

01985 3

2ej.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PSICOSIS INFANTILES Y DESARROLLO
NEUROLOGICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A
MARGRIET BOOM DIAZ DE LEON**

DIRECTOR DE TESIS: DRA. TERESA GUERRA TEJADA.
COMITÉ TUTORAL: DR. JOSÉ CUELI GARCÍA.
DR. JOSÉ DE JESÚS GONZ. NUÑEZ.
DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ M.
DRA. ISABEL REYES LAGUNES.
DRA. MA. ELENA MEDINA MORA.
DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ.



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA**

MEXICO, D.F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

[Firma manuscrita]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***A mi esposo Armando y a mis hijos Armando, Pablo y Ana,
por la hermosa cotidianeidad que compartimos,
con todo y sus pequeños percances.***

***A la memoria de mi padre,
quien me regaló el gusto por la vida.***

***A todos y cada uno de mis amigos,
por su preciosa compañía.***

***A mi madre y mis hermanos,
por toda la historia compartida.***

***A mis pacientes,
por todo lo que hemos aprendido juntos
y la confianza que han depositado en mi.***

***Al Dr. Federico San Román,
por toda su enseñanza a través de la
resignificación de tantas cosas.***

AGRADECIMIENTOS.

Antes que nada quisiera agradecer a mi esposo, Armando, por todo el apoyo para la realización de esta tesis, no sólo como interlocutor con quien discutir y repensar las ideas, sino como alguien que me ayudó a creer que este proyecto era posible.

Al equipo del IINEDEC, muchísimas gracias por toda la generosidad con la que comparten sus conocimientos, en especial al Dr. Luis Carlos Aguilar Cobos, que con tanta sencillez y claridad me participó de sus descubrimientos, tan valiosos, y me hizo sentir siempre que mis aportaciones podían ser de utilidad. A Patty Rosique, brillante neuropsicóloga y amiga, quiero agradecerle el haber enriquecido, de manera sustancial, mi comprensión de algunos de los fenómenos mentales. Al Ingeniero Sergio Cruz, mil gracias por toda la ayuda en el proceso de aproximación a la evaluación electroencefalográfica y de potenciales evocados y por todo el cariño que pone en su trabajo, lo que me permitió acercarme a aspectos no sólo de la técnica sino también de la importancia que guarda una actitud de la calidez y comprensión hacia el paciente que atraviesa por este proceso evaluativo. A Ricardo Gonzalez, por toda la ayuda en la obtención de datos y trabajo con expedientes, así como por su buen humor, que hizo de esto un trabajo divertido.

Al Dr. Alfaro, por su asesoría en los aspectos matemáticos.

A mi amiga Soledad Orozco, por haberme puesto en contacto con este grupo y haber participado en el inicio de este proyecto, emocionándose conmigo ante la posibilidad de realizarlo.

A la Dra. Tere Guerra, Directora de la tesis, un especial agradecimiento por su disponibilidad y confianza; por haber dirigido esta tesis permitiendo el cuestionamiento y la búsqueda de nuevas alternativas.

Quiero agradecer también de manera muy importante a la Dra. Mary Corsi, que sin tener la responsabilidad directa de la asesoría de la tesis, la revisó con detenimiento y me hizo sugerencias muy importantes para su realización, informándome además de la existencia de trabajos e investigaciones recientes relacionadas con el tema.

Tuve además la suerte de contar con un valioso grupo de sinodales que se abocaron a la verdadera tarea de revisar el contenido de la tesis, cuestionándola y enriqueciéndola. Quiero agradecerles su disponibilidad para hacer estas revisiones a pesar de la distancia y compartir conmigo su experiencia de trabajo. Al Dr. José Cueli García, al Dr. José de Jesús Gonzalez Nuñez, nuevamente a la Dra. Teresa Guerra, a la Dra. Emilia Lucio, así como a la Dra. Isabel Reyes Lagunes muchísimas gracias a todos y cada uno por sus importantes aportaciones. Igualmente quiero agradecer a la Dra. Ma Elena Medina Mora y a la Dra. Luisa Rossi la revisión del borrador.

