerpo del niño, ayudándole así a mantener la ilusión de continuidad permanente a su boca, se ejemplificará el segundo tipo de objeto autista. Usar tales objetos durante la temprana infancia es normal, aunque si el niño recurre insistentemente a ellos implica que, en vez de tener experiencias internalizadas positivas con la figura materna, posee sensaciones “como objetos” (objetos autistas patológicos) y “como formas” (formas autistas patológicas) sobre superficies corporales, las cuales resultan ser ineficaces para calmar la angustia que emerge y le acongoja. En contraposición al objeto autista, que se experimenta como parte total del yo, sitúa el objeto transicional de Winnicott, que éste definió como la primera posesión no yoica del niño, y que según F. Tustin entraña una mezcolanza del yo y no el yo, de la que el sujeto apenas posee conciencia alguna. Es importante, por ello, que muchos de los objetos del mundo externo no sean autistas, esto es, inseparables y totalmente ligados al yo, propiciando así el desarrollo adecuado de experiencias transicionales. Y es que, los objetos autistas (u objetos sí-mismo), a menos que sean usados de forma excesiva ejercen una función crucial, al facilitar que los niños manejen adecuadamente los sentimientos generados por la pérdida de la madre.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Con todo, como tarea central del trabajo analítico con niños autistas señala la de recomponer el mundo fragmentado que preside su universo interior, para lo que juzga preciso reconducirlos fuera de sus barreras autistas, de las que, al contrario que otros, para quienes tales barreras conforman una suerte de artefacto elaborado por los que los observan, cree que el niño tiene conciencia de ellas, alentando en base a ello el proceder psicoterapéutico. Así, los objetos autistas deben propiciar la irrupción de objetos transicionales y por último de formación de símbolos.

No obstante, es común en la **práctica clínica** evidenciar objetos cuya naturaleza parece estar ubicada entre la de los objetos autistas y sus homólogos transicionales, que al ser una amalgama de yo y no-yo F. Tustin (Tustin, Estados autísticos en los niños, 1984) designa objetos confusionales, siendo su tarea principal desviar la atención del niño de la tensión asociada con situaciones dolorosas no-yo. A diferencia de los objetos transicionales, los objetos confusionales no ayudan al niño a regular y manejar la tensión psíquica que éste aqueja en relación al mundo exterior, creando así una barrera entre el niño y las personas que lo cuidan. Tratando de paliar esto, padres y figuras de apego deben actuar como co terapeutas, aun cuando vivencien desaliento y rabia por el retroceso, estancamiento o avance lento que el niño experimente a lo largo de la situación terapéutica sostenida. Matiza también que, junto al desarrollo de un sentido de identidad (sí-mismo) en el niño, la terapia debe favorecer el intercambio mutuo afectivo (o experiencias vinculantes) de éste con otras personas, lo que antes soslayaba, dada la fuerte identificación que tenía con el niño autista, persiguiendo con ello la reversión de los procesos autistas patológicos, lo que juzga objetivo terapéutico fundamental. Con todo, considera al autismo un trastorno severo del desarrollo, que aparece más como defensa contra la confusión de la psicosis que como una psicosis en sí misma, reservando el término autismo para los estados encapsulados (Tustin, 1984).

Conclusión:

Las descripciones de Tustin se fundamentan principalmente en un síntoma que por lo general existe en el neonato, la ausencia de una “nutrición” correcta o “incapacidad de poder utilizarla”, el niño permanece o regresa a un estadio en el que esta dominado por sus sensaciones. La técnica que utilizó fue la interpretación de los dibujos moldeados.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Dividió al autismo en:

- Autismo primario normal.
- Autismo primario anormal
- Autismo secundario en caparazón.
- Autismo secundario regresivo

En el cuadro No. 6 (Anexo) se resume la Etiología, diagnóstico y tratamiento al autismo desde estas posturas psicodinámicas.

Tercer Capítulo.

Autismo infantil Modelo Médico

"La salud no lo es todo pero sin ella, todo lo demás es nada".
Schopenhauer.

Bases clínicas del autismo.

Desde una perspectiva médica se cree que el trastorno autista puede deberse diferentes causas con una combinación de factores como es la conjunción entre etiología, predisposición genética y factores ambientales. Este padecimiento necesita una evaluación clínica cuidadosa, que ayude a las siguientes instancias.

- Evaluación neurológica.
- Evaluación neuropsicológica.
- Evaluación neurolingüística.
- Estudios complementarios: bioquímicos, cromosómicos, neurofisiológicos y neuro imagen, resonancia mal genética.

Las características clínicas iniciales del trastorno autista se podrían diferir en referencia a la edad y los signos de alarma, de acuerdo con los eventos de la siguiente forma (Yunta, 2005):

Primer semestre de vida.

- No muestra postura anti-citatorio a levantar los brazos.
- No balbucea.
- Ausencia de sonrisa social.
- Contacto visual ausente.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- Fija la vista ante estímulos luminosos.
Irritabilidad.
- Tiene prensión palmar, pero no mira el objeto.
- Trastorno del sueño.

Segundo semestre de vida.

- Indiferencia por los padres.
- No intervienen juegos de interacción social.
- No responde ni anticipa.
- Rudimentos de comunicación oral, ausencia de balbuceo y de jerga.
- No le interesan los juguetes ofrecidos.
- Muestra fascinación por sus propias manos y pies.
- Huele o chupa objetos más de la cuenta.
- Sueño fragmentado.
- Segundo año de vida puede iniciar la marcha tardíamente.
- No se interesa por niños de su edad.
- No señala con intención de enseñar o compartir.
- No comparte la atención ni interés con los demás.
- No desarrolla juego simbólico.
- Irritabilidad, es difícil de consolar.
- Posturas raras y movimientos extraños de manos y pies.
- Reacciones emocionales inapropiadas.
- Trastorno del sueño.

Tercer año de vida

- Interés interpersonal limitado contacto visual escaso.
- Mira fijo al vacío o de forma inusual a los sujetos.
- No desarrolle el habla, o bien es muy escasa; ecolalia.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- No le gustan los cambios, se irrita con facilidad.
- Rabietas y agresiones (auto y hetero).
- Autoestimulación.
- Destreza manipulativa.
- Hipoactividad y o hiperactividad.
- Trastorno del sueño.

Cuarto año de vida.

- Ausencia de lenguaje.
- Voz de tipo peculiar, monocorde.
- Irritabilidad, berrinches frecuentes, agresión.
- Escaso contacto visual.
- Trastornos de la percepción táctil (un golpe fuerte parece no percibirlo, pero el simple Roce de la piel puede provocar una reacción desmesurada).
- Autoestimulación.

Criterios conductuales.

1. Alteraciones cualitativas en interacción social recíproca.
2. Alteraciones cualitativas de la comunicación.
3. Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivas, repetitivas y estereotipadas.
4. Interacción social deteriorada. Puede manifestarse como aislamiento social o conducta social inapropiada. Este déficit en interacción social está representada por evitar la mirada.
5. No participación en actividades grupales.
6. Falta de conocimiento de otros e indiferencia al afecto.
7. Falta de empatía social emocional.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

8. Cuando los individuos se hacen adultos, tienden a generar una disminución del aislamiento social.
9. Comunicación deteriorada.
10. Afecta ambas capacidades, la verbal y la no verbal, para comunicarse con otros.

En el grupo de autistas no verbales o no fluentes, los déficits de lenguaje y la comunicación persisten en edad adulta y un porcentaje de autistas permanecen no verbales.

En el adulto autista, la adaptación al cambio mejora, pero el interés restringido perdura, y aquellos con adecuada cognición tienden a focalizarse en tópicos estrechos o restringidos tales como horarios de trenes, mapas, o aspectos históricos, campeonatos de fútbol, que dominan su vida.

Las estereotipias pueden disminuir posturas anormales, pero las anomalías de la marcha persisten.

En el cuadro No.6 Se muestran los criterios para el cuadro de autismo.

Factores Peri y Post natales

En una investigación desarrollada con 74 niños en San Diego, California (Juul-Dam, Townsend, & Courchesne, 2001), se identificaron como principales factores de riesgo perinatal para los menores con autismo el parto inducido de forma precipitada y la prolongada labor de alumbramiento. En el primer caso, este factor puede ser atribuible al compromiso del estado fetal, mientras que la prolongación de la tarea de parto se asocia a numerosas razones dentro de las cuales se incluyen la posición fetal inadecuada, la desproporción fetopélvica, sedación excesiva de la parturienta, inadecuadas contracciones, entre otras.

Otros estudios se han centrado en un espectro más amplio de condiciones de riesgo, se ha señalado por ejemplo el papel del peso del neonato, el cual tiende a ser mucho más bajo entre los menores con autismo que entre los niños normales (Weinstock, 2007), así mismo, condiciones como el tabaquismo recurrente de la madre durante las primeras fases del embarazo, el tamaño pequeño del feto para la edad gestacional y las calificaciones inferiores a 5 puntos en el APGAR se consideran como factores asociados al desarrollo de autismo (Buchmayer, 2009). Una consideración especial la ha merecido el parto por cesárea, puesto que al parecer este tipo de nacimientos suele relacionarse con diversas condiciones médicas como el sufrimiento fetal, la posición podálica, la falta de progreso en el trabajo puesto que al parecer este tipo de nacimientos suele relacionarse con diversas condiciones médicas como el sufrimiento fetal, la posición podálica, la falta de progreso en el trabajo fetal, entre otras (Glasson, 2004)

El antecedente materno de aborto espontáneo ha sido reportado como una condición de alta significatividad, dado que entre las madres de hijos con autismo es mucho más frecuente que entre las madres con hijos normales, incluso, a este factor se ha tendido a darle la misma preponderancia de condiciones como el sangrado vaginal durante el embarazo (Glasson, 2004)

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Algunos estudios epidemiológicos muestran algunos datos a favor de que el riesgo perinatal global esté aumentado en los pacientes autistas. Sin embargo investigaciones actuales no parecen confirmar dichos datos. Aunque algunos estudios anteriores habían indicado una posible, aunque leve, asociación entre autismo y factores de riesgo obstétricos aumentados, tales indicios no han sido confirmados. Recientemente, para complicar de nuevo las cosas, en la revista *Journal of Perinatal Medicine* (1999) se ha publicado un trabajo sobre 78 niños autistas comparados con 390 controles donde señalan que el autismo significativamente asociado con el peso al nacer, la edad paterna, el momento de inicio de la atención prenatal y el antecedente de abortos. De todas maneras, como afirma Rutter, estas supuestas alteraciones perinatales, en el caso de estar presentes en algún subgrupo de niños autistas, no se podrían considerar causa de autismo sino consecuencia de algún tipo de vulnerabilidad previamente establecida.

Autoinmunidad.

En los últimos años se ha encontrado en los niños afectos de autismo una mayor frecuencia de autoanticuerpos cerebrales dirigidos contra la proteína de base de la mielina (PMB). La mielina es una lipoproteína que recubre y protege los axones de las células nerviosas. Algunas investigaciones encuentran una relación positiva entre los anticuerpos Anti-PMB y la presencia de una serología viral positiva y en concreto con anticuerpos del virus de la rubéola (IgG-rubéola) que los niños con autismo presentan un riesgo mayor que en los niños. Estos autores piensan que sus datos refuerzan la tesis que un virus induciría una respuesta autoinmune para después dar lugar al autismo.

A favor de la implicación de procesos autoinmunes en la etiología del autismo están las observaciones efectuadas por algunos investigadores de que ciertos procesos autoinmunes son más frecuentes en los niños autistas y en los familiares de estos que en los del grupo control.

Alergias alimentarias

La alergia se podría definir como la reacción excesiva del sistema inmunitario frente a sustancias consideradas por el organismo como extrañas y denominadas alérgenos. Estudios recientes informan de que algunos sujetos diagnosticados de autismo podrían presentar alergias y específicamente alergias alimentarias. Las sustancias alimentarias que se han implicado se encuentran la caseína, el gluten, azúcares y aditivos de alimentarios. Al parecer en la base de estas intolerancias se haya un mal funcionamiento enzimático del intestino. El aparato digestivo sería incapaz de metabolizar algunas proteínas dando lugar a un aumento de los péptidos que pasarían al torrente sanguíneo y de aquí al cerebro. Algunas teorías sostienen que estos péptidos tendrían propiedades de los opiáceos y que la aparición de esta actividad opiácea en el cerebro desorganizaría numerosas funciones del sistema nervioso central tales como la percepción, las emociones, los comportamientos y el humor. Un factor potencialmente vinculado sería la existencia del síndrome del intestino poroso. Cuando la pared del intestino es anormalmente permeable puede dejar pasar una mayor cantidad de péptidos. De comprobarse estas teorías surgirían importantes aplicaciones clínicas pues muchos niños se podrían beneficiar de dietas alimentarias y de tratamientos que modularan el sistema inmunitario.

Tracto intestinal y autismo.

En relación con el tema anterior, en cierta forma lo complementa, han surgido últimamente algunas investigaciones dirigidas al estudio de las particularidades del tracto gastro-intestinal. En la revista *The American Journal of Gastroenterology* (2000), Quigley y Hurley han publicado una revisión de estudios realizados sobre la prevalencia de alteraciones gastrointestinales en los niños autistas. Parece ser que se confirma que estos niños padecen con más frecuencia diversos trastornos como estreñimiento, diarrea, esofagitis, hiperplasia modular, ileocolitis e insuficiencia pancreática.

Algunos investigadores incluso, han acuñado el término *Aenterocolitis autista* para referirse a algunos de estos trastornos. De momento no existe acuerdo para definir el carácter primario o secundario de estas alteraciones. Es conocido que diversas

alteraciones cerebrales se acompañan de cuadros digestivos y viceversa. Los autores son cautos a la hora de interpretar los resultados y aconsejan efectuar nuevos estudios con controles mejor definidos y aleatorizar los sujetos autistas, pues algunas series sólo habían incluido pacientes autistas con alteraciones gastrointestinales.

Los agentes infecciosos y las vacunaciones.

Se ha especulado con la posibilidad de una infección prenatal especialmente en aquellos niños que presentaban síntomas autistas al poco tiempo de nacer. Las infecciones del embarazo ocurren cuando un virus o un agente infeccioso pasa de la madre al feto a través de la placenta. Como la barrera hematoencefálica no se ha desarrollado todavía en el feto, el virus pasa al cerebro produciendo el daño. Los agentes infecciosos que se han implicado en este proceso son la rubéola, el sarampión, la toxoplasmosis, la varicela, herpes, parotiditis etc. De momento la relación mejor establecida es la encefalopatía rubeólica prenatal y autismo. Para el resto de agentes virales es necesario estudios ulteriores. (Atienza, 2001)

Otras investigaciones se centran en las infecciones postnatales habiéndose descrito muchos casos donde la sintomatología autista aparecía tras un cuadro infeccioso general con afectación cerebral.

Las infecciones producidas por el hongo *Candida albicans* podrían ser secundarias a una inmunidad deprimida. Posiblemente estos agentes etiológicos sólo sean los responsables de un pequeño número de niños autistas.

La implicación posible de algunas vacunas como elementos desencadenantes de algunos casos de autismo se ha vuelto a reavivar en los últimos años y ha abierto una controversia considerable.

En un artículo publicado en *The Lancet* (1999) por los doctores Brent Taylor y Elizabeth Miller, y sus colaboradores científicos del University College de Londres, han querido poner fin a esta polémica y concluyen, después de identificar 500 casos de autismo, que los análisis efectuados no apoyan una asociación causal entre la vacuna triple viral

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

(sarampión, paperas y rubéola) y el autismo; en caso de presentarse esta relación, sería suficientemente rara como para resultar imposible su identificación en esta amplia muestra regional.

Estudios genéticos

Los estudios realizados en gemelos, hermanos y familias de los niños con trastorno autista insisten que los factores genéticos desempeñan un papel significativo en la etiología de estos trastornos, aunque de momento no se conozcan con exactitud los mecanismos de transmisión implicados. (Atienza, 2001)

Estudios de familiares.

Según diferentes estudios, la probabilidad de aparición de autismo en familiares de primer grado es de 50 a 100 veces mayor que los de la población general. El primer estudio se realizó en 11 parejas de gemelos univitelinos e informó de una concordancia de un 36% para el autismo infantil, sin ninguna concordancia en 10 parejas de gemelos bivitelinos (Folstein & M. Rutter, 1977). Sin embargo, un total de un 82% de esas parejas de gemelos univitelinos y un 10% de las de los bivitelinos concordantes para algún tipo de déficit cognitivo, social o en el lenguaje, alteraciones que han sido denominadas fenotipo amplio (broader phenotype). Un estudio reciente de 28 parejas de gemelos univitelinos (incluyendo las 11 parejas del estudio original) mostró una concordancia del 60% para el Trastorno Autista del DSM-IV, de un 71% para el amplio espectro de los TGD o Autismo Atípico y de un 92% si lo que se estudiaba era el afenotipo amplio (Bailey , 1993).

Si tenemos en cuenta a los familiares próximos a los niños autistas se encuentra que el fenotipo amplio está presente entre el 12-20%.

Estudios de genética molecular.

El campo de la genética molecular está destinado a tener un papel importante en el conocimiento de los factores genéticos. Sin embargo, los resultados son de momento confusos pues se han implicado gran número de cromosomas y cuando los estudios se intentan replicar los datos no son concluyentes. Genetistas de la Universidad de Duke (Carolina del Sur) han estudiado el material genético de más de 100 familias con al

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

menos dos niños autistas informando que los niños autistas presentaban una región muy pequeña del cromosoma 15 que estaba duplicada o borrada; curiosamente la región alterada coincide con la que contiene los genes del Prader Willi y el síndrome de Angelman. Dichos investigadores también encontraron alteraciones en el cromosoma 7 y en concreto en el gen *Hoxa1*.

Un gen candidato a estudio por su implicación en la patogenia del cromosoma X frágil ha sido el gen *FMR1*, pero no se ha encontrado ninguna relación entre este gen y el autismo. Sin embargo el estudio de otros marcadores del cromosoma X sí parece reforzar su implicación en el autismo.

El síndrome del cromosoma X frágil es causado por un cambio en un gen llamado *FMR1*. Una pequeña parte del código del gen se repite en un área frágil del cromosoma X. Cuantas más repeticiones se presenten, mayor será la probabilidad de que se presente la afección.

El gen *FMR1* produce una proteína que se necesita para que el cerebro funcione apropiadamente. Un defecto en este gen hace que el cuerpo produzca muy poco de esta proteína o nada en absoluto.

Tanto los niños como las niñas pueden resultar afectados, pero debido a que los niños tienen únicamente un cromosoma X, es más probable que un solo cromosoma X frágil los afecte con más gravedad. Usted puede tener el síndrome del cromosoma X frágil incluso si sus padres no lo tienen.

Es posible que no haya antecedentes familiares del síndrome del cromosoma X frágil, de problemas del desarrollo ni de discapacidad intelectual.

Estudios recientes exploran los genes que codifican el transporte de la serotonina.

Los datos anteriores lo que indican, de momento, es que las alteraciones cromosómicas de los niños autistas probablemente incluyan variaciones de muchos genes en interacción. (Cardoze, 2010)

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En relación al síndrome X frágil se acepta que cerca del 2-5% de los niños autistas presentan este síndrome.

Conforme las investigaciones van avanzando algunos de estos subgrupos tienden a separarse nosológicamente del autismo. Como afirma un estudio (Coleman & Gillberg, 1989), la proporción de casos no orgánicos disminuye rápidamente, a medida que se efectúan progresos científicos y estudios de seguimiento. Con el tiempo podremos estar en una situación en la que todos, o casi todos, los casos de autismo demuestren estar asociados a un trastorno biológico. Algo similar a esto ha sucedido con el síndrome X frágil, en donde hasta hace pocos años, muchos casos eran diagnosticados de autismo y hoy se tienden a diagnosticarlos y tratarlos de forma diferenciada.

Aspectos Neurobiológicos Del Autismo

Investigaciones Neuropatológicas.

Un primer aspecto a resaltar es el hallazgo de que el perímetro cefálico en los niños afectos de autismo es mayor que el de los niños con un desarrollo normal. Los estudios post-mortem también demuestran que el peso cerebral es mayor en los niños con autismo. Sin embargo sólo una pequeña proporción de los niños con autismo tiene una franca macrocefalia con perímetro cefálico por encima del percentil 98, pero la distribución de las medidas está claramente desviada hacia arriba con una media en autismo alrededor del percentil 75. Este mayor diámetro parece que no está presente en el nacimiento sino que aparecería en la primera infancia y por tanto se podría deber a una aceleración en el crecimiento cerebral.

Algunos estudios han detectado alteraciones en la densidad de las células nerviosas del sistema límbico, el cerebelo, el tronco cerebral, la amígdala, el lóbulo pre frontal y el temporal. Otras investigaciones han detectado en el cerebelo un descenso de las células de Purkinje, pérdida de las células granulares y pérdida de neuronas de los núcleos profundos cerebelosos. Dichos hallazgos han sido inconstantes y no han podido ser replicados y además los estudios en esta área han sido muy escasos pues sólo se han publicado unos 35 casos de exámenes autópsicos. (Coleman & Gillberg, 1989)

Investigaciones neuroquímicas.

Las investigaciones sobre los neurotransmisores cerebrales se han centrado principalmente en los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos. La mayoría de los centros de investigación han encontrado un aumento de los niveles de serotonina en sangre en el 30-50% de los niños con autismo.

Algunos autores afirman que existe una relación positiva entre los niveles de serotonina y la intensidad de los síntomas autistas, pero esto no ha sido confirmado. La hiperserotoninemia no es específica del autismo pues también se han encontrado niveles altos en los niños hiperquinéticos y en los niños afectos de retraso mental sin

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

sintomatología autista. La hipótesis dopaminérgica se basa en la mejoría de algunos síntomas del cuadro clínico con fármacos bloqueantes de los receptores de la dopamina como son los neurolépticos, y la agravación de los síntomas con fármacos agonistas de la dopamina como son las anfetaminas y el metilfenidato.

Más recientemente se han implicado el metabolismo de los péptidos informando de un aumento de ciertas fracciones endorfinicas en el LCR de los niños autistas con conductas autoagresivas. Estos resultados han llevado a algunos clínicos a utilizar la naltrexona (antagonista de los opiáceos) en los sujetos con autismo. (Charles W. Popper, 2011)

Investigaciones neurofisiológicas.

La incidencia de electroencefalogramas patológicos varía según los diferentes estudios entre el 10-30%. La prevalencia de epilepsia acumulada en adultos se estima entre un 20 y un 35%. Los picos de aparición de crisis ocurren en la primera infancia y en la adolescencia. El retraso mental y la historia familiar de epilepsia, son un indicador de riesgo para el desarrollo de crisis epilépticas en individuos autistas.

Las crisis pueden ser de todos los tipos, pero las parciales complejas parecen ser las más frecuentes. Las alteraciones electroencefalográficas aparecen con más frecuencia en los lóbulos temporales. El reconocimiento de las crisis parciales complejas en los niños con autismo es complicado, a causa de la tendencia de culpar de esos movimientos a conductas autistas extrañas, así como a la falta de correlación entre crisis epilépticas clínicas y actividad paroxística en el EEG.

Deberemos sospechar crisis epilépticas ante conductas tales como fijación de la mirada, cesar una actividad, o escaladas agresivas asociadas con confusión.

Recientemente los registros electroencefalográficos prolongados durante el sueño muestran picos centro-temporales, unilaterales o bilaterales, en algunos niños autistas sin epilepsia aparente. (Charles W. Popper, 2011)

Estudios con técnicas de imagen.

Las técnicas de imagen ofrecen dos tipos de informaciones: las imágenes anatómicas que son la emitidas por la Tomografía Axial Computerizada (TAC) y la Resonancia Magnética Nuclear (RMN), y las imágenes funcionales que son las obtenidas mediante la Tomografía Axial Computerizada (PET), la Tomografía por Emisión de Positrones de Fotón Único (SPECT), la Resonancia Magnética Funcional (RMF) y la Resonancia Magnética Espectrográfica (RME) (Díaz Atienza, 2001) . Los resultados hasta el momento no han sido concluyentes. En relación a las imágenes anatómicas o estructurales (TAC, RMN) la alteración más constante es la visualización de una dilatación ventricular, pero esta alteración sólo se encuentra en un grupo pequeño de niños autistas y además también aparece en otros pacientes con alteraciones neurológicas diversas. Un estudio reciente mediante RMN y llevado a cabo por Bailey, encuentra que en comparación con el tamaño cerebral total, el área seccional del cuerpo y las regiones posteriores del cuerpo calloso son menores en los autistas que en los individuos controles. Las técnicas de imagen que exploran el funcionamiento cerebral, aunque prometedoras, aún no han sido suficientemente investigadas. Algunos estudios mediante el PET han señalado déficits en la interacción entre los sistemas corticales y subcorticales implicados en la atención focalizada.

Autismo Y Epilepsia

Los estudios epidemiológicos poblacionales muestran una alta incidencia de trastornos comportamentales y de la esfera de la interacción social recíproca en pacientes con epilepsia de inicio en la edad pediátrica (Cross, 2005)

Así, en el estudio de (Rutter, 1970) realizado entre la población epiléptica infantil de la Isla de Wight (Reino Unido), se encontraba una incidencia de dichos trastornos tres veces superior a la de los pacientes de su misma edad y sexo, pero sin epilepsia concomitante. Otros estudios realizados posteriormente en diversos grupos poblacionales con enfermedades pediátricas crónicas confirmaron cifras de incidencia de trastornos comportamentales y de sociabilización 2-3 veces superiores en el grupo de niños con epilepsia. Por otra parte, estas alteraciones eran llamativamente más frecuentes en los pacientes con epilepsia parcial, y principalmente en el subgrupo de niños con epilepsia del lóbulo temporal (ELT). En el estudio longitudinal de Oxford (Lindsay, Ounsted, & P., 1979) sobre 100 niños con ELT, se encontraron alteraciones comportamentales y de la esfera social en el 85% de los casos. Destacó que hasta un 50% del total de los pacientes desarrollaba alteraciones conductuales graves evolutivas que dificultaban su adaptación social y su aprendizaje.

Los estudios epidemiológicos más completos sobre la coexistencia de alteraciones psicopatológicas en pacientes con ELT de inicio infantil se han realizado al estudiar retrospectivamente a los pacientes pediátricos a los que se realizó una lobectomía temporal.

Así, en el trabajo de McLellan (2005) sobre 60 niños con ELT operados, se recogía evidencia de alteraciones comportamentales y de sociabilización en el 83% de los pacientes, ya fuera antes o después de la cirugía resectiva. En este grupo de pacientes se encontró semiología autista preoperatoria (un 38% de los casos) o postoperatoria (37%) asociada a otro tipo de anomalías psiquiátricas hasta en el 72% de los casos.

El desarrollo de anomalías de conducta social en niños con epilepsia se ha relacionado con diversas variables, como la edad de inicio de las crisis, tipo de epilepsia,

localización de las lesiones, lateralización de la epilepsia, tipo de lesión epileptogénica y refractariedad al tratamiento de la epilepsia.

Clasificación:

- Niños autistas que posteriormente presentan crisis en su evolución clínica: la epilepsia puede ocurrir en cualquier período de edad del niño, dependiendo casi siempre de la etiología implicada en la génesis del autismo. En estos casos, es difícil atribuir un claro rol a la epilepsia como mecanismo causal o modulador del autismo, a no ser que se trate de casos en los que exista un deterioro cognitivo y/o conductual relacionado con el debut de la epilepsia. En estos pacientes, debemos replantear nuestra estrategia de diagnóstico y considerar posibles etiologías genéticas, neurometabólicas o estructurales que no se hubieran descartado tras una primera valoración del paciente autista.
- Niños con epilepsia conocida que desarrollan posteriormente autismo con o sin semiología de regresión autista: en estos casos, la posibilidad de que la epilepsia sea la responsable de la semiología autista es alta. En estos pacientes, sobre todo en los que experimentan una auténtica regresión autista, debemos investigar si existe un empeoramiento clínico de la epilepsia, con desarrollo de crisis sutiles, como espasmos menores o ausencias atípicas de poca expresividad clínica, pero con alta frecuencia de presentación, o bien un cambio en el patrón EEG con desarrollo de actividad multifocal frontotemporal, o bien un trazado compatible con encefalopatía epiléptica. Por otra parte, hay que plantearse si no existe un empeoramiento ligado a un empleo incorrecto de fármacos o a una politerapia excesivamente agresiva. (McLellan, 2005)

Semiología Autista En Pacientes Con Epilepsia Del Lóbulo Temporal

En las grandes series poblacionales que analizan alteraciones psicopatológicas en niños con ELT se comprueba que los TEA son la semiología neuropsiquiátrica evolutiva más frecuente (un 38% de los casos), claramente por encima de otras patologías conductuales, como los trastornos por déficit de atención/ hiperactividad

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

(23%), la conducta oposicionista-desafiante (22%), los trastornos del estado de ánimo (8%) y la psicosis (2%). Con respecto al tipo de TEA asociado con ELT, la gran mayoría de los casos son TEA no especificados (50%) o autismos (40%) y, sin embargo, son raros los síndromes de Asperger (10%). Dos factores con un peso estadísticamente significativo ($p < 0,05$) para apoyar la asociación evolutiva entre ELT y TEA son la localización derecha de las lesiones y el inicio precoz de la epilepsia, entre el primer y segundo año de vida. (Pizarro-Castellanos, 2008)

Sin embargo, no existe una asociación claramente definida entre un determinado tipo de patología estructural y el desarrollo de TEA en niños con ELT, pero sí se evidencia un peor pronóstico global en cuanto al control de crisis en el grupo de EMT con TEA con respecto al grupo de EMT sin TEA (un 43% libre de crisis en los casos con TEA frente a un 70% en los sin TEA). No se ha encontrado una relación aparente entre la presencia o no de semiología de TEA con respecto al tipo de crisis, la bisincronía de los focos temporales, la generalización de las descargas epileptiformes y el patrón de las descargas epilépticas focales durante el sueño

Epilepsia y regresión autista.

En relación con el posible papel que desempeña la epilepsia en el desarrollo de la regresión autista, quedan aún muchas cuestiones por resolver. Es importante recordar que hasta un tercio de los pacientes que se diagnostican evolutivamente como autistas presentaron una fase inicial de regresión autista, con afectación primordial de lenguaje e interacción social, en torno a los 18-24 meses de edad. Una de las causas que se involucran en estos síndromes de regresión autista, junto con el síndrome de Rett y las alteraciones neurometabólicas y neurodegenerativas del sistema nervioso central, es la epilepsia. Se ha especulado mucho con el papel de las crisis epilépticas precoces, las crisis subclínicas y la actividad paroxística en el EEG de sueño en estos casos, pero lo cierto es que un gran número de estos pacientes con regresión autista no presenta crisis ni anomalías en el EEG. Así, en un estudio de anomalías EEG mediante monitorización video-EEG prolongada durante 24 horas en niños con regresión

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

lingüística, pero sin encefalopatía definida, tan sólo un 7% tenía historia de crisis epilépticas previas, y se encontraron anomalías paroxísticas en el EEG tan sólo en un 28% de los casos. En la revisión realizada por Roulet-Pérez y Deonna (Roulet-Pérez & Deonna, 2006), en la que analizaron 11 estudios longitudinales de casos de regresión autista y epilepsia, de los 24 pacientes estudiados tan sólo se demostró una relación evidente y clara entre la semiología autista y la actividad epileptiforme en ocho casos (33%). Sin embargo, otros autores abogan por el papel primordial de la actividad epileptiforme en la génesis de la regresión autista, sobre todo en aquellos casos con fluctuaciones clínicas periódicas y un curso evolutivo tórpido, e intentan relacionar dichas reagudizaciones con períodos de mayor actividad paroxística, principalmente evidente en los registros de video-EEG-poligrafía de sueño.

Por todo lo anteriormente expuesto, no está claro que exista una relación inequívoca entre regresión autista, epilepsia y actividad paroxística en el EEG, aunque se debe tener en mente esta posibilidad en determinadas situaciones. Así, la regresión autista puede ser el inicio del cuadro clínico en un niño con semiología epiléptica evidente. En estos casos, son frecuentes las fluctuaciones de la semiología autista, muchas veces en relación con crisis sutiles, que pueden identificarse a posteriori con el estudio de los vídeos caseros que aportan los padres y con el empleo de registros video-EEG-poligráficos de sueño. Las crisis son habitualmente del tipo parcial complejo, de origen temporal o frontal, o bien se trata de espasmos epilépticos de origen tardío, casi siempre también de origen focal.

Estos niños con una auténtica 'regresión autista epiléptica' presentan un perfil neurocognitivo especial, con mayor afectación en el contacto ocular, la interacción social y los patrones de juego, y relativa preservación del nivel de alerta, psicomotricidad y coordinación mano-ojo. Un modelo etiopatogénico atractivo para explicar esta 'regresión autista epiléptica' es la epilepsia gelástica producida por un hamartoma hipotalámico. En estos casos, la propia epileptogenicidad de la lesión o la epileptogénesis secundaria sobre circuitos límbicos frontotemporales explicarían la semiología autista. Otros trastornos epilépticos asociados con una auténtica 'regresión autista epiléptica' incluyen los espasmos epilépticos focales de presentación tardía, la

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

epilepsia parcial frontal o temporal de inicio en el primer año, el síndrome de Landau-Kleffner, la epilepsia frontal con POCS y la previamente mencionada ET con tuberomas localizados en el lóbulo temporal.

Otra situación en la que se ha relacionado la regresión autista con la epilepsia es la semiología de deterioro neurocognitivo y conductual que aparece tras un estatus epiléptico (EE) o tras crisis agudas repetidas o agrupadas 'en racimo'. cognitivo llamativo con retraso mental grave evolutivo.