Conté además con la sustancial ayuda de colegas y amigas tanto en la realización de tareas concretas como en el intercambio y aportación de ideas y sugerencias. Gracias a la Psic. Denisse Cámara, a la Psic. Nina Mosti, a la Dra. Clara Sunderlan y a la Psic. Magdalena Zúñiga de Deguetao (+).

Mi amiga, la D.G. Josefina Serna de Acosta fue quien realizó con paciencia y dedicación el trabajo de regravación y edición de las tomas de video, dedicando horas de trabajo a esta tarea, lo cual le agradezco enormemente.

Al Dr. Federico San Román, y a la Dra. Catina Palma muchas gracias por su acompañamiento en este proceso y por su escucha.

A mi hermana, Psic. Genoveva Boom quiero darle las gracias de manera muy especial, por la ayuda en múltiples y variadas tareas relacionadas con la realización de la investigación, lo mismo que a mi cuñada, la Mtra. en Comunicación Ma. Isabel Diaz Alonso. Gracias a todos ellos por que hicieron posible la realización de este trabajo.

A mi papá, Dr. Ramón Boom (+), gracias por el tiempo que encontró entre sus múltiples tareas para ayudar a su hija a hacer los trámites necesarios para poder llegar a este punto. Me encantaría que estuvieras aquí con nosotros, pero estoy segura que desde algún lugar lo compartes conmigo.

Quisiera aclarar que a pesar de que son numerosas las gentes a quienes les debo aportaciones importantes en la realización de esta tesis, y que muchas de las ideas surgieron precisamente en la riqueza del intercambio, asumo completamente la responsabilidad por lo que aquí se plantea.

Finalmente hay una serie de gentes, muy importantes, que aunque no participan directamente en la realización del trabajo, lo permiten a través de su apoyo, cariño y confianza. Gracias a mis amigas : Lic. Ana Cecilia Quevedo, Lic. Cristina Román, Lic. Silvia Lucio, Lic. Ma Luisa Casillas, Psic. Izar Castro, Ivette Wannan, Alisha Velasco, Gabriela Shoer, Alejandra Servi de Gonzalez y Mercedes Cuevas de Gonzalez . Muchas gracias.

INDICE

RESUMEN.....	6
SUMMARY.....	8
I - PRESENTACIÓN.....	11
II- INTRODUCCIÓN.....	17
A)Resultados de la aplicación del FGF en distintos trastornos.....	20
B)Aspectos generales de la obtención del FGF.....	23
C)Reflexiones en torno a algunas cuestiones éticas relac. con el trat.	26
III- JUSTIFICACIÓN.....	28
IV- MARCO TEÓRICO.....	33
A)La teoría de Malher.....	34
B)El concepto de series complementarias en Margaret Malher.....	36
C)Psicosis infantiles.....	38
D)Desarrollo emocional.....	50
E)Un narcisismo seriamente lastimado.....	54
V- PLASTICIDAD CEREBRAL.....	56
A)Breve síntesis de la evolución de las neurociencias.....	57
B)Del enfoque localizacionista al enfoque fisiológico.....	59
C)Plasticidad sináptica.....	64
D)Reparación, recuperación y plasticidad.....	67
E)Factores endógenos de crecimiento y reparación.....	68
F)Edad, tiempo y plasticidad.....	69
G)Algunas reflexiones alrededor del tema.....	71
VI- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	73
A)En relación al diagnóstico.....	76