Se especula mucho si el daño de circuitos neuronales implica sólo al hipocampo o bien también a la amígdala y/o a las estructuras parahipocampales.

Cerebro Social.

Los circuitos neuronales implicados en la percepción social son muy complejos e implican a estructuras cerebrales muy diversas, como las áreas prefrontales, orbitofrontales, mesolímbicas y temporales laterales (Rapin, 2006) El cerebro social se define como la red neural necesaria para el mantenimiento de las funciones sociales.

Diversas estructuras, como el giro fusiforme, la amígdala y el surco temporal superior (STS) se han asociado con funciones como el reconocimiento de caras (giro fusiforme), identificación de situaciones sociales (amígdala) y percepción de la voz humana y el movimiento propositivo (STS). La disfunción de estas estructuras anatómicas y de los circuitos neurales en los que participan se ha relacionado con la etiopatogenia de algunos casos de TEA.

Amígdala.

Numerosos autores han encontrado alteraciones en el complejo amigdalino en el autismo. Se han descrito cuadros de semiología autista en niños con lesiones estructurales diversas que afectaban a la amígdala, incluyendo secuelas de encefalitis aguda, tumores de bajo grado, MDC, tuberomas de ET, etc.

También cabe destacar la similitud que se observa entre pacientes autistas y pacientes amigdalotomizados, en los que aparece una afectación en el juicio social, que ha pasado a denominarse 'autismo adquirido postamigdalectomía (Damasio, 1994).

En los estudios post mortem realizados en sujetos autistas se han encontrado anomalías microscópicas en la amígdala consistentes en menor tamaño neuronal y aumento de la densidad celular local, sobre todo en los núcleos corticales, mediales y centrales de la amígdala; la afectación que se localiza en el complejo basolateral es de grado intermedio y el núcleo lateral permanece indemne.

Especialmente interesantes son los estudios experimentales realizados en animales, principalmente con primates. En las lesiones bilaterales de la amígdala se objetivaba una semiología combinada similar al autismo y al síndrome de Kluver-Bucy. Estos

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

monos mostraban ausencia de 'parloteo social', falta de expresión facial, ausencia de reacciones emocionales, agresividad injustificada, movimientos repetitivos y tendencia compulsiva a examinar todos los objetos chupándolos u oliéndolos.

Mención aparte merecen los estudios de Schumann (Schumann, 2004) Este autor ha demostrado que el complejo amigdalino está aumentado en los niños autistas; sin embargo, esta alteración no es evidente en los adolescentes autistas. En dicho estudio, se observó que los niños pequeños con autismo asociado a retraso mental tenían un complejo amigdalino derecho un 16% más grande, y un complejo amigdalino izquierdo un 13% mayor que sus correspondientes controles con desarrollo psicomotor normal. Los niños con autismo, pero sin retraso mental concomitante, también tenían un 17% más grande tanto el complejo amigdalino derecho como el izquierdo en comparación con sus controles. En adolescentes, el volumen amigdalino se igualaba. Esto indica no sólo que el complejo amigdalino en el autismo es inicialmente más grande en los niños que sus correspondientes controles con un desarrollo normal, sino que guarda una relación más estrecha con el autismo que con el retraso mental. Y, por otro lado, este crecimiento amigdalino en autistas no es paralelo a un crecimiento global del cerebro, pues no hay diferencias en el volumen cerebral global del grupo de niños autistas en comparación con el grupo control. A la vista de todos estos datos, queda comprobada la implicación anatómica y funcional del complejo amigdalino en el autismo, tanto en edades tempranas como en la edad adulta. Sin embargo, hacen falta más estudios para saber cuál es el límite exacto de la implicación de esta estructura subcortical en dicha patología.

Neuronas En Espejo

Las neuronas espejo son un tipo particular de neuronas que se activan cuando un individuo realiza una acción, pero también, cuando él observa una acción similar realizada por otro individuo. Las neuronas espejo forman parte de un sistema de redes neuronales que posibilita la percepción-ejecución-intención. La simple observación de movimientos de la mano, pie o boca activa las mismas regiones específicas de la corteza motora, como si el observador estuviera realizando esos mismos movimientos, pero el proceso va más allá de que el movimiento, al ser observado, genere un movimiento similar latente en el observador. El sistema integra en sus circuitos neuronales la atribución/percepción de las intenciones de los otros. (García, 2007)

En humanos el sistema de neuronas espejo tiene dos componentes mayores: Uno es realizado por el lóbulo parietal inferior y la corteza premotora ventral más la parte caudal del área de Broca; la otra, por la ínsula y el giro circular anterior.

Sus componentes parietofrontales aparentemente median el entendimiento de las intenciones de otros y la imitación; como sus componentes ínsula-circulares aparentemente juegan un papel fundamental en el reconocimiento de emociones, los mecanismos de las neuronas espejo detrás del entendimiento de las intenciones, recae en la activación específica de un conjunto de neuronas parietales (sujetas a acción) estas células se descargan en asociación con actos motores específicos, pero se activan al máximo cuando el acto motor codificado está incluido en una acción motora específica. A través de este mecanismo el observador además de reconocer el acto motor observado; es también capaz de predecir cuál será el objetivo final de la acción.

Las funciones en las cuales un sistema de neuronas espejo está envuelto son precisamente aquellas que están impedidas en el autismo. De ahí la hipótesis; de que el centro de los síntomas del autismo, la inhabilidad de relacionarse con las personas en forma normal, depende del mal funcionamiento del sistema de neuronas espejo. (Cattaneo, 2007)

El autismo es un trastorno caracterizado por un funcionamiento cognitivo anormal principalmente en la comunicación y la interacción social. Aunque aún se sabe muy

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

poco sobre la patología de los procesos subyacentes a este déficit, en distintos estudios se ha observado; que el déficit social que presentan estos sujetos suele ir acompañado de dificultades en el procesamiento de rostros.

Diferentes autores sugieren que la amígdala junto a otras estructuras cerebrales responsables del procesamiento facial y emocional estarían funcionando inadecuadamente en esta población y que existiría una estrecha relación entre los déficits en el comportamiento social-comunicacional y el procesamiento facial.

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) se caracterizan por un impedimento severo en la capacidad para establecer interacciones sociales, dificultades en la comunicación verbal y no verbal y un repertorio conductual limitado y repetitivo (American Psychiatric Association, 2000). Los impedimentos más evidentes en personas con TEA son posiblemente los déficits en la comunicación e interacción social. Éstos se manifiestan generalmente a través de un escaso acercamiento social acompañado de limitados intentos de atención conjunta y contacto visual. (Iacoboni, 2009)

En este sentido; la escasa interacción rostro a rostro, fundamental para mediar el intercambio social, las dificultades para mantener contacto visual y la incapacidad para procesar correctamente la información proveniente de los rostros como la dirección de la mirada y las expresiones emocionales; han generado en los últimos años un gran interés por el estudio del procesamiento facial en individuos con este trastorno.

En general, se observa en la literatura científica una gran heterogeneidad de resultados en cuanto al estudio del procesamiento facial en personas con TEA.

Algunos estudios realizados en niños y adultos indican que los individuos con TEA presentan dificultades selectivas en el reconocimiento y discriminación de rostros incluso en etapas tempranas del desarrollo; en estudios retrospectivos se ha observado que niños que serían diagnosticados posteriormente con TEA mostraban una atención reducida hacia los rostros en los primeros años de vida en comparación con los niños normales.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

El SNC Consiste en un conjunto de neuronas que controlan nuestros movimientos y, además, responde de forma específica a los movimientos intenciones de movimientos de otros sujetos. Por otra parte estas neuronas no sólo responden a los movimientos de los demás, sino que participan en la generación en estos propios movimientos. Son neuronas con respuestas que se han denominado bimodales: visuales motoras.

Hay buenas evidencias de que el ser humano constituyen un complejo sistema que participa de forma importante en la capacidad de reconocimiento de los actos de los demás, en identificación con estos, e incluso en su imitación, razón por la cual se han denominado neuronas espejo.

Las neuronas espejo rompen con las categorías tradicionales en las que se han clasificado las cabronas no son puramente motoras y sensoriales sino ambas a la vez.

Por este carácter dual se ha pensado que desempeñan un papel relevante en la capacidad de lastimar y del ser humano para comprender de forma casi inmediata los movimientos, las acciones y, eventualmente las intenciones de los demás. El cerebro que actúa el cerebro que comprende. “vemos porque actuamos y podemos actuar precisamente porque vemos” (Rizzolatti G, 2009)

Se ha especulado que este sistema de neuronas se encuentra en la base de los procesos de imitación finalización de forma por imitación. Y en la realización de formas de aprendizaje por imitación.

Se ha encontrado también que, en áreas relacionadas con expresión emocional, existen neuronas espejo que parecen constituir la base de nuestra comprensión de lo que le sucede a los demás, relacionados con la empatía. De hecho, en el lóbulo temporal se ha identificado una región relacionada con el reconocimiento de rostros que se activa de forma específica cuando planificamos ciertos movimientos tocando vemos a otros realizarlos. (Iacoboni, 2009)

Se ha Observado que las neuronas espejo parecen efectuarse precisamente las mismas funciones que parecen estar alteradas con el autismo. Si el SNE está en verdad involucrado en la interpretación de las intenciones complejas, entonces una

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

irrupción de este circuito neuronal podría explicar la sintomatología clásica del autismo, que es su falta de habilidades sociales los signos cardinales trastorno como son ausencia de empatía, déficit de lenguaje, pobre imitación, etcétera.

La idea es que, en los artistas el SNE se desarrolla de la manera inadecuada, determinando un incapacidad de comprender los actos de los demás y, sobretodo, capacidad de imaginar seres pensantes con intenciones y motivaciones electorales semejantes a las suyas.

Las tasas de lo mismo pertenecen oscuras y de ver llegando la posible participación del FMI en la fisiopatología del autismo. Sin embargo, eso viva la teoría de una discusión de este sistema de la sintomatología, pues podría abrir las puertas hacia una posible rehabilitación de este sistema en el tratamiento de los niños con autismo Ramachandran y Oberman (Ramachandran VS, 2006) observaron que las neuronas en espejo parecen efectuar precisamente las mismas funciones que parecen estar alteradas en el autismo. Si el sistema de neuronas espejo (SNE) está en verdad involucrado en la interpretación de las intenciones complejas, entonces una disrupción de este circuito neuronal podría explicar la sintomatología clásica del autismo, que es su falta de habilidades sociales. Los otros signos cardinales de este trastorno –ausencia de empatía, déficit del lenguaje, pobre imitación, etc. – constituirían también el tipo de manifestaciones esperables si hubiera una disfunción en las neuronas en espejo.

La primera evidencia experimental de una posible disfunción de este sistema neuronal en los niños autistas provino del grupo de Ramachandran en la Universidad de California, el cual demostró que los sujetos normales presentan una supresión del ritmo mu en regiones sensorimotoras cuando realizan o cuando observan a otro realizar actos motores específicos. Esta modificación en la actividad electroencefalográfica se ha correlacionado con la activación de las neuronas de la región promotora que corresponden al SNE. En contraste, los niños autistas no muestran datos electroencefalográficos (supresión del ritmo mu) cuando observan a otros sujetos realizar actos motores, lo cual sugiere que el SNE no se activa normalmente y, por tanto, son incapaces de este reconocimiento empático de las conductas de los demás.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Otros investigadores han confirmado los resultados del grupo de Ramachandran utilizando diversas técnicas de monitorización de la actividad neuronal.

El papel de las neuronas espejo en la patogénesis del trastorno psíquico y el estado objeto de indagación experimental hasta ahora sobre todo en relación al autismo infantil en donde la sintomatología lo incapacita para comprender el estado afectivo y mental de los otros.

Una diferencia evidente en niños autistas respecto a lo que atañe a la supresión del ritmo μ , que se verifica regularmente durante la ejecución de un simple movimiento voluntario, pero no cuando ven a alguien más copiar una acción. Es un indicador de la inactivación del sistema de neuronas espejo, que podría explicar la incapacidad de tomar el papel del otro y más en general sus dificultades del comportamiento imitativo sea simbólico y no simbólico, en la imitación del uso de objetos, expresiones vocales y faciales. Otros numerosos experimentos han confirmado efectivamente en niños autistas un reducido funcionamiento del sistema espejo cuando observan las acciones de otros. Una indagación morfo métrica ha evidenciado además cierta anomalía estructural de la región cerebral involucrada: un anormal adelgazamiento de la sustancia gris en el área premotora ventral, en el lóbulo parietal posterior y otra en el surco temporal superior. De estudios de magneto-encefalografía en la imitación del movimiento labial resulta que sujetos afectados del síndrome de asperger la activación del circuito neuronal correspondiente progresa con retardo respecto al niño sano.

El trastorno del espectro autista es un trastorno grave y crónico del desarrollo, caracterizado por el déficit social, comunicativo y de un interés menor por el ambiente, al cual son tomadas iniciativas limitadas son a menudo estereotipados.

Ser un niño autista quiere decir, con distintos grados de severidad, que es incapaz de entablar comunicación social y lazos significativos con los otros, Establecer contacto visual con el mundo de los otros, para compartir la atención con otros, ser incapaz de imitar el comportamiento de otros o entender sus intenciones, emociones y sentimientos.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Los primeros síntomas, sobre el fin del primer año de vida, el niño autista experimenta dificultad o incluso imposibilidad de orientarse sobre la base de las indicaciones proporcionadas por los demás. Son incapaces de compartir la atención con otros y son incapaces de reaccionar de manera adecuada a las emociones de otros. Tienen grandes dificultades al reconocer caras humanas o en la exhibición de comportamiento imitativo. Todas estas manifestaciones tempranas de autismo tienen una raíz común: las habilidades cognitivas requeridas para entablar lazos significativos con los otros están ausentes o gravemente dañados.

Una hipótesis es que éste déficit, como el observado en el síndrome de asperger afín, debe atribuirse a la deficiencia o mal funcionamiento de “la consonancia intencional”, debido a un mal funcionamiento en los mecanismos de simulación encarnada, a su vez; produce una disfunción del sistema de neuronas espejo. Si bien es cierto, que la base de la competencia social es ante todo la capacidad de establecer un espacio noicentrico implícito y directamente compartido; lo que nos permite establecer una conexión con múltiples relaciones intencionales a instancia del otro. Se cree que una disgregación de esta multiplicidad compartida es la consecuente incapacidad de desarrollar una plena y comprensiva consonancia intencional con el otro. Podrían constituir el núcleo del problema de la mente autista.

La falta de una consonancia intencional madura produciría varios y diferenciados déficits cognitivos y ejecutivos los cuales comparten el mismo origen funcional: una falta o mal funcionamiento del programa de simulación encarnada, probablemente causando daños a la conexión y/o funcionamiento del sistema de neuronas espejo. Si la hipótesis es correcta, el déficit de consonancia intencional postulado debe manifestarse en varios niveles de la inteligencia social; una serie de datos experimentales parecen confirmarlo.

Todas estas deficiencias pueden explicar cómo manifestaciones de la falta de la consonancia intencional, producida por una simulación encarnada defectuosa, probablemente causa de un mal funcionamiento del sistema de neuronas espejo.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Esta hipótesis se corrobora ulteriormente del descubrimiento de que el cerebro de los individuos autistas muestra un anormal adelgazamiento de la sustancia gris en las zonas corticales que se sabe que son parte del sistema de neuronas espejo, tales como el área premotora ventral, el lóbulo parietal posterior y la región del surco temporal superior. Lo más interesante a notar es que el adelgazamiento cortical del sistema de neuronas espejo parece que se correlaciona con la gravedad de los síntomas del autismo.

El sistema de neuronas espejo humano también se ha relacionado con procesos cerebrales de orden superior, tales como el aprendizaje por imitación, el lenguaje, las habilidades de la teoría de la mente, la empatía, la percepción de las intenciones ajenas y la cognición social. Estas funciones superiores asociadas a las neuronas espejo están alteradas en los pacientes con trastorno del espectro autista (TEA). A finales de los años noventa emergió la idea de que el sistema de neuronas espejo podría contribuir a algunos de los síntomas que caracterizan los TEA. Desde entonces la mayoría de hallazgos han confirmado la relación entre la disfunción del sistema de neuronas espejo y los TEA. Si el sistema de neuronas espejo está alterado en los pacientes con TEA, se podría considerar la hipótesis de que en dicha patología puede obtenerse una respuesta del ritmo mu alterada. (Iacoboni, 2009)

Cuarto Capítulo

Tratamientos complementarios en el autismo.

“En todas las filosofías hay destellos de verdad. La confusión viene de tomar cada uno de estos destellos como realidad única”.

Anónimo.

El tratamiento complementario se refiere a cualquier otro tratamiento, aparte de los tratamientos estándar, que proclaman tratar los síntomas del autismo con un resultado de cura, sin embargo al ser como su nombre lo dice, complementarios, es recomendable que siempre deben ir en compañía de un tratamiento tradicional ya que estos en su mayoría se encuentran enfocados en un área en específico.