B) En relación a la evolución.....	76
C) En relación a las distorsiones en la experiencia ocasionadas por las limitaciones neurológicas.....	76
VII- HIPÓTESIS.	
A)En relación al diagnóstico.....	77
B)En relación a la evolución.....	77
C)En relación a las distorsiones en la experiencia cond. por las limitaciones neurológicas.....	78
VIII- METODOLOGÍA.	
A)Muestra poblacional.....	80
B)Diseño cuasi-experimental.....	83
C)Instrumentos de evaluación.....	83
D)Procedimiento experimental.....	84
E)Criterios de evaluación.....	85
F)Procedimiento de evaluación.....	88
G)Información complementaria.....	89
H)Análisis de resultados.....	90
IX- RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	91
A)Vaciado de resultados por cada uno de los casos evaluados.....	91
B)Vaciado de datos por criterio terapéutico. Tratamiento con factor vs No tratamiento con factor.....	97
C)Vaciado de datos por criterio terapéutico. Terapia psicoanalítica vs no terapia psicoanalítica.....	103
D)Paciente recibiendo terapia emocional y neurológica vs pacientes recibiendo sólo un tipo de terapia.....	109
X-INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	115
A)En relación al diagnóstico.....	115

B)En relación al tratamiento.....	116
C)En relación a las distorsiones en la experiencia condicionadas por las limitaciones neurológicas.....	118
D)En relación a la información complementaria.....	123
XI- TRATAMIENTO	
A)Criterios básicos.....	124
B)Niveles de intervención.....	132
C)Proceso de recuperación.....	134
D)Autonomía e individuación.....	139
E)Pronóstico y edad de tratamiento.....	141
XII- CONCLUSIONES.....	143
XIII -EPÍLOGO.....	145
APÉNDICE	147
Entrevista a padres.....	148
Entrevista de juego.....	154
Hoja de registro.....	155
Cartas reconoc. IINEDEC.....	156
BIBLIOGRAFÍA.....	160
APÉNDICE.....	147

PSICOSIS INFANTILES Y DESARROLLO NEUROLÓGICO

RESUMEN.

En este trabajo se compara la evolución de 10 pacientes con psicosis infantil, que siguieron distinto tipo de tratamiento.

Para la comparación de los resultados se hicieron cuatro grupos :

- G1 n=3 : recibiendo tratamiento con el "factor de crecimiento fibroblástico" (FGF) subcutáneamente (en una dosis de 0.01mg/kg cada dos semanas) y terapia psicoanalítica dos veces a la semana.
- G2 n=3 : recibiendo terapia psicoanalítica como único tratamiento dos veces a la semana.
- G3 n=3 : recibiendo FGF como único tratamiento.
- G4 n=3 : este paciente no aceptó ningún tipo de tratamiento.

La evaluación de los resultados se basó en el análisis de la videogravación de los primeros cinco minutos de la sesión, registrando la presencia/ausencia de comportamientos autísticos (psicóticos) vs mejoría en el contacto social (capacidad de vinculación). Los ítems fueron : **contacto visual, tolerancia a la cercanía física, pauta primordial de comunicación, interacción en el juego, tipo de juego y uso del material.**

La evaluación se realizó antes y después de seis meses de tratamiento y los resultados se compararon a través de la prueba de "chi cuadrada".

Las principales diferencias aparecieron cuando :

1) Los resultados se totalizaron en dos grupos :

- GA n=6 : recibiendo FGF (sin importar si recibía o no algún otro tipo de terapia).
- GB n=4 : no recibiendo FGF (sin importar si recibía o no algún otro tipo de terapia)

El GA mostró una importante mejoría en la capacidad de vinculación y una baja significativa en el comportamiento autístico.

Tanto **el contacto visual**, como **el uso de materiales** mostraron una mejoría significativa en el grupo que recibía FGF. La "chi cuadrada" mostró una diferencia entre los grupos con 99% de confiabilidad.

La tolerancia a la cercanía física mostró también una importante mejoría también en este grupo. Aplicando la prueba de "chi cuadrada" se apreció una diferencia significativa con 95% de confianza.

En cuanto al **uso de material** pudo apreciarse un decremento dramático en la utilización bizarra del material que caracteriza al niño psicótico. La tendencia parece apuntar hacia una utilización simbólica del material.

Este aspecto es extremadamente importante en el desarrollo del proceso secundario y permite afirmar que ha habido un cambio cualitativo en la manera de procesar la experiencia. Esta mejoría fue significativa con un nivel de 99% de confianza.

2) En la comparación entre aquéllos que recibían ambos tipos de terapia (FGF y terapia psicoanalítica) contra aquéllos recibiendo sólo algún tipo de atención terapéutica (FGF ó psicoanalítica) se demostró una diferencia significativa en tres de los ítems : **contacto visual, tipo de juego y uso del material.**

Puede así concluirse que el tratamiento con FGF favorece el desarrollo del contacto social (capacidad de vinculación) y disminuye el comportamiento psicótico, y que el

recibir ambos tipos de tratamiento mejora enormemente el pronóstico de evolución del paciente debido a que el tratamiento emocional se constituye en una importante herramienta ya que :

- 1. Ayuda a los padres a poder sostener el tratamiento.**
- 2. Ayuda a la familia a comprender el proceso tan complejo que el paciente está atravesando.**
- 3. Actúa como catalizador y promotor de cambios muy importantes en la psicodinamia tanto del paciente como del grupo familiar.**
- 4. Constituye un espacio para la elaboración de las fantasías primitivas que se han generado en la experiencia emocional caótica que el pequeño ha sufrido.**

Sin el FGF y solamente con el tratamiento emocional estos cambios, como se pudo ver en lo resultados de la presente investigación, son imposibles : Los "lentes" con los que el paciente cuenta para "mirar" la realidad están fragmentados.

Cuando la percepción del sujeto le permite tener una experiencia más completa y relacionar los eventos en una concepción realista de la causalidad, es entonces cuando la psicoterapia psicoanalítica adquiere un papel muy importante. Para entonces, el niño y la familia han cambiado tanto, que pueden sentir confianza en la posibilidad de ser ayudados , así como en su propia capacidad de crecimiento.

INFANTILE PSYCHOSIS AND NEUROLOGICAL DEVELOPMENT.

SUMMARY

In this study, the evolution of 10 patients diagnosed with infantile psychosis receiving different treatments, has been compared.

For the comparison of the results 4 groups have been made.

- G1 n=3 : received "fibroblastic growth factor" (FGF) subcutaneously (at 0.01mg/kg every two weeks) plus psychoanalytic therapy twice a week.
- G2 n=3 : received only psychoanalytical therapy as treatment twice a week.
- G3 n=3 : received FGF subcutaneously as unique treatment.
- G4 n=1 : this patient did not accept FGF nor psychoanalytical therapy.

The evaluation was made from the analysis of a videotape made during the first five minutes of the session registering the presence / absence and frequency of behaviors that can be related with social improvement versus autistic behavior. The items were : **visual contact, tolerance to physical nearness, communication made during the play, play interaction, type of play and use of materials.**

The evaluation was performed before and after the six month treatment period and the results were compared through "chi square".

Different comparisons have been made, but the most significant differences were shown when :

1) the results were totaled in two groups :

- GA n=6 : receiving FGF (no matter whether they received another therapy or not).
- GB n=4 : non receiving FGF (no matter whether they received another type of therapy).

Group A showed an important improvement in social behavior and a significant decline in autistic behavior.

Visual contact and the **use of materials** improved significantly in the group receiving FGF2. The "chi square" established a significant difference between the groups with 99% of accuracy.

The tolerance to physical nearness showed an important improvement, as well, in this group. Applying "chi square" we could see a significant difference between the groups with 95% of accuracy.

Related to the **use of materials** there was a dramatic decrease in the bizarre utilization of material and physical objects that characterizes the psychotic child. The tendency is toward symbolic utilization of materials.

This aspect of symbolic utilization is extremely important in the development of the secondary process and it thus supports the affirmation that a qualitative advance in the processing of the experience has been achieved. This improvement was significant, applying the "chi square" with 99% of accuracy.