A partir de su descubrimiento en 1943 el autismo ha sido adoptado por cada una de las teorías psicológicas imponiendo cada una de estas un tratamiento distinto para la misma patología, siendo este tratado en diferentes épocas de distinta manera, dado que a la fecha existen una infinidad de tratamientos, unos con mayor eficacia que otros y otros tantos en espera de aprobación, los cuales serán descritos en este capítulo.

La historia del abordaje terapéutico del autismo va ligada a la de las hipótesis etiológicas de la patología, y también, aunque en menor medida, a la de las propias corrientes teóricas de la psicología y la medicina.

A continuación se dará un esbozo de la línea evolutiva que ha trazado el tratamiento autista desde la óptica de Francesc Cuxart (2000).

Desde la primera definición del síndrome en 1943 y hasta mediados de los años sesenta, los programas terapéuticos del autismo se construían sobre una base de los referentes teóricos del psicoanálisis.

Partiendo de la hipótesis de que el autismo era la expresión última de un conflicto psicológico de origen temprano, que conducía a los afectados a adoptar una posición defensiva frente a un mundo externo percibido como hostil, el tratamiento del trastorno

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

consistían en la aplicación de la psicoterapia de orientación analítica como medio para reconstruir la senda evolutiva del niño, dañada muy precozmente, lo que había de suponer que al cabo de un tiempo de tratamiento, y entre otras cosas, que el afectado comenzara a manifestar sus potenciales cognitivos, intactos, a pesar del trauma psicológico sufrido.

A partir de los años sesenta se dio un desarrollo de las técnicas operantes de modificación de conducta, esto provocó una implantación de este tipo en la población con autismo. En un inicio se creía que los logros serían espectaculares dado que se le añadían ciertas hipótesis etiológicas, como según las cuales, el autismo es causado por una cadena de malos aprendizajes de inicio precoz. Estas hipótesis nunca demostradas y abandonadas bastante pronto provocaron importantes equívocos debido al intento de explicar el autismo esquemático.

En un primer tiempo en estos programas se les puso mucho énfasis en la reducción del lenguaje a través de programas de imitación signada y vocálica, que primaban una actitud pasiva del niño y se desarrollaban en contextos de aprendizaje artificiales. Los resultados fueron negativos, sin embargo, las técnicas de modificación de conducta operante abrieron camino a nuevas técnicas de tratamiento. (Artigas-Pallares, 2012)

La aportación que dio el conductismo es que a pesar de que el autismo no puede curarse un número importante de conductas de estos niños podían modificarse mediante la manipulación de variables del entorno.

También se llegó a la conclusión de que no todos los problemas conductuales se pueden resolver exclusivamente mediante terapias psicológicas, motivo por el que la psicofarmacología desempeña un papel importante en el tratamiento de conductas moduladas, fundamentalmente por factores endógenos (biológicos).

Los abordajes terapéuticos, psicológicos y educativos del autismo han sufrido, no hace mucho, una evolución cualitativa importante, debido a la aplicación de los nuevos conocimientos de la psicología evolutiva y cognitiva a este trastorno. El intento de englobar la sintomatología de este síndrome en alteraciones psicológicas más amplias y en cierto modo, precursoras de los síntomas observables ha supuesto una ampliación

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

de los objetivos terapéuticos hacia la instauración o progreso de las capacidades cognitivas relacionadas con ciertos déficits psicológicos, por ejemplo los de teoría de la mente.

La aplicación durante estas tres décadas, de programas sistemáticos para intentar compensar los graves trastornos del desarrollo que implica el autismo ha permitido una gran acumulación de datos, que nos permiten en estos momentos enunciar algunos principios generales de los tratamientos psicológicos y pedagógicos del autismo.

Sus características generales son (Cuxart, 2000):

1. Plantear objetivos funcionales, no sólo para el presente del niño, sino también para etapas de su vida futura.
2. Diseñar un número razonable de objetivos
3. Realizar evaluaciones objetivas de los sujetos
4. Enseñar en contextos lo más naturales y variables posibles
5. Estructurar al máximo los procesos de aprendizaje, eliminando los estímulos superfluos y proporcionando las ayudas necesarias para lograr el mayor rendimiento posible.
6. Elegir el tipo de centro de tratamiento en función de las características particulares y de las del propio sujeto.
7. Trabajar conjuntamente con la familia.

Los Programas De Tratamiento.

Cualquier programa terapéutico implica una clasificación de objetivos y una especificación de métodos y técnicas, por lo que en el caso del autismo lo primero que debemos plantear a la hora de definir los objetivos de tratamiento es si los currículums diseñados para la población escolar general son también válidos para la población con autismo, a medida que vamos avanzando en la clasificación y vamos delimitando progresivamente las metas, es evidente que van apareciendo diferencias, porque el autismo no solo integra un trastorno cualitativo en cuanto al número de áreas de

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

desarrollo, sino que también se constituye como un trastorno cualitativo, esto último conlleva a que muchas capacidades y conductas que los niños aprenden espontáneamente los niños con autismo no las desarrollan, o lo hacen de una forma muy deficiente y alterada.

Por esta razón en los programas terapéuticos se ven obligados a contemplar, además de todas las áreas de los currículos ordinarios un conjunto de aspectos que estos no contemplan.

Desde esta perspectiva existe un listado de áreas que se entiende como un marco de referencia, como un programa global dirigido a personas con autismo (Torro, 1997).

1. Relaciones Interpersonales
2. Comunicación
3. Atención e imitación
4. Tareas estructuradas
5. Actividades lúdicas y de ocio
6. Autonomía personal y social

Tal como se dijo anteriormente existen diferentes tipos de tratamiento que por lo general pueden ser clasificados en categorías como:

- Terapias comportamentales y de comunicación
- Terapias educativas
- Tratamientos nutricionales
- Tratamientos farmacológicos
- Tratamientos alternativos.

El Tratamiento ABA.

Este tratamiento surgió en el año de 1968, y en su momento tenía como fin el estudiar todas aquellas conductas que son consideradas importantes en el ámbito social.

Este modelo de intervención tiene como base el condicionamiento operante, y su objetivo principal va a ser analizar y modificar la conducta inapropiada y sus antecedentes.

Según menciona en su publicación Mascotena (2007), al hablar de tratamiento A.B.A. aplicado en niños con *Trastornos del Espectro Autista*, se está haciendo referencia al modelo de intervención conductual desarrollado por el Dr. Ivar Loovas, el cual cobró mayor reconocimiento a partir del estudio y la investigación realizada en 1987.

No se trata de una intervención psicoterapéutica propiamente dicha, sino que es más bien un tratamiento educativo-terapéutico para estos niños que carecen de algunas habilidades, las cuales se busca que sean adquiridas y que presentan conductas erróneas que están fuera de lo esperado por la sociedad, las cuales se busca que sean modificadas.

(Mascotena, 2007) Plantea que el objetivo es:

Lograr un tratamiento intensivo y abarcativo, focalizado en enseñar al niño las conductas que no logró aprender de manera natural, utilizando como herramienta básica la técnica del “*ensayo discreto*” en repeticiones masivas, separadas en forma de programas divididos por áreas y con objetivos concretos [...] aplicando el principio de reforzamiento positivo para la enseñanza. (p. 14)

Esto quiere decir que los objetivos finales se dividen en objetivos más sencillos en principio. Cada tarea se divide en tareas de menor dificultad. Estos objetivos se ordenan del más simple al de mayor dificultad. El tratamiento se inicia con los objetivos de menor dificultad, y a medida que el niño avanza se busca llegar a los de mayor dificultad, y así lograr los objetivos o habilidades finales.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Una vez que se establece que el niño puede ser incluido en el tratamiento, se realiza un perfil individual donde se va a dejar por sentado cuáles serán los objetivos principales, las fortalezas y debilidades, y se va a diseñar el abordaje terapéutico que se adecue más a ese niño (Mascotena, 2007).

Es importante señalar que cada niño es un caso en particular, no son iguales. No todos los niños tienen las mismas necesidades, ni el mismo nivel intelectual, ni las mismas formas de cognición. Cada niño debe ser observado y evaluado de forma particular, tomando en cuenta sus propias necesidades y sus propios avances dentro de la intervención.

Es por esto que el tratamiento se realiza de forma individual, uno a uno. Es decir, un terapeuta trabaja sólo con un niño para lograr la menor distracción posible y para asegurarse de que todos los niños puedan aprovechar el tratamiento y pueda avanzar en su trabajo.

Se establece una división del tratamiento general en etapas.

- Un primer momento donde se busca conocer al niño y determinar sus fortalezas y debilidades, evaluar cuáles van a ser los refuerzos a utilizar, y fijar las estrategias de intervención.
- Un segundo momento va a ser el utilizado para lograr los aprendizajes que se desean (juegos, habilidades, comunicación, etc.).
- Y la etapa final va a ser más natural, donde se va a buscar que el niño generalice todo lo aprendido, que lo incorpore y se logre la socialización (Leaf & McEachin, 2000)

A través de este método lo que se busca es identificar la función y objetivo concreto por el que ocurre una determinada conducta, es decir, las variables que ejercen una gran influencia al momento de ocurrencia de esa conducta.

Y a partir de esto poder establecer aquellas estrategias terapéuticas que sean más eficaces para modificar no sólo la conducta, sino también el motivo subyacente de la misma.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

En cuanto a la forma de organizar el procedimiento para el abordaje Cabezas Pizarro, H. (2001) propone un modelo de intervención en siete pasos:

- 1) Elegir las conductas que el niño necesita aprender.
- 2) Establecer jerárquicamente las conductas a trabajar, en orden de menor a mayor dificultad.
- 3) Definir las conductas de forma que puedan ser observables y que se puedan medir.
- 4) Mostrar variados reforzadores para poder ir determinando cuáles son importantes para el niño y cuáles no.
- 5) Medir las conductas para evaluar los progresos (por ejemplo mediante la medición de la intensidad o la frecuencia de cada una de ellas).
- 6) Utilizar gráficos para observar la evolución de cada conducta y así poder ver si aumentan, disminuyen o se mantienen estables.
- 7) Luego de una observación profunda se definen los refuerzos que se van a emplear y el modo de procedimiento definitivo (por lo menos para la primera etapa del abordaje).

En la actualidad se está tratando de establecer las ventajas de aplicar este método de forma individualizada pero partiendo de las características particulares de cada niño y su familia, para así poder llevar al máximo la eficacia del tratamiento y lograr a su vez disminuir el estrés que le genera a los padres este tipo de patologías.

La mayoría de las instituciones y profesionales que aplican este modelo de tratamiento, toman como referencia el manual de trabajo "*Esperanzas para el Autismo: un trabajo en progreso.*" Dicho manual fue editado por los autores Leaf, R. & McEachin, J. (2000), quienes dan ejemplos de diversos programas. Y tomando como modelo este manual, se mencionarán algunos de los programas que son comúnmente aplicados en la actualidad en todos los países donde es utilizado este tratamiento:

- **Atención.**

- **Obediencia:** Qué pueda seguir de forma correcta determinadas instrucciones.

- **Imitación no-verbal:** Se le pide que imite una acción que realiza el terapeuta.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- **Habilidades motoras:** Para aumentar el control motor y la orientación tanto espacial como del cuerpo.
- **Emparejamiento de objetos:** Para aumentar la atención en los detalles, por ejemplo emparejar foto con foto, foto con objeto, objeto con objeto, por formas, tamaños, colores, emparejar objetos y fotos que no sean idénticos, etc.
- **Dibujo:** Para desarrollar y aumentar las habilidades gráficas y motoras, las visoespaciales, la creatividad, etc.
- **Habilidades de Juego:** Se busca mediante el mismo aumentar la atención y las habilidades en juegos específicos, así como también poder seguir reglas y pasos.
- **Trabajo y juego independiente:** Aumentar el nivel de independencia del niño mediante el uso del juego no directivo y la enseñanza de las tareas esenciales del hogar
- **Instrucciones receptivas:** Para lograr la comprensión del lenguaje, la obediencia. Se le pide que ejecute determinada acción.
- **Denominación receptiva** utilizando palabras como dame, toca, señala, etc. Para que adquiera el vocabulario cotidiano, los nombres de las cosas y así poder pedir lo que desea.
- **Comunicación funcional.**
- **Imitación verbal:** Se utiliza para disminuir las ecolalias y las dificultades en la articulación y la pronunciación.
- **Denominación expresiva:** Por ejemplo preguntándole qué es tal cosa o para qué sirve tal otra, para poder expresar sus deseos y aumentar su lenguaje.
- **Conversación:** Básica, intermedia y avanzada dependiendo de las necesidad y el nivel de cada niño.
- **Si / No:** Para que pueda expresar sus preferencias y deseos identificando objetos, acciones, atributos, colores, etc.
- **Atención conjunta:** Que adquiera la habilidad de poder dirigir la atención de otras personas.
- **Emociones:** Receptivas y expresivas, para desarrollar la empatía y aumentar las habilidades de interacción social, reconocer los diferentes estados emocionales y sus significados, etc.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- **Atributos:** Receptivos y expresivos, por ejemplo colores, tamaños, género, etc.
- **Funciones:** Para poder comprender el uso correcto de cada objeto.
- **Categorías:** Animales, ropa, objetos, comida, etc.
- **Conocimiento general y razonamiento:** Para desarrollar el sentido común.
- **Igual / Diferente.**
- **Pronombres:** Mío, suyo, tuyo, nuestro, de él/ella, etc.
- **Formular preguntas.**
- **Secuencia:** Conocer el orden para realizar las tareas.
- **Lectura.**
- **Escritura.**
- **Habilidades de auto-ayuda:** En tareas de la vida cotidiana como vestirse, bañarse, cepillarse los dientes, etc.
- **Habilidades sociales:** Para incrementar las pautas de interacción social

Si bien estos son los programas más utilizados dentro de este modelo de abordaje, es claro que puede suprimirse o agregarse tantos programas como sea necesario, de acuerdo a cada niño en particular.

Este modelo de intervención deja la libertad de utilizar la creatividad de cada terapeuta para lograr los objetivos con cada paciente. De acuerdo a las dificultades de cada niño van a cambiarse o inventarse nuevos programas de intervención.

Por lo general lo primero que se tiene en cuenta es si va a ser necesario aplicar un programa de nivel elemental, intermedio o avanzado. Y a partir de esta definición se va a evaluar cuáles son los programas que se utilizarán.

Independientemente del nivel en que se encuentre el niño, hay programas que son básicos. Por ejemplo: atención, imitación, lenguaje expresivo y receptivo, habilidades pre-académicas y de auto-ayuda son necesarios en el nivel elemental y en el intermedio; y en el nivel avanzado se suman el lenguaje o pensamiento abstracto, las habilidades académicas (ya no son pre-académicas) y las habilidades sociales.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Por otro lado cabe señalar que dentro de los programas de intervención se incluyen actividades como musicoterapia, terapia ocupacional, hidroterapia, terapia física, fonoaudiología y psicomotricidad, entre otras.

PECS Sistema De Comunicación Por Intercambio De Imágenes

Características Y Objetivos.

El Sistema de comunicación por intercambio de imágenes (PECS) es un sistema alternativo de comunicación para personas que no utilizan un lenguaje oral.

Básicamente consiste en el intercambio de símbolos, a los cuales se le llaman “elemento comunicador”, entre el usuario y el terapeuta.

Es un sistema aumentativo y/o alternativo de comunicación que utiliza como modalidad comunicativa las imágenes.

Este sistema fue desarrollado por el Delaware Autistic Program para satisfacer la necesidad de dotar a ciertos alumnos y alumnas de un medio para comunicar sus deseos y necesidades básicas. Se trataba de alumnos/as para los que otros Sistemas Alternativos de Comunicación como el lenguaje de signos o los sistemas de señalar no habían resultado efectivos.

El sistema PECS es apropiado para aquellos alumnos y alumnas que presentan:

- Alteraciones en el desarrollo comunicativo:
 - Ausencia de intención comunicativa.
 - Déficit de atención al lenguaje oral.
 - Déficit de atención conjunta.
 - Déficit en la capacidad de imitación.
- Deficiente desarrollo en su capacidad representacional que permita establecer una clara relación entre significante y significado.
- Dificultades en la adquisición, uso o discriminación de signos aprendidos a través de otros sistemas de comunicación.
- Problemas motores para la configuración de signos y/o para la adquisición de otros sistemas comunicativos.
- Discriminan objetos reales
- Presentan conductas instrumentales (uso de objetos y personas).

Aplicación del programa.

Registro De Evaluación Inicial

Antes de introducir este sistema, es preciso realizar una evaluación inicial de la que se extraerá la información necesaria sobre las distintas variables que se ha de tener en cuenta para que sea eficaz y se adapte a la persona que se esta evaluando:

- Objetos de interés para el/ la alumno/a: Pueden ser alimentos, juguetes, acciones, o cualquier otra cosa sobre la que muestre una especial preferencia.
- Características del elemento comunicador (EC) a utilizar: El elemento comunicador, es decir, lo que se entrega a cambio del objeto, ha de ser el adecuado en función de la capacidad representacional del alumno/a. Así, podemos utilizar distintos EC secuenciados de la siguiente manera de acuerdo con su complejidad.

1. Objeto real:

- Extrayendo el objeto de la caja.
- Proporcionando el objeto desde otro lugar distinto a la caja.

2. Tarjeta con objeto real.

3. Tarjeta con fotografía del objeto.

4. Tarjeta con dibujo.

6. Tarjeta con palabra escrita para quienes vayan a desarrollar lecto-escritura y puedan prescindir de la imagen.

El PECS original consta de 7 fases que van desde el intercambio físico de un solo EC por un objeto hasta el desarrollo de habilidades lingüísticas más complejas. (George, 2009)

- Fase I: Introducción.

En estas sesiones el alumno o alumna debe entregar un elemento comunicador recibiendo a cambio el objeto al que hace referencia.

Uno de los terapeutas será el encargado de realizar el intercambio entre el EC recibido y el objeto deseado. Las ayudas que ofrece pueden ser gestuales u orales.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

El segundo terapeuta, tendrá como misión proporcionar las ayudas físicas necesarias para realizar dicho intercambio, puesto que el primer terapeuta y el EC deben estar separados espacialmente para hacer relevante la entrega del EC. Además es aconsejable que se realice un desplazamiento.

- Fase II: Generalización

Una vez el alumno ha adquirido este primer EC y conoce el proceso a seguir, llega el momento de generalizar. Esta generalización ha de hacerse a tres niveles: contextos, personas y momentos en los que se realiza el intercambio.

Contextos: Los contextos en los que se trabaja son primeramente distintos lugares del centro, después se amplían hasta el contexto familiar o residencial, para lo que es de gran importancia la colaboración familiar o de las personas encargadas de su cuidado.

Personas: Se comienza por las terapeutas, después trabajan estas sesiones los tutores, y progresivamente se van propiciando situaciones en las que intervengan las distintas personas con las que el alumno mantiene contacto.

Momentos: En un primer momento lo importante es que se aprenda la mecánica del sistema, por lo que cualquier ocasión resultará apropiada para hacer peticiones. Pero poco a poco, hay que ir acotando estos momentos, para que las peticiones se realicen sólo cuando sea adecuado.

- Fase III: Discriminación.

En un primer momento, se presentara al alumno cada objeto y su EC de forma alternativa dentro de la misma sesión de trabajo.

Posteriormente serán dos EC y un solo objeto, cambiando la situación espacial y el orden de los EC para asegurarnos que los diferencia y utiliza correctamente y no al azar.

En un tercer momento, se presentan dos EC y dos objetos que se irán mostrando alternativamente.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

El siguiente paso, cuando el alumno maneja varios EC, sería la realización de “circuitos”, colocando los objetos en una mesa alargada, en estas sesiones se pretende que el alumno se coloque con su EC delante del objeto, con lo que se asegura que lo relaciona correctamente.

Finalmente están los aperitivos, actividades que sirven a la vez para discriminar y para generalizar, ya que se realizan en diferentes contextos. Existen cuatro tipos de aperitivos:

1. Aperitivo Clásico: Hay varios objetos y varios EC, para que la persona elija lo que le apetezca.
2. Aperitivo de Selección: Se colocan varios objetos en una mesa y varios EC en otra. Al entregar el elegido por el alumno, tendrá que asociar correctamente y señalar el objeto correspondiente.
3. Aperitivo de Discriminación: Se colocan varios EC pero un solo objeto, de manera que la persona tendrá que elegir y entregar el EC apropiado.
4. Aperitivo en ausencia del objeto deseado: El objetivo de esta última modalidad es que las peticiones se realicen sin tener presentes los referentes.

- FASE IV Estructura de la oración.

Los alumnos aprenden a construir oraciones simples en una “tira-frase” despegable, utilizando una imagen de “quiero” seguida de una imagen del elemento que está pidiendo en ese momento.

- FASE V Responder a preguntas.

Los alumnos aprenden a usar PECS para responder a la pregunta: ¿Qué quieres?

- FASE VI Comentar

Ahora los alumnos son enseñados a comentar como respuesta a preguntas tales como: “¿Qué ves?”, “¿Qué oyes?” y “¿Qué es?”. Aprenden a crear oraciones que empiezan por “Veo”, “Oigo”, “Siento”, “Es”, etc.

Método Educativo “Teacch” (Treatment And Education Of Autistic And Relater Communication Handycaped Children)

Este método fue diseñado en la Universidad de Carolina del Norte por Eric Schopler; la teoría en la cual se basó es en el tipo cognitivo-conductual y lo que busca es modificar comportamientos que no son adaptativos con el único fin de que estos niños sean autónomos, tanto en las habilidades sociales y comunicativas, así como la adaptación en su ambiente. Cabe resaltar que tiene mucho cuidado en el control del ambiente, ya que se basa en la hipótesis de que el niño con autismo tiene dificultades para la adaptación de estímulos diferentes y para seleccionar y procesar la información que deriva del mundo exterior. En la terapia se le da mucha importancia a los soportes visuales, ya que se reconoce mayor elaboración en la capacidad visual que en la auditiva. (Egge 2008).

El programa TEACCH se apoya en las bases siguientes:

Evaluación Diagnóstica.- Esta se practica en una cámara de Gessel para permitir a los padres observar las sesiones de diagnóstico y participar en las evaluaciones, esta fundada en la escala de evaluación que se basa en la observación directa del niño. (Cars Theshilid.hood autism rating scale)

Se practica una segunda evaluación PEP-R (Psychoeducational) (profile revised) Este test explora las actitudes en curso de emergencia que se distinguen de las actitudes ya adquiridas o que aún no lo son, son siete los campos que se evalúan.

- Imitaciones
- Competencia oculo-manual
- Percepción
- Motricidad
- Competencia cognitiva y verbal

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Procedimientos Educativos.- El programa educativo de este método esta fundado en la instauración de sesiones educativas estructuradas apoyándose en los resultados del PEP-R.

Colaboración entre profesionales y padres. Estos últimos están invitados a participar activamente en la instauración de los ejercicios educativos y sus observaciones y experiencias son utilizadas por la formulación del programa educativo de su hijo. Los padres participan en los ejercicios educativos de la casa. Para este fin los padres reciben por parte del programa Teacch una formación especial.

LA EVALUACION DE LOS BENEFICIOS QUE APORTA ESTE MÉTODO.- Los autores estiman que existe una ventaja para los niños el proporcionarle los programas educativos reestructurados y creen que existe mejora en cuanto a la atención, la relación con los otros y el comportamiento en general. Los padres afirman que el programa ayuda a disminuir el estrés y sus síntomas depresivos, así como también ayudo a los niños tanto en el aprendizaje como la inserción a un grupo. (George, 2009)

Terapia De Intercambio Y Desarrollo.

La terapia de intercambio y desarrollo elaborada por G. Lelord, y D. Sauvage se basa en un enfoque tanto neuropsicológico como fisiológico, sin embargo y a diferencia de otras terapias, no se trata de etiquetar al niño y a su familia en términos de problemas de comportamiento, sino de relevar por medio de la evaluación funcional las deficiencias neurofisiológicas que tratan de que el niño pueda progresar gradualmente.

Esta forma de terapia, que reposa en una evacuación tanto psicológica como cognitiva previa, esta constituida por un numero de ejercicios con enfoque educativo que se propondrán al niño en función de sus capacidades y de sus intereses tales como los que hubieran podido ponerse en evidencia en las sesiones de evaluación.

No basta con enseñar al niño autista a apilar libros y a colocar las piezas de un rompecabezas con destreza, tampoco su objetivo principal es esperar a que el niño exprese su dificultad en cuanto a funciones básicas como intención, atención e imitación, que es donde presentan dificultades, ya que esto representa las bases de la cognición y la socialización.

Lo que esta terapia trata de representar es que se desarrollen los juegos que van constituyendo una rehabilitación y esta centrado en conceptos de desarrollo psicológico natural.

La TID enfatiza en la puesta de funcionamiento de habilidades funcionales del niño, fundamentando su iniciativa en el ambiente de calma, reciprocidad y receptividad.

Los progresos se basan en la reciprocidad y el ritmo lo impone el niño, no el número de terapias o sesiones a las que acude. El mismo terapeuta aprende a través del contacto con el niño.

Se trata de una serie de ejercicios de corta duración, no es por más de media hora, se desarrolla en un área de juegos desprovista de cualquier estimulación que pueda llegar a afectar la atención del niño. Los ejercicios están propuestos en función de los intereses del niño. Se trata de secuencias de juego que implican la sensoriomotriciad, la postura, la imitación, la comunicación,

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Se alienta la búsqueda sistemática del intercambio con el terapeuta. Se solicita la participación de la familia en esos intercambios.

Durante la terapia de juego se organizan diferentes secuencias adecuadas al nivel y a los intereses para ejercitar las funciones de las que carece como la atención conjunta, imitación, intención, etc.

La secuencia y las sesiones deben ser previsibles: la misma persona, la misma hora, el mismo lugar, el mismo orden en cuanto a la presentación del juego así como el desarrollo de este.

Las mejoras que logra esta terapia en los niños autistas se ve en cuanto a la optimización en los comportamientos de aislamiento y retracción social.

Tratamiento Farmacológico

Según la Psiquiatra Izabelen Garza Gutiérrez adscrita al Hospital Psiquiátrico Infantil en su artículo “Manejo farmacológico del autismo” menciona que el tratamiento farmacológico en los niños con autismo se utiliza con el objetivo de manejar los problemas conductuales crónicos, basado en un algoritmo de grupos de síntomas. En la actualidad no hay ningún tratamiento específico para el tratamiento de autistas, esto debido a la heterogeneidad de este trastorno. La intervención farmacológica debe estar dirigida hacia comportamientos disruptivos que entorpecen la adecuada ejecución de medidas conductuales, ya que como se dijo anteriormente no hay un tratamiento específico, sin embargo, el medicamento se centra en resolver los síntomas principales:

En el cuadro No. 8 se muestran los medicamentos para cada síntoma del autismo.

Como se puede observar la risperidona es el antipsicótico más frecuentado en la prescripción del autismo.

La decisión de utilizar un ISRS es en base a la presencia de comorbilidad, existe evidencia limitada y contradictoria acerca del uso de antidepresivos en autistas.

45% de los niños y adolescentes y 75% de los adultos con TEA siguen tratamiento psicotropo

- Fármacos más frecuentes:
- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Estimulantes
- Estabilizadores del ánimo y anticonvulsivantes
- B-bloqueantes
- Agonistas α -adrenérgicos

El Tratamiento DIR

El Modelo DIR está basado en los nuevos hallazgos en el desarrollo del cerebro, los cuales han hecho posible ayudar a niños con necesidades especiales y sus familias a construir bases saludables para capacidades sociales, emocionales e intelectuales, más que enfocarse en conductas aisladas.

La parte D (Desarrollo) del Modelo describe cada paso en la construcción de esas capacidades. Incluye ayudar al niño a aprender cómo atender y permanecer calmado, a relacionarse con otros, a iniciar y responder a todos los tipos de comunicación, empezando con gestos sociales y emocionales, a vincularse en resolución de problemas sociales compartidos que involucren muchas interacciones consecutivas, usando ideas para comunicar necesidades, a jugar y pensar creativamente y a combinar ideas para pensar lógicamente en sucesivos niveles de complejidad para disfrutar las relaciones con pares y lograr habilidades académicas.

La parte I (Diferencias Individuales) del Modelo describe las maneras únicas y biológicas con las cuales cada niño recibe, responde y comprende las sensaciones tales como el sonido, el tacto, planifica y secuencia ideas y acciones. Algunos niños, por ejemplo son muy hiper reactivos al tacto y al sonido, mientras que otros son hipo reactivos, y otros, más aún, buscan estas sensaciones.

La parte R (Basado en las Relaciones) del Modelo describe las relaciones de aprendizaje (con cuidadores, educadores, pares, etc.) que son ajustadas a las diferencias individuales del niño para permitirle progresar en el logro de estas capacidades básicas.

Para el Modelo DIR es primordial el rol que tienen las emociones y los intereses naturales del niño, que han demostrado ser esenciales para las interacciones de

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

aprendizaje que les permiten a las diferentes partes de la mente y del cerebro trabajar juntas y construir sucesivamente niveles más altos de capacidades emocionales, sociales e intelectuales.

Floortime (o “juego circular”) es una técnica específica que conjuntamente sigue los intereses emocionales naturales de los niños, al mismo tiempo que lo desafía a tener logros cada vez mayores. Sin embargo, el Modelo DIR®/ Floortime™ es un marco comprensivo que permite a los profesionales y padres construir un programa ajustado a las fortalezas y desafíos únicos de cada niño. A menudo incluye, además de Floortime, ejercicios variados de resolución de problemas y generalmente, un abordaje de trabajo en equipo con Terapia del Lenguaje, Terapia Ocupacional, Programas Educativos y, cuando es apropiado, Intervenciones Biomédicas. El Modelo DIR además pone énfasis en el rol crítico de los padres y otros miembros familiares dada la importancia de sus relaciones emocionales con el niño.

Terapia Asistida Por Animales

El termino terapia asistida por animales (TACA) define dos tipos distintos de terapia. La más básica consiste únicamente en disfrutar de la compañía de una animal doméstico y sus beneficios se observan en un nivel físico y psíquico. El segundo tipo se trata de terapia de rehabilitación, auxiliada por un animal con un entrenamiento específico y coordinadas por un equipo médico multidisciplinario, son complementarias a otras terapias y/o rehabilitación.

La TACA no es una terapia que cure, pero mejora la calidad de vida y agiliza los procesos terapéuticos cuando son utilizados como terapias alternas a otras psicoterapias u otro tipo de rehabilitación, ya que se encuentran enmarcadas en las corrientes holísticas y ecológicas que promueven un mayor contacto con la naturaleza en su manifestación tanto vegetal como animal. (Salama, 2002).

Las TACA consiste en la interacción entre un terapeuta entrenado, un animal bien cuidado y una persona que pide ayuda; estas terapias son llevadas en conjunto con otras terapias y se trabaja junto con el profesional que trate habitualmente al paciente para observar los resultados y evolución de la terapia y los ejercicios. Generalmente se emplean como soporte a individuos con discapacidad o con problemas del orden psicológico.

Según Salama (2002) los efectos positivos de la compañía de los animales se pueden resumir en tres puntos fundamentales: estímulo psicológico, estímulo lúdico y estímulo físico.

Estímulo Psicológico.

Cuidar un animal mitiga sentimientos de soledad, llena los espacios vacíos de la vida. Un cachorro al que hay que atender supone un estímulo para salir del aislamiento y ofrece la posibilidad de abrirse al mundo exterior y restablecer las relaciones o para dar vida a nuevas amistades e intereses.

Los animales ayudan a personas que tienen baja autoestima, depresión, a cambiar el enfoque de su ambiente, logrando que estas personas piensen y hablen de los animales en vez de sus problemas.

Estimulo Lúdico.

Un cachorro es un compañero de juego que no solo contribuye a ahuyentar el aburrimiento, sino que también a que se abran a interactuar con los demás.

Los cachorros con sus juegos, y a veces con su extravagante comportamiento acentúan en buen humor. La comunicación con los animales es inmediata, saben escuchar, esperar y perdonar. Con un animal no se establece competitividad, no se genera ansiedad, porque el juego nunca adquiere la dimensión de competitividad o enfrentamiento. Más que un adversario, el animal es un compañero.

Estímulo físico.

Un importante mecanismo positivo es de orden físico; los animales son acérrimos enemigos de la pereza y suponen un excelente estímulo para el ejercicio y el movimiento, asear al animal, acelerar el paso para no perderlo de vista, son actividades físicas saludables y posiblemente más divertidas que el rutinario ejercicio físico de un instructor.

Terapias asistidas con perros.

El perro representa una gran dependencia al ser humano, aprende rápidamente, y tiene una gran disposición a la obediencia, estas características facilitan el trabajo y aumentan la capacidad de aceptación del paciente, debido a que su expresión espectacular del afecto hacia su amo hace que sean animales idóneos para personas con baja autoestima y que necesiten valorar las habilidades sociales.

Friedman (1980) encontró en sus investigaciones que la presencia de un perro como animal de compañía produce una disminución en la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial. El perro utilizado en terapias con niños autistas, tiene grandes beneficios, ya que este viene a ser un enlace del paciente con las personas: mundo inanimado-perro-persona.

La terapia con perros debe ser benéfica para niños: pequeños que no hablan, inhibidos, **autistas**, retraídos, obsesivos compulsivos, desorganizados, sumisos introvertidos y temerosos.

Terapia asistida con gatos.

La terapia asistida con gatos potencia el sentimiento de empatía, suele ser muy útil en personas con problemas mentales, personas que viven en situaciones críticas como reclusos o niños que viven en barrios marginales.

Acariciar a un gato, hablarle o leer en su presencia disminuye la presión arterial.

El contacto físico es muy importante para desarrollar la salud mental y fomentar el crecimiento emocional de la persona, este tipo de terapias suele ser muy eficaz con los niños y las personas con problemas de autoestima.