2) In the comparison between those receiving both therapies (FGF and psychoanalytical), versus those receiving only one therapy (FGF or psychoanalytical) the significant differences were demonstrated in three areas : **visual contact, type of play and use of materials** with 95% of accuracy in all of them.

It can be concluded then that the FGF treatment significantly improves the social contact and significantly diminishes psychotic behavior, and that receiving both treatments helps the successful of the process, because emotional treatment was an important tool for the following reasons :

1. It helps the parents sustain the treatment.
2. It helps the family understand the complex process which the patient is going through.
3. It catalyzes and promotes important changes in the psychodynamics' of both the family and the patient.
4. It is necessary for the elaboration of the primitive fantasies that accompany the chaotically emotional experience that the children has had

Without the use of FGF and with the sole use of psychoanalytic treatment these changes are impossible : the lenses that the patient uses to see the world are fragmented.

When the subject's perception permits himself or herself to have a whole experience and to relate events with a realistic conception of causality, then the psychoanalytical therapy acquires an important role. By then the children and the family have changed so much that they can feel confident in the possibility of being helped and in their own capacity of growth.

I - PRESENTACIÓN.

*“Estoy convencido de que muchas de las disputas y polémicas irreconciliables entre las diversas escuelas psicoanalíticas derivan de haber tomado el tratamiento de diferentes tipos de pacientes como paradigma de su técnica”
(Tubert-Oklander, 1985, pag 1155)*

En el presente trabajo se analiza la evolución de 10 casos de psicosis infantil en un periodo de seis meses de tratamiento y habiendo recibido distintos tipos de atención terapéutica.

Quienes hemos trabajado con este tipo de pacientes sabemos que la atención psicoterapéutica es indispensable, pero insuficiente y que los niños que presentan dificultades tan severas en su desarrollo requieren, además, una atención multidisciplinaria que les permita, de alguna manera, lograr el mejor nivel de adaptación posible, pues las implicaciones de la afección no sólo constituyen una dificultad actual, sino que en la medida que no le permiten al niño integrarse a las experiencias cotidianas de cualquier otro pequeño, van haciendo crecer la distancia entre él y el resto de los niños. Es cierto que en algunos casos el sólo desarrollo va resolviendo parte de las dificultades, pero cuando nos encontramos con el diagnóstico de psicosis infantil, sabemos que esta posibilidad es mínima, y que muy por el contrario, el aumento de las demandas adaptativas, conforme avanza el niño en edad, lo van enfrentando a retos cada vez más complejos que no puede resolver satisfactoriamente. Se requiere así de un trabajo profundo, intenso, integral y a largo plazo.

Con la inquietud de brindar nuevas opciones a este grupo de pacientes, se han implementado numerosos programas y alternativas educativas, con resultados que mejoran el estado del pequeño de una manera importante, pero que finalmente no resuelven su gran dificultad para interactuar con los otros.

El problema va haciéndose más complejo con el paso del tiempo, ya que éste incide en la dinámica familiar, y lo hace de manera muy importante, requiriéndose atender también a este aspecto.

Generalmente se ha trabajado solamente alrededor de la incidencia de la dinámica familiar sobre el problema, cayéndose en numerosos casos en una visión causal lineal que está muy lejos de dar una visión justa de la complejidad del mismo. En múltiples ocasiones es muy difícil distinguir qué conflictos en la familia eran previos a la dificultad en el desarrollo del niño ; cuáles se reactivaron a partir de la dificultad adquiriendo incluso dimensiones inesperadas y cuáles se provocan a partir y debido a la presencia del problema y finalmente cuáles se encuentran directamente interrelacionados con la dificultad y en qué sentido. Es muy importante dar lugar a estos cuestionamientos.