Tanto las cárceles como las residencias de ancianos o psiquiátricos no suelen ser lugares agradables y acogedores, la presencia de gatos puede invertir de forma significativa esta situación, de hecho, se ha comprobado que en las cárceles donde han entrado animales con esta finalidad, el nivel de violencia ha disminuido.

Muchas personas cuando están enfermas o atravesando situaciones difíciles, constantemente enfocan sus pensamientos en sus problemas, su dolor, al estar en contacto con animales es más fácil que varíe el enfoque y puedan dirigir sus pensamientos hacia el gato y el bienestar del animal.

Las personas con una autoestima muy baja mejoran mucho en la terapia asistida con gatos, estos felinos no emiten juicios y no prestan atención a nuestros defectos, se muestran tal y como son.

Los animales mejoran notablemente la comunicación entre el terapeuta y el paciente.

Terapia asistida con delfines.

Las ondas ultrasónicas que emiten los delfines generan endorfinas y otras sustancias que ayudan a mejorar la conexión entre las neuronas, y además incentivan el funcionamiento de ambos hemisferios cerebrales.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Los cambios neurológicos y neuroquímicos que se generan se traducen en diversos beneficios físicos, emocionales e intelectuales tales como mejoras en el sistema inmunológico, mejoras en la coordinación motora, en el estado de ánimo, el contacto social, y en el lenguaje.

Alivia trastornos nerviosos, sobre todo en niños. Es efectivo como tratamiento adicional en niños con Déficit de Atención con Hiperactividad. Ofrece resultados muy positivos en niños con síndrome de Down: A través de la terapia los niños aprenden de 2 a 10 veces más rápido que aquellos que no llevan la terapia y que en un 50% de los casos, podían retener tales lecciones incluso un año después de la terapia.

En los niños con autismo ayuda a mejorar su capacidad para prestar atención y por lo tanto optimiza los procesos de enseñanza.

Colabora en el tratamiento de personas con epilepsia. Mejora las condiciones de personas con problemas motores, auditivos y del lenguaje. Se ha observado por medio de la medición de las ondas cerebrales de los pacientes, que éstas cambian en presencia de los delfines hacia una armonización entre los hemisferios izquierdo y derecho del cerebro, lo que produce un estado de paz y relajación tal como sucede al realizar una meditación. Es por ello que la delfinoterapia también se utiliza para tratar la depresión, ansiedad y estrés.

El contacto con los delfines reduce el dolor y provoca que el sistema inmunológico se fortalezca, por ello se utiliza para las personas con enfermedades crónicas y terminales como el cáncer. También se aplica en adultos en proceso de desintoxicación de drogas, anorexia y bulimia. Proporciona mejoras en adultos con secuelas de infarto cerebral (muerte de tejido neuronal por falta de suministro de sangre) y traumatismo craneoencefálico (golpes por accidentes).

Terapias asistidas con caballos.

La TAA que se realiza con caballos, también conocida como hipoterapia o equinoterapia es muy popular y tienen una gran difusión. En la actualidad existen

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

diversos proyectos de investigación a diversos niveles que están refrendando el alcance y eficiencia de este tipo de intervención. Pero siempre han de estar entendidas como una intervención complementaria y no única. Tampoco debemos olvidar que equinoterapia no es montar a caballo, y es imprescindible la presencia de un equipo multidisciplinar con una adecuada formación y una intervención orientada al niño y en coordinación con el resto de terapeutas, de forma que se trabajen las carencias del niño de forma coordinada.

Muchos de los niños que han recibido este tipo de terapia han presentado cambios muy positivos, ya que en resumen se trabajan diferentes áreas tales como: Integración sensorial del niño, refuerzo de la psicomotricidad fina y gruesa, equilibrio y coordinación motora, refuerzo muscular y postural, comprensión de órdenes verbales y gestuales, potenciar la comunicación (funcional) del niño, sea esta verbal o no, refuerzo de la autoestima, confianza y capacidad de concentración, lateralidad, área cognitiva, social y emocional, refuerzo visual, uno de los aspectos más importantes está relacionado con el movimiento tridimensional del caballo, este movimiento rítmico es muy similar al movimiento humano, esta particularidad adquiere especial relevancia cuando hablamos de personas con discapacidades motoras o hipotonía muscular, ya que estimula músculos y articulaciones. A su vez, la temperatura del caballo (38º) aporta un aspecto sensorial extra; cuando el niño, por alguna razón se pone nervioso, se le tumba sobre la grupa del caballo para que se relaje. Además, si la intervención es adecuada puede ser una actividad muy divertida para el niño, no les aporta estrés, se practica al aire libre (salvo en el caso de estudios donde las intervenciones se realizan en picaderos cerrados para que el clima no sea un condicionante), se pueden trabajar actividades desde un punto de vista mucho más lúdico.

Terapia Ocupacional en el Autismo

Esta terapia va dirigida a mejorar el desarrollo motor. La terapia puede incluir: masajes, mecer, votar o tocar a la persona. El propósito de está es ayudar al niño a adaptarse al medio ambiente físico y social y dirigirlos a funcionar en forma efectiva.

Contribuye principalmente a la prevención, rehabilitación y mantenimiento físico, mental, social y emocional del individuo

Se utilizan programas de intervención basados en actividades con propósito, que faciliten una ejecución óptima y funcional en el paciente, su bienestar y calidad de vida. (George, 2009)

Además mejora las habilidades motoras tales como: cepillarse los dientes, alimentarse y escribir; trabaja las actividades motoras- sensoriales que incluyen el equilibrio (sistema vestibular); ayuda a estar consciente de la posición del cuerpo (sistema propioceptivo) trabaja en el tacto (sistema táctil).

Es importante destacar la ocupación principal en la niñez que es el juego. Esta ocupación es fundamental en la adaptación del individuo a su medio, en la medida que esta ocupación se vea interrumpida o poco desarrollada, el individuo va a empezar a experimentar sentimientos de insatisfacción, por lo tanto, debemos promover el juego en la vida del niño e involucrarlo en las actividades que estas realizan.

Dieta libre de gluten y Caseína.

Esta dieta consiste en restringir al niño alimentos que tengan estos compuestos, los cuales se encuentran principalmente en las harinas de trigo y en los lácteos. Aunque sus resultados son favorables solamente en algunos casos, es una buena opción a intentar por no tener efectos secundarios.

Hay quien afirma que la dieta GFCF puede mejorar sensiblemente el autismo, o incluso erradicarlo del todo. Por desgracia, un reciente estudio de un par de investigadoras norteamericanas de la Universidad de Rochester, parece desmentir esta hipótesis. El estudio es el más riguroso hecho hasta la fecha sobre el asunto.

Lo que han tratado de averiguar es, precisamente, si eliminando el gluten y la caseína de la dieta, niños diagnosticados como autistas (pero no celíacos), mejoraban en alguno de los indicadores que se utilizan para medir el autismo. El estudio está muy bien diseñado, tratando de aislar lo máximo posible otras variables distintas a la dieta, como medicamentos o tratamientos específicos.

Lo que hacían era introducir gluten o caseína a través de preparados y placebos (galletas), indistinguibles entre sí, de forma que ni los padres ni los propios niños sabían si estaban comiendo un producto con gluten o caseína, o sin él. Después de las comidas, se hacían tests que medían la respuesta del niño, sin que se encontraran mejoras significativas, ni en los aspectos específicos del autismo, ni en otros comunes con el resto de niños, como patrones de sueño.

Aunque no han encontrado que efectivamente los niños mejoren en sus índices de autismo, esto es importante para las familias que tienen hijos con esta condición. Cuando ocurre esto, en ocasiones, los padres pueden estar tentados a probar tratamientos que realmente no son efectivos, y lo que es peor pueden ser objeto de algún tipo de engaño pensando que sus hijos van a mejorar simplemente cambiando la dieta.

Conclusión.

Las terapias alternativas, no garantizan una cura en el individuo, sin embargo esta comprobado que le proporciona una mejor calidad de vida y resulta benéfica en cuanto a comunicación, sociabilidad, reduce el estrés, aceptación de uno mismo, permite un espacio para el juego, entre otras. Por lo tanto se recomienda el uso de estas terapias de una manera complementaria, es decir, no como la única opción.

Método

El tipo de investigación es documental, donde según Arias Fidias; la investigación documental o diseño documental “es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas, audiovisuales o electrónicas”.

Este tipo de investigación incluye varios aspectos (Reina, 1998):

- Indagación detallada del tema.
- Selección del material pertinente.
- Registro cuidadoso de la información.
- El ordenamiento de los datos conforme a los objetivos de investigación.
- La derivación lógica de las conclusiones y presentación clara.

El método utilizado fue mediante el análisis de textos expositivos:

Se recurrió a un análisis de textos expositivos especializados, el cual se logra mediante una lectura eficiente que consiste en interpretar la totalidad del contenido de un texto. Este tipo de texto pretende explicar o informar sobre algo, en el sentido de qué explicar es hacer comprender y no simplemente decir; lo que supone actuar sobre el otro a través del discurso: Está unido estrechamente a la comprensión, y esta al aprendizaje.

También se abordó un análisis comparativo, para dicha comparación se tomó en cuenta una serie de criterios, que permiten distinguir las características esenciales de cada uno de ellos y que posibilitan realizar interconexiones entre elementos fundamentales, como es la etiología, el diagnóstico, y el tratamiento, del autismo en los dos diferentes modelos anteriormente mencionados.

La investigación pretende lograr un alcance exploratorio y se llevó a cabo en las siguientes etapas:

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- a) Rastreo de la información: Se indagó a cerca de publicaciones en estudios recientes y revistas respecto al tema, se recolectó información bibliográfica correspondiente al autismo desde las dos posturas.
- b) Búsqueda de autores acordes a las necesidades epistemológicas, búsqueda de bibliografía en diferentes bibliotecas universitarias.
- c) Lectura y análisis textual en relación a las teorías psicoanalíticas: Se leyó a cerca de los diversos modelos teóricos desde el psicoanálisis en relación al autismo
- d) Lectura y análisis textual en relación al discurso médico: Se leyó a cerca de los diversos modelos teóricos desde el discurso médico en cuanto al cuadro espectro autista.
- e) Se integró la información recolectada en los capítulos correspondientes.
- f) Redacción a cerca de las relaciones causales entre las variables.
- g) Se elaboró introducción y conclusiones.

Discusión

“El autismo ya no es lo que era, ha quebrado su esplendido aislamiento y hoy en día es posible encontrarlo por doquier”

Coriat, 1999

El autismo es un trastorno controversial, ya que en la actualidad aun no existe un abordaje teórico y terapéutico donde los diferentes especialistas estén de acuerdo de forma global. Ubicar correctamente el diagnóstico y la etiología en algún trastorno, no tendría importancia si no fuera que lo que se piensa al respecto de esto guiará las propuestas y actos clínicos. Es decir, conocer la etiología es necesaria para poder determinar un tratamiento.

Existen una variedad de modelos para abordar el autismo pero dos de ellos son aquellos que dan una mayor profundidad en cuanto etiología, diagnóstico y tratamiento en el estudio del autismo, estos son el modelo médico y el modelo psicoanalítico.

Ambos modelos tienen objetivos distintos, tal es el caso del modelo médico, donde la prioridad se encuentra en la “normalización adaptativa” mientras que el psicoanálisis por su parte busca ayudar a sostener del lado del niño las condiciones de la experiencia que le permita desarrollar su Yo.

Estas dos posturas, realmente distintas entre sí, están fundamentadas con teorías, e investigaciones que se presentan a lo largo de la tesis.

Ya en el primer capítulo, se describían la trayectoria que ha cursado el autismo desde los primeros estudios documentados a través de la historia, hasta formar el cuadro actual, donde los teóricos desde un principio se han debatido esta pregunta dual que se presenta en cuestión a mente/cuerpo, tal es el caso de Jean Itard y Pinel, en el que desde este último se proclama un monismo donde lo único que impera es el cuerpo, Itard por su lado, establece que la parte social ejerce mayor influencia en el individuo.

Ya después, Eugen Bleuler introdujo el término autismo, y lo incluye como un síntoma fundamental en la esquizofrenia, negando ante todo cualquier similitud con el concepto

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

de autoerotismo de su contemporáneo Freud, ya que al hablar de autoerotismo se identifica más con lo psíquico.

.A principios de los años 40's los psiquiatras Leo Kanner y Hans Asperger, en estudios independientes unos del otro describieron esta patología coincidentemente conductas similares en grupos de niños, habiendo descrito un cuadro clínico independiente a la esquizofrenia infantil, que a la fecha sigue vigente. Sin embargo cabe resaltar que una de las principales características que introdujeron en este cuadro es el área afectada en cuanto a la función simbólica, y así mismo Kanner destacó características de las familias de los niños afectados por este padecimiento, esta cuestión es sostenida desde el discurso del psicoanálisis, sin embargo Asperger siempre pensó que esta condición se debía a factor genético.

A partir de los años 80's la medicina ha tenido un papel importante en el estudio de las alteraciones orgánicas dadas en el autismo ya sea en estudios genéticos, neurológicos, o a nivel cerebral, así como factores que se presentan antes o después del embarazo.

No obstante después de esta investigación documental no se encontró nada determinante y adecuado para determinar en base a ello un tratamiento adecuado, debido a que una gran mayoría de pacientes afectados de este trastorno, carecen de alteraciones biológicas, que incluso con la tecnología actual ya sea con técnicas de neuroimagen, resonancia magnética, EEG, mapeo cerebral etc. no alcanzan a ser determinadas. Existen las llamadas "condiciones básicas" que son descritas como aquellas posibles causas del autismo, que involucran a errores metabólicos, anormalidades cromosómicas, etc. sin embargo, esto tiene la particularidad de que también han sido halladas en niños sin autismo, es decir, tampoco son determinantes.

Otro aspecto del discurso médico, es el enfoque que se ha dado en cuanto a los discernimientos de clasificación ya que el DSM se ha postulado como la autoridad capaz de diagnosticar mediante sus criterios clasificatorios sin embargo al momento de proponer los criterios diagnósticos, estos toman conceptos que se han venido manejando a partir la psicología desde sus inicios, tal es el concepto de juego, simbolización, comunicación, etc. Desde esta postura, el concepto de autismo se ha

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

extendido a tal extremo que ha perdido sus bordes específicos y por lo tanto debido a esta generalización, muchos de los trastornos emocionales no especificados encuentran oportunidad en este trastorno para tener alguna certeza de lo que pasa con ellos, y por lo tanto lo adoptan como una patología propia.

El tratamiento desde el punto de vista médico consiste en el medicamento, sin embargo no hay un medicamento para el trastorno del espectro autista, sino que este se encuentra fraccionado en sus síntomas, y cada síntoma es recetado de uno o varios medicamentos. En este punto creo que es necesario aclarar que el medicamento bien administrado realmente sirve para opacar algunos de los síntomas como son manierismos, ecolalia, agresividad, etc, sin embargo el problema deviene cuando se utilizan medicamentos que impiden que el niño se manifieste de la manera que lo haría habitualmente, inhiben su particularidad, y desde esta particularidad precisamente, es de donde parte el psicoanálisis del autismo no es cada uno de estos factores, sino la integración de todos estos.

Desde el psicoanálisis el tema de diagnóstico se toma con mucha reserva, sobre todo en niños y adolescentes ya que se encuentran en un cambio constante y por esta razón los criterios diagnósticos descriptivos serán insuficientes para la comprensión del cuadro clínico lo que importa es lo que ocurre en su psiquismo y las potencialidades evolutivas que tiene ante sí.

La psicología es otra ciencia que ha estado al tanto del autismo sobre todo en etiología y tratamiento. Han surgido métodos y técnicas terapéuticas desde las que van enfocadas a lo sensoriomotor, pedagógico, comunicación, o bien aquellas que se apoyan con animales o se basan en algún tipo de alimentación, etc. Sin embargo en esta investigación aunque se toman en cuenta estos métodos, está enfocada principalmente a aquella corriente psicológica, que en lo personal parece ser más completo e interesante, el psicoanálisis, que pretende por medio de la intervención terapéutica, la afirmación de la subjetividad del paciente.

El psicoanálisis en el estudio del autismo se encuentra respaldado por teorías a lo largo de los años y de acuerdo a diferentes puntos de vista desde diferentes escuelas dentro

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

del psicoanálisis, los cuales se abordaron en este trabajo de investigación, tales son como Mahler, Klein, Winnicott, Melzer, Tustin, Betterhem, etc. al final los que estos psicoanalistas pretenden en el tratamiento del autismo es la emergencia del sujeto, que el niño autista exprese lo que desea y decida por sí mismo; que tenga un lugar propio en donde sus características individuales sean aquellas que lo determinen, en sí lo que busca es un sujeto con deseo.

Este trabajo tuvo por objeto presentar la etiología, diagnóstico y tratamiento desde los dos discursos, hacer énfasis en sus diferencias y defender los objetivos de cada uno de los tratamientos. Sin embargo al término de la investigación se llegó a la conclusión de que ambos discursos no solo se diferencian en esos tres aspectos, sino también en la manera de mirar al niño, a su familia y al autismo en sí. Quizá ambos busquen la salud mental del niño, pero el camino para llegar a ella resulta ser muy diferente en los dos modelos.