Por hechos fortuitos de mi actividad psicoterapéutica tuve la oportunidad de tener en consulta a algunos niños con diagnóstico de psicosis infantil que iniciaron, por indicaciones de otro especialista, un tratamiento neurológico basado en conceptos de neuroplasticidad y desarrollo. Los pacientes inicialmente se integraron a este programa buscando como objetivo el mejoramiento de su aprendizaje. Para sorpresa mía, después de un período en donde observaron una franca y aparatosa regresión, que provocó en los padres, y en mi misma, un alto nivel de incertidumbre, empezaron a desarrollar funciones yóicas trascendentes en su tratamiento emocional y registraron un avance sorprendente en relación a los otros pacientes con un diagnóstico semejante.

Interesada en estos resultados me puse en contacto con el grupo que había desarrollado este tratamiento: IINEDEC: Instituto de Investigaciones en Neuroplasticidad y Desarrollo Celular A.C. y con el Dr. Luis Carlos Aguilar Cobos, Director del mismo, quién ha trabajado intensamente en la investigación experimental y clínica de los efectos de la aplicación de una proteína: el factor de crecimiento fibroblástico, sobre la recuperación del funcionamiento cerebral a partir de las propiedades de dicho aminoácido, que tiene un efecto trófico sobre las neuronas del sistema nervioso central, estimulando la sobrevivencia y crecimiento neurítico. (Aguilar, 1994)

Los trabajos de investigación, que hasta entonces se habían hecho en este grupo, se enfocaban principalmente al área de neurología y neuropsicología y a su aplicación en aspectos de aprendizaje y lenguaje: el tratamiento con el factor de crecimiento fibroblástico favorecía la neuroplasticidad y maduración neuronal a través de la sinaptogénesis. Esto tenía efectos duraderos y trascendentes en el rendimiento en aprendizaje en niños que habían tenido problemas en la adquisición de la lengua escrita o dificultades para acceder al manejo de algunos conceptos matemáticos y su expresión aritmética. Había tenido efectos especialmente importantes igualmente en niños con problemas de lenguaje, e incluso había producido una mejoría, limitada pero muy significativa, en niños con deficiencia mental. (Actualmente estas investigaciones han abarcado nuevas áreas y se encuentran por el momento desarrollando un interesantísimo estudio en torno a la evolución del autismo infantil con la aplicación de la proteína.)

Lo que pude observar en mis pacientes en ese momento tocaba además otros aspectos, distintos al de aprendizaje y que tenían que ver más bien con el proceso de la estructuración de la personalidad. Este efecto no sólo era apreciable en los pequeños con psicosis infantil, sino también en aquéllos niños que fueron referidos a consulta por problemas de impulsividad y en general problemas conductuales con un nivel de inteligencia normal y en los que se había diagnosticado paralelamente una pequeña disfunción neurológica.

De pronto pude darme cuenta que en los 22 casos que habían permanecido en el tratamiento neurológico, además de mejorar en su aprendizaje, observaban cambios muy importantes en cuanto a:

- a) Una evolución en el nivel de estructuración de la personalidad en cuanto al desarrollo de funciones yóicas antes no manifiestas.
- b) Utilización de mecanismos de defensa más evolucionados.

- c) Mayor capacidad de simbolización en general y de verbalización de conflictos, sensaciones, estados de ánimo, deseos, fantasías y temores.
- d) Un avance en cuanto a procesos de integración tanto del objeto, como del yo y de los impulsos.
- e) Una mejor adaptación al medio.
- f) Un desarrollo sorprendente de la autonomía e individuación después de pasar por un periodo de alta demanda de cercanía emocional.
- g) Una mejor vinculación afectiva.
- h) Un importante desarrollo del principio de realidad.
- i) Avance en relación a la instauración de la represión y diferenciación progresiva entre proceso primario y proceso secundario.