La información obtenida a partir del análisis de ambos discursos y modalidades terapéuticas permitió hacer una comparación entre ellas encontrando dos planteamientos totalmente distintos en un mismo padecimiento y esto repercute totalmente en las formas de abordar terapéuticamente este trastorno.

Concluyo con la frase de Daniel Cohen, aquel que descifró el código genético la cual hace alusión a la dualidad que sustenta esta investigación:

“El futuro de un ser no depende de su genoma, o de su entorno o del azar, sino de los tres depende a su vez”

Daniel Cohen

Sugerencias

"Cuando hayas acabado no habrás hecho más que empezar".

Ignacio González Vegas.

Una vez analizado el contenido teórico y los resultados encontrados en esta investigación, se cree necesario aportar soluciones como profesional en el campo de la salud mental que permitan dar respuesta a las interrogantes que se tienen a partir de un diagnóstico de autismo para ello se propone lo siguiente:

Considero necesario invitar a estudiantes y profesionistas del campo de la salud a relacionarse con información acerca del autismo, ya que al no estar informados, fácilmente pueden confundir esta condición con algún otro trastorno (como el retraso mental) y al no haber un diagnóstico acertado no se da el tratamiento adecuado que estos niños requieren.

En cuanto al cuidador primario del niño con autismo considero conveniente que acuda a un médico especialista, para descartar o intervenir en factores de riesgo a nivel orgánico como epilepsia, alergias, problemas en el tracto intestinal, o incluso para tratar estereotipas o autoagresiones, etc. Que se encuentran presentes en la mayoría de niños afectados por esta condición; sin embargo, para tratar el problema emocional y que el niño adquiera autonomía y sea un sujeto capaz expresar lo que quiere y decida por sí mismo, es conveniente seguir una terapia de enfoque psicoanalítico ya que este enfoque terapéutico toma en cuenta al sujeto, tal cual es, sus manifestaciones, más que ser conductas que se deben adaptar, se consideran como formas de expresión que deben ser tomadas en cuenta.

Otro aspecto que resultaría benéfico es que los especialistas den a conocer los casos clínicos realizados con el fin de mostrar a la comunidad estudiantil, las formas en que han sido trabajadas con los niños las diferentes terapias, resultados, y pronóstico de acuerdo a la contribución psicológica.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Es de importancia incrementar el acervo bibliográfico ya que, la literatura que existe es poca, o de autores de antaño, por lo que considero necesario actualizar información en bibliotecas de los centros universitarios.

También es menester que profesionistas en el campo de la salud proporcionen información sobre este padecimiento a docentes tanto de educación prescolar como en primarias a modo que exista una inclusión al grupo, ya que existe una exclusión total de niños con autismo en estos ámbitos escolares, tanto por parte de los profesores como de sus pares.

Por ultimo, se considera que para un mejor ejercicio de la práctica clínica es necesario retomar a niño como sujeto, y no solo identificarlo por sus síntomas, ya que “ningún autismo es igual a otro” y como dice Maud Manoni (1978) “Al querer tratar el síntoma, el niño es al que se rechaza”.

Anexos

Cuadro No. 1, RECOPIACION HISTORICA DEL AUTISMO.

Año	Autor	Aportación
1557	Johannes Mathesius	Relata la primera historia documentada de un joven de 12 años con características autistas.
1801	Philippe Pinel	Describe a un muchacho de 12 años de edad, que es "La imagen misma del idiotismo", da mayor peso a factores biológicos.
1807	Jean Itard	No refiere el padecimiento como cuestiones orgánicas sino con la privación sociocultural como consecuencia del aislamiento prolongado.
1911	Eugen Bleuer	Introdujo el término Autismo y lo situó como síntoma fundamental de la esquizofrenia.
1943	Leo Kanner	Descripción de 11 casos con autismo infantil precoz. Describió características comunes.
1944	Hans Asperger	Publicó un artículo donde sacó conclusiones para definir el aspecto clínico de la psicopatía autista.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuadro No. 2, Diferencias de los criterios del DSM-III y DSM- IV en el autismo.

	DSM-III	DSM-IV	DIFERENCIAS
Características esenciales/ primordiales	<p>*Falta de respuesta ante los demás. *Deterioro importante en las habilidades de comunicación.</p> <p>*Respuestas raras o extrañas a diferentes aspectos del medio ambiente.</p>	<p>Presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses.</p>	<p>En cuanto a las características primordiales claramente en ambos se hace una referencia al mal desempeño social de interacción con el otro, sin embargo existen ciertas diferencias, ya que en el DSM-IV se hace la aclaración escrupulosa acerca de que estos criterios pueden variar, según el nivel de desarrollo en el que se encuentre el sujeto, y se dice que no existe típicamente período alguno de desarrollo inequívocamente normal. Mientras que en el DSM III se describen incluso las edades, como un</p>

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

			<p>cronograma de las afectaciones.</p> <p>Además en este último aún se discute si pertenece o no a la esquizofrenia.</p>
Sintomatología asociada	<p>*Estado de ánimo que acostumbra a ser lábil.</p> <p>*Peligros reales no son apreciados adecuadamente.</p> <p>*40% CI por debajo de 50</p>	<p>Habilidades cognitivas irregulares.</p> <p>Lenguaje receptivo inferior al lenguaje expresivo.</p>	<p>En el apartado de sintomatología asociada en el DM-III se toma exclusivamente el estado de ánimo lábil. Donde se polarizan los síntomas, ya sea los estímulos, la risa o llanto, ya sea por un extremo en exceso y por el otro nulo.</p>
Edad	Antes de los 30 meses	Anterior a los 3 años de edad.	También existen diferencias en cuanto a la edad, ya que en DSM-IV se extendió a los tres años, anteriormente se manejaba hasta los 30 meses.
Curso	Crónico, con la especificación que algunos de estos niños	Sólo un 1/3 de los sujetos autistas llegan a vivir y trabajar autónomamente	El curso se amplía en el DSM-IV ya que anteriormente se

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

	pueden llegar a tener una vida independiente 1/6. Otro niño de cada 6 se adaptara a “medias” y los dos tercios sobrantes del total permanecerán con un déficit importante e incapacidad para llevar una vida independiente	en su vida adulta. Alrededor de un tercio de los casos alcanza algún grado de independencia parcial.	manejaba que solo 1/6 de la población podría llevar una vida independiente, a partir de 1990 se cree que 1/3 de la población tiene posibilidades de una vida independiente.
Complicaciones	Se presentan crisis epilépticas secundarias a un trastorno somático subyacente, alrededor de un 25%.	Alrededor del 25 % de los casos experimenta crisis convulsivas (particularmente en la adolescencia).	Como complicaciones tanto en DSM-III y DSM-IV se considera que alrededor del 25% presentan crisis epilépticas.
Prevalencia	“Un trastorno muy raro” (de 2 a 4 casos por 10,000) más común entre las clases socioeconómicas altas, aunque la razón de este hecho no es clara.	Los estudios epidemiológicos sugieren unas tasas de trastorno autista de 2-5 casos por cada 10.000 individuos.	En cuanto en la prevalencia, en DSM-III se piensa que es un trastorno exclusivo de las clases socioeconómicas altas, este criterio desaparece en el DSM IV sin embargo en ambos coinciden que se da en 2-5 casos por cada 10,000. Sin embargo

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

			estudios actuales se maneja la cantidad de 1/85.
Incidencia en cada sexo	3 veces más frecuente entre los niños que entre las niñas.	El trastorno se presenta en los varones con una frecuencia cuatro a cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas son más propensas a experimentar un retraso mental más grave	La incidencia en cada sexo, en ambos prevalecen la frecuencia mayor de niños a comparación de las niñas, aunque hubo una pequeña modificación, ya que en DSM III es más frecuente 3 veces en niños y en DSM IV es de 4 a 5 veces más frecuente en niños también.
Factores predisponentes	La rubeola materna, la fenilcetonuria, encefalitis, meningitis, y la esclerosis tuberosa. Se descartan factores interpersonales de tipo familiar.	Encefalitis, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, Síndrome del X frágil, anoxia connatal, rubéola materna.	Entre los factores predisponentes cabe resaltar que en DSM III se enuncia que quedan descartados los factores interpersonales de tipo personal, mientras que en DSM IV no se menciona.
Antecedentes familiares	50 veces mayor en los familiares de niños afectados que en la población en general.	Existe un riesgo significativo de trastorno autista en los hermanos de los sujetos afectados de	En ambos se dice que hay mayor predisposición en familiares afectados

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

		dicho trastorno.	de dicho trastorno.
diagnostico diferencia	<ul style="list-style-type: none"> *Retraso mental *Esquizofrenia infantil *Trastornos profundos de desarrollo de comienzo en la infancia *Déficit auditivo *Trastorno de desarrollo del lenguaje tipo receptivo. 	<ul style="list-style-type: none"> *El trastorno de Rett *Trastorno desintegrativo infantil *El trastorno de Asperger *La esquizofrenia *El mutismo selectivo *El trastorno del lenguaje expresivo *Retraso mental. 	

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuadro No.3, Diferencias de los criterios del DSM-V y CIE-10 en el autismo.

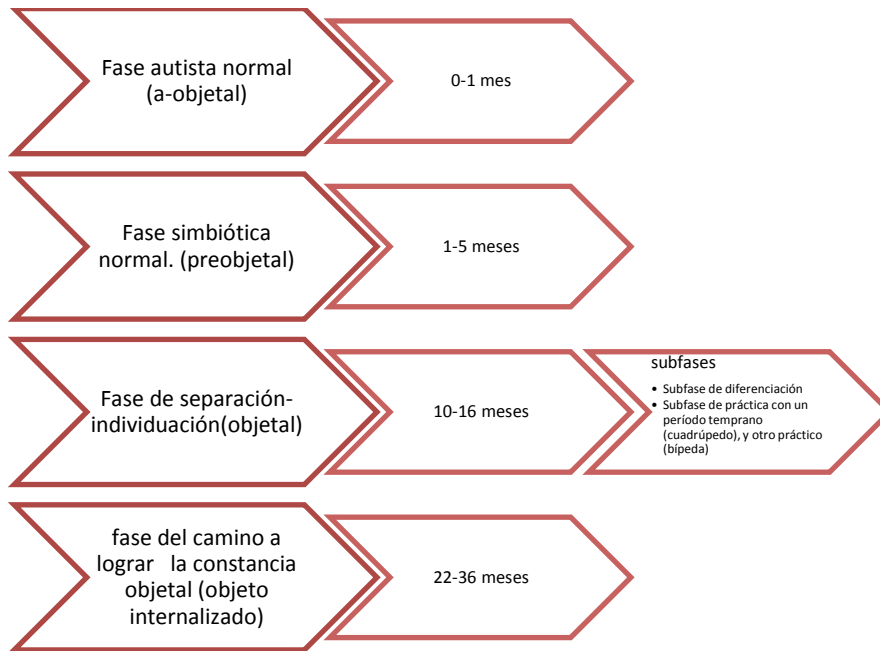
	DSM V	CIE 10
Nombre	Trastorno del espectro del autismo	Trastornos Generalizados del desarrollo.
Incluye:	El autismo, el síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado se encuentran ahora unidos bajo un mismo término: Trastornos del Espectro Autista (TEA). El Trastorno Desintegrativo Infantil y el Síndrome de Rett no pertenecen ya al Espectro.	El trastorno generalizado del desarrollo incluye: <ul style="list-style-type: none"> * Autismo infantil * Autismo atípico * Síndrome de Rett * Otro trastorno desintegrativo de la infancia * Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados * Síndrome de Asperger * Otros trastornos generalizados del desarrollo * Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación * Otros trastornos del desarrollo psicológico * Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado Cada uno como cuadro clínico único, no debe confundirse uno con otro.
Edad	No es necesario que los síntomas se presenten hasta los tres años.	La anomalía del desarrollo se manifiesta sólo a los tres años de edad o con posterioridad.
Niveles	Se consideran tres niveles según los apoyos que la persona requiere para su participación en los diferentes ámbitos	No aparece.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

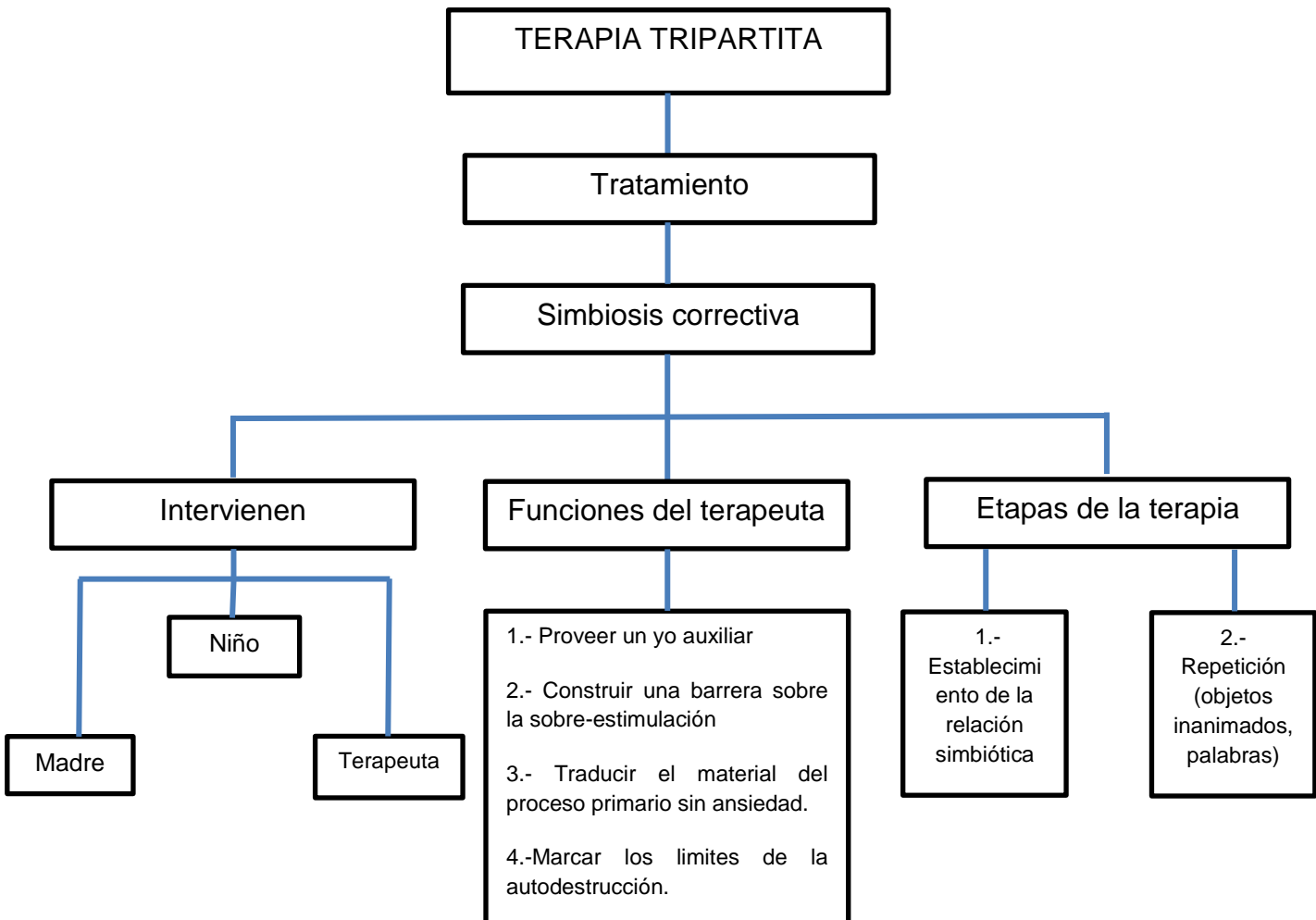
<p>Criterios</p>	<p>Déficits persistentes en la comunicación y en la interacción social</p> <p>Patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidas y repetitivas</p> <p>Los síntomas deben estar presentes en la primera infancia</p> <p>La conjunción de síntomas limita significativamente el funcionamiento cotidiano en las habilidades prácticas, conceptuales y/o sociales aplicadas en diferentes contextos.</p> <p>Los síntomas no se deben a discapacidad intelectual u otro desorden del desarrollo</p>	<p>Lenguaje receptivo o expresivo utilizado para la comunicación social.</p> <p>Desarrollo de lazos sociales selectivos o interacción social recíproca.</p> <p>Juego y manejo de símbolos en el mismo.</p>
------------------	---	--

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuadro No. 4 Fases descritas por Mahler.



Cuadro No. 5 Terapia tripartita de Mahler.



EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuadro No. 6 Etiología, diagnóstico y tratamiento al autismo desde posturas psicodinámicas.

AUTOR	ETIOLOGIA	DESARROLLO	TRATAMIENTO
MARGARET MAHLER	Resalta la importancia para el desarrollo psíquico como emocional del bebé que juega la figura materna, a la que responsabiliza del ulterior destino psíquico del infante, sin por ello renunciar a la posible participación de factores biológicos en el origen y desarrollo de la psicosis infantil, en la que destaca la retirada y fragmentación del yo infantil de un mundo externo que lo aliena y con el que interacciona primero de forma simbiótica, en un signo de confusa fusión con la figura materna, para después hacerlo en solitario una vez separado de la unidad dual que conformó durante un tiempo con su madre.	Para Mahler no existe un único estado psicótico en la infancia, había uno desde el punto de vista dinámico y otro genético por lo tanto distingue, dos tipos de psicosis instaurados en 4 fases donde cada fase es un periodo en que se hace una contribución diferente al desarrollo psicológico del individuo: -Fase autista normal. -Fase simbiótica normal. -Fase de separación e individualización objetal. -Fase del camino a lograr la constancia objetal. Esta autora cree que el autismo es consecuencia de un fijación o una regresión de la etapa autística normal.	El tratamiento propuesto por mahler es la "Terapia Tripartita" que es un proceso de simbiosis correctiva donde propone que intervengan el niño, la madre y el terapeuta, para proveer de un yo auxiliar al menor.
Bruno Bettelheim	El autismo infantil nace del convencimiento original de que uno no puede hacer absolutamente nada respecto a un mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea y esto solo de manera frustrante. La causa que origina el autismo sería la correcta interpretación que el niño hace de los sentimientos negativos (odio y rechazo inconsciente) de las personas que lo rodean, de los que por su inmadurez no puede defenderse. "El autismo infantil es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir en una	Piensa al autismo como una defensa muy temprana. Algo irrumpe o impide que siga funcionando en ese bebé. Describe la desconexión como un muro que está rodeando un vacío y si alguien trata de entrar, se solidifica esa estructura, se hace más fuerte; si se insiste, se produce una desestructura, y el chico puede entrar en pánico. Si no hubiera una estructura no habría ningún tipo de reacción. El autismo se ve caracterizado por el tránsito del sujeto por distintos periodos críticos evolutivos. Así, el primero de ellos se localizaría	Bettelheim basado en sus ideas de rechazo inconsciente por parte de los padres piensa en medio ambiente institucional especial donde los niños recuperen la estima propia que había perdido. Por lo tanto Bettelheim propone la separación del niño de su grupo familiar y la sustitución del mismo por el

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

	<p>situación extrema y totalmente sin esperanza” Se opone a la teoría etiológica organicista de una causa psíquica.</p>	<p>durante los primeros 6 meses de vida extrauterina, antes del advenimiento de la angustia del octavo mes y del subsiguiente temor a los extraños, abarcando el segundo del sexto al noveno mes, en el que el niño se reconoce a sí mismo como a otros, abandonando toda tentativa de interacción social si su búsqueda/demanda resulta fallida, situándose el tercero entre los 18 meses y los 2 años, en el que, junto al repliegue afectivo de la figura materna, decide también retirarse física y emocionalmente de la realidad externa circundante.</p>	<p>dispositivo institucional donde las herramientas básicas para el trabajo eran la escucha y el respeto del menor.</p>
MELANIE KLEIN.	<p>Piensa la patología grave como el modo en que el Yo temprano hace frente a las exigencias de las pulsiones, en donde las primeras etapas de la vida infantil ponen en juego angustias y mecanismos de defensa “psicóticos”. La detención del desarrollo en estas posiciones, o la regresión a ellas, resultarían patológicas tanto en la infancia como en la vida adulta.</p>	<p>Klein elabora la teoría de las posiciones, -Posición depresiva -Posición esquizo-paranoide, Son aspectos esenciales donde la mente es un espacio poblado por objetos internos que interactúan a través de los procesos de proyección e introyección, y la lucha pulsional entre sentimientos a amor y odio. El autismo aún no estaba clasificada como una patología independiente, sino que era englobada en la psicosis infantil por lo tanto sería una regresión o detención en la posición esquizo-paranoide.</p>	<p>Como tratamiento Klein introdujo a la práctica psicoanalítica el juego infantil, analizando niños aceptando sus juegos, dramatizaciones, expresiones verbales y sueños como material igualmente significativo, a través de ellos explora sistemáticamente las fantasías conscientes e inconscientes de los pequeños, analizando esto si encuentra inhibición, explorar las causas de dicha inhibición.</p>
DONALD	Este analista da mayor	Winnicott enumera categorías	Considera la terapia

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

WINNICOTT	<p>importancia a la influencia ambiental (materna) en el desarrollo emocional temprano del bebé.</p> <p>Winnicott consideraba al autismo como desarrollos defensivos contra el caos externo o interno y no tanto una detención en el desarrollo normal, es una organización defensiva inmensamente sofisticada, construcción desarrollada por el niño para protegerse del ambiente.</p> <p>El desarrollo patológico precoz estaría estrechamente conectado con la fallida instauración de una relación con la realidad externa, que comporta la escisión entre el verdadero self oculto en un estado de conexión interna, y un falso self que se organiza para mantener controlado el mundo externo.</p>	<p>para clasificar a las familias con mayor o menor posibilidad de producir alguna psicopatología en los niños</p> <p>El desarrollo emocional debía considerarse como un línea de progresión en que lo arcaico definía las características de lo porvenir.</p> <p>En función de estos criterios, y respecto de la patología grave, el primer signo que Winnicott establece es la pérdida de un marco familiar que haya provisto lo necesario. A los niños afectados de esta falta los caracteriza como deprivados</p>	<p>como la superposición de dos áreas de juego: la del paciente y la del terapeuta. El intercambio se da en la zona intermedia o espacio transicional creada por ambos participantes. A partir de estos postulados, en la clínica infantil desarrolla una modalidad de terapia alternativa: la consulta terapéutica. Y una técnica de dibujo (aunque prefiere hablar de juego) complementaria: el juego del garabato.</p>
DONALD MELTZER	<p>Meltzer observa que dadas las ansiedades depresivas que madre-hijo sienten uno hacia otro, y ante las que el niño crea, a modo de defensa, una predisposición obsesiva, sirviéndose para ello de las fantasías de control omnipotente de los objetos, expresan la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental, la cual ha sido traducida en nuestra lengua como desmentalización, a la que podría considerarse un caso extremo de desmantelamiento.</p>	<p>Especificó al autismo en un mecanismo particular de escisión.</p> <p>Asimismo, contribuyendo al retraso evolutivo vivenciado por los niños autistas, señalan la incapacidad que éstos poseen para diferenciar las cuatro áreas integrantes de la fantasía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interno o externo al self. • Dentro y fuera del objeto. <p>También, aunque propia de las formaciones delirantes, se incluye dentro de la geografía de</p>	<p>Al analizar los fenómenos transferenciales y contratransferenciales Meltzer cuenta con el deseo del niño de hacer depositario de sus cuidados y operaciones mentales al objeto externo, frente al que se coloca en una posición de absoluta dependencia, retirándose autísticamente si juzga que el terapeuta fracasa en la función yoica que le ha impuesto, exhibiendo una reacción normal de rabia ante la</p>

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

		la fantasía el no-lugar. Cabe señalar, no obstante, que tal proceso de no diferenciación entre áreas sucede en una etapa evolutiva muy temprana, sin afectar a otros trastornos mentales, ubicando el citado proceso quienes lo formulan previamente a que acontezcan las confusiones geográficas originadas por la identificación proyectiva masiva.	desobediencia de aquél a un control tiránico omnipotente.
FRANCES TUSTIN	Comparte con Winnicott el valor que el medio posee en términos de producción de autismo patológico, caracterizando como elementos etiológicos la falta (total o parcial) de cuidados elementales. Estos también pueden deberse a incapacidades del niño, del tipo de la sordera, la ceguera, la incapacidad mental. "Los pequeños necesitan de sus padres y, en particular, de una madre que se halle capacitada para soportar las dificultades y frustraciones inevitables derivadas de su diferenciación del mundo externo, y asociadas a diferenciaciones intrapsíquicas. Los padres, o un miembro de la pareja que sea demasiado maleable, pueden impedir que los citados procesos se desarrollen satisfactoriamente".	Esta autora propone la clasificación del autismo en tres grupos: el autismo primario anormal, resultado de una carencia afectiva primordial y caracterizado por una indiferenciación del cuerpo del niño y el de la madre; el autismo secundario de caparazón, correspondiente en términos generales a la definición de Kanner, y el autismo secundario regresivo, que sería una forma de esquizofrenia basada en una identificación proyectiva.	Interpretación de dibujos y moldeados

Cuadro No. 7 Criterios para el diagnóstico del autismo:

SOCIAL	COMUNICACION	CONDUCTA
1.-Alteración cualitativa de la interacción social manifestada al menos por dos de las siguientes características	2.- Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características	3.- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas, manifestada al menos por dos de las siguientes características
a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son:	a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de	a) Preocupación absorbente para uno o mas patrones estereotipados y

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.	intentos para comenzar mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica)	restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
b) Incapacidad para: Desarrollar relaciones con compañeros al nivel de desarrollo.	b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una comunicación con otros.	b) Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos.	c) Utilización de estereotipada y repetitiva del lenguaje idiosincrático.	c) Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
d) Falta de reciprocidad social o emocional.	d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del desarrollo.	d) Preocupación persistente por partes de objetos.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Cuadro No. 8 Medicamentos de síntomas en el autismo.

SINTOMA PRINCIPAL	MANIFESTADO EN CONDUCTAS	MEDICAMENTO
Alteración del movimiento	Estereotipas, manierismos y tips.	Risperidona, haloperidol, olanzapina
Síntomas psicóticos	Ideas delirantes de daño, Alteraciones en la sensopercepcion	
Alteración en el control de impulsos	Agresividad y autolesiones	
Afectivos	Alteración, ciclo sueño-vigilia, aislamiento, enuresis, labilidad	ISRS(inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) Imipramina, melatonina
Ansioso	Resistencia al cambio, rituales, pensamientos repetitivos, TOC, miedo excesivo	ISRS (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina) Imipramina.
Hiperquinesia	Hiperactividad, impulsividad, atención deficiente	Metilfenidato, atomoxetina

Bibliografía.

- Aberastury, A. (1984). *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Annoni, g. (2011). *Autismo Infantil una clinica desde el psicoanalisis*. Santa Fé: Homo Sapiens ediciones.
- Artigas-Pallares, J. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1-3.
- Association, A. P. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatric.
- Atienza, F. D. (2001). BASES BIOLÓGICAS DEL AUTISMO Y TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS. *Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño Adolesc*, 18-30.
- Bettelheim, B. (1967). *La fortaleza vacía: autismo infantil y nacimiento del yo*. . Barcelona: Paidós.
- Bettelheim, B. (2010). *No hay padres perfectos*. Barcelona: Critica.
- Bleichmar, N. (2010). *El psicoanalisis despues de Freud*. D.F.: Paidós.
- Bleuler, E. (1960). *Demencia Precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Rio de Janeiro: Horne.
- Buchmayer, S. (2009). Can association between preterm birth and autism be explained by maternal or neonatal morbidity? *Pediatrics*, 124.
- Cardoze, D. (2010). *AUTISMO INFANTIL REDEFINICIÓN Y ACTUALIZACIÓN*. Sevilla: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro .
- Cassiari, A. (2010). Modelos en Psicopatología. 27.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- Cattaneo, L. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 9-12.
- Charles W. Popper, R. J. (2011). *Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*. Buenos Aires: Nature.
- Choto, M. C. (2007). Autismo Infantil: El estado de la cuestion. *Revista de ciencias sociales (cr)*, 169-180.
- Coleman, M., & Gillberg, C. (1989). *Bases biológicas del autismo*. Barcelona: Masson.
- Cross, J. (2005). Autism spectrum disorders in children with temporal lobe epilepsy. In *Arzimanoglou*, 67-74.
- Cuxart, F. (2000). *EL AUTISMO: aspectos descriptivos y terapeuticos* . Malaga: ALJIBE.
- Damasio, A. (1994). Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 72.
- Díaz Atienza, F. (2001). Bases Biológicas del Autismo y Tratamientos Farmacológicos. *Psiquiatría y Psicología del Niño y Adolescente.*, 18-30.
- EGGE, M. (2008). *El tratamiento el niño autista*. Buenos Aires: Gredos editorial.
- Etchegoyen, R. H. (1975). *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. . Buenos Aires: Paidós.
- Folstein, S., & M. Rutter, J. (1977). Child Psychol. *Psychiat*, 297-321 .
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidos.
- Garcia, E. G. (2007). *Nuevas Perspectivas Científicas y Filosóficas Sobre el Ser Humano*. Madrid: Universidad Pontifica Comillas.
- George, J. (2009). *El manual del autismo*. British Columbia: Book Publishers.
- Glasson, E. J. (2004). Perinatal factors and the development of autism: a population study. *Archive of* . *Archive of General Psychiatry*, 61.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

Iacobon, M. (2009). *Las neuronas espejo: Empatía, neuropolítica, autismo, imitación, o de cómo entendemos a los otros*. Madrid: Katz editores.

Imach, S. C. (2009). La hora del juego diagnóstica. *Revista oficial de la asociación iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 53.

Itard, J. (1982). *Memoria e informe sobre Victor de l'Aveyron*. Paris : Alianza.

Jean Itard, P. P. (1978). *El salvaje del Aveyron: psiquiatría y pedagogía en el iluminismo tardío*. Buenos Aires: C.E.A.L.

Juul-Dam, N., Townsend, J., & Courchesne, E. (2001). Prenatal, Perinatal, and Neonatal Factors in Autism. *Pediatrics*, 67.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 217-230.

Kanner, L. (1957). *Child Psychiatry*. California: Thomas.

Klein, M. (1990). *La psicoterapia de la psicosis*. . Buenos Aires: Paidós.

Klein, M. (1990). *Psicoanálisis en niños*. Buenos Aires: Paidos.

Leaf, R., & McEachin, J. (2000). *Esperanzas para el autismo y dificultades de comportamiento y aprendizaje*. Catagena : E.S.C.O.

Lindsay, J., Ounsted, C., & P., R. (1979). Long-term outcome in children with temporal lobe seizures. . *III: Psychiatric aspects in childhood and adult life*. , 21.

Mahler, M. R. (1949). Clinical Studies in Benign and Malignant Cases of Childhood Pychosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 295-305.

Malher, M. (1952). Autistic and Symbiotic Infantile. *On child psychosis and schizophrenia*.

Margaret Mahler, J. M. (1971). *Separation-individuation*. Minnessota: International Universities Press.

EL AUTISMO DESDE DOS ENFOQUES: MODELO MÉDICO Y MODELO PSICOANALÍTICO.

- Mascotena, M. (2007). Abordajes educativo-terapéuticos para niños con TGD. *Actualidad psicológica*, 13-16.
- McLellan, A. (2005). Psychopathology in children with epilepsy before and after temporal lobe resection. *Dev Med Child Neurol*, 47.
- Meltzer, D. (1975). *Exploración del autismo*. Buenos Aires.
- Meltzer, D. (1984). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Montevideo: Paidós.
- Pizarro-Castellanos, M. (2008). Diferencias neurocognitivas entre las epilepsias parciales. *Departamento de Calidad de Atención Hospitalaria, Hospital Infantil de México Federico Gomez*, 271-283.
- Ramachandran VS, O. L. (2006). *Broken mirrors: a theory of autism*. London: Sci Am.
- Rapin, I. (2006). *Autism: a neurological disorder of early brain development*. London: Mac Keith Press.
- Reina, S. G. (1998). *Manual de redaccion e investigacion documental*. México: trillas.
- Rizzolatti G. (2009). Neurons and their clinical relevance. . *Nat Clin Pract Neurol*, 24-34.
- Roudinesco, E. (2004). *La familia en desorden*. Barcelona: Anagrama.
- Roulet-Pérez, E., & Deonna, T. (2006). *Autism, epilepsy and EEG epileptiform activity*. . London: Mac Keith Press.
- Rutter, M. (1970). Psycho-social disorders in childhood, and their outcome in adult life. *J R Coll Phys Lond*, 211.
- Salama, I. (2002). Los beneficios de los animales de compañía en las personas. *Animalia*, 15.
- Schumann, C. (2004). The amygdala is enlarged in children but not adolescents with autism. *Neurosci*, 24.

- Stepansky, P. E. (1988). *The Memoirs of Margaret S. Mahler*. New York: The Free Press.
- Torro, S. P. (1997). *La educacion de los alumnos con necesidades educativas educativas, graves y permanentes*. Mudeco: Generalitat valenciana.
- Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona: Paidós.
- Tustin, F. (1984). *Estados autísticos en los niños*. Barcelona: Paidós.
- Weinstock, M. (2007). Gender differences in the effects of prenatal stress on brain development and behaviour. *Neurochemical Research*, 32.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Buenos Aires: Paidos.
- Winnicott, D. (1958). *Collected Papers (citado por Tustin en la obra comentada)*.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.
- Winnicott, D. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas II*. Buenos Aires: Paidós.
- Yunta, J. A. (2005). *Guía médica y neuropsicológica del autismo*. Barcelona: Fundació Autisme Mas Casadevall.