Nuevamente interesada en estos resultados intenté hacer una primera sistematización : todos los pacientes habían mejorado en su capacidad de vinculación y todos habían desarrollado durante el tratamiento una intensa relación de corte anaclítico, que anteriormente , durante la primera infancia, se había dado de una manera muy pobre, según se refería en su historia clínica, y que había determinado una conducta de apego inseguro (Bowlby, 1973). Decidí focalizarme en este aspecto, y con ayuda de la Dra. Isabel Reyes Lagunes, se centralizó como tema de la investigación, la evolución de este tratamiento dentro de un mismo diagnóstico psicológico : las psicosis infantiles; y dentro de un mismo rubro : la capacidad de vinculación.

En las psicosis infantiles, como sabemos, es clara la dificultad en este aspecto. Se planteó así hacer una comparación de la evolución entre aquéllos niños que recibían el factor de crecimiento fibroblástico y los que no y que habían sido diagnosticados como psicosis infantiles. Es este el trabajo que presento a continuación.

Las observaciones de Malher (1968), avaladas por tantos años de trabajo con estos niños, en relación a los que llamó " mecanismos de mantenimiento" me fueron de gran utilidad, así como la descripción que hace de los síndromes preponderantemente autísticos y preponderantemente simbióticos. Creo que el trabajo de esta psicoanalista de tantos años y sus brillantes observaciones, así como de su grupo de investigadores, arrojan mucha luz acerca de la estructura emocional de estos niños y nos permiten brindar un espacio elaborativo a estos complejos procesos mentales.

A través del desarrollo del presente trabajo pude percatarme de la trascendencia de la interconsulta, una observación que hace muchísimo tiempo ya me hacía el Dr. Federico San Román (1985, comunicación personal) acerca de la importancia de entrar en contacto con otros profesionales de la salud mental y el enriquecimiento que obtiene el propio proceso terapéutico cuando se logra este intercambio sin la confusión de los campos de trabajo. Entrar en contacto con otras explicaciones etiológicas de la psicosis infantil así como de las expresiones conductuales de la misma, amplía nuestro conocimiento del fenómeno sin que por ello tengamos que perder nuestra función psicoterapéutica ni nuestra aproximación psicoanalítica. Lo que finalmente estoy planteando es que, la aplicación del tratamiento neurológico, lejos de substituir al tratamiento psicoanalítico, brinda la posibilidad de que el pequeño lo pueda aprovechar mejor, y al mismo tiempo, sea capaz de, al ir desarrollando sus funciones perceptuales básicas en aquéllas áreas en donde había una afección, ir implementando mejores mecanismos adaptativos que seguramente favorecerán una más sana estructuración de su personalidad.

No se está de ninguna manera negando la importancia del inconsciente, ni de las fantasías primitivas que subyacen a la precaria estructuración psicótica. Simplemente se están brindando al sujeto herramientas para poder trabajarlas.

Estoy consciente de las importantes controversias que puede generar la presente investigación por numerosas razones :

- 1) Se trata de un tratamiento relativamente nuevo dentro del área neurológica (15 años) Encontramos ya dentro de esta área opiniones muy encontradas.¹
- 2) Dentro del área de aprendizaje existe poco conocimiento de este tratamiento y desconfianza por parte de muchos especialistas, ocasionada principalmente por este desconocimiento.
- 3) No hay estudios previos en relación a su efecto a nivel de su incidencia en la estructuración emocional en niños con dificultades neurológicas.
- 4) Este tópico en especial ha creado gran controversia dentro del campo psicoanalítico. El concepto de series complementarias y del peso que reciben ambiente vs aparato congénito en las afecciones emocionales ha sido un rubro que ha generado enormes diferencias y que incluso ha propiciado rupturas importantes en el movimiento psicoanalítico.
- 5) Estoy trabajando en torno a la importancia de un tratamiento externo a mi área de trabajo, la psicoterapia emocional.

Sin embargo, creo que estas dificultades son salvables si partimos del hecho de que una investigación nunca ambiciona encontrar la respuesta última y final a los problemas, simplemente intenta aportar algo al conocimiento humano, en el que todos participamos de cierta forma proponiendo nuestras hipótesis, mismas que surgen de nuestras experiencias y nuestras estructuras de conocimiento (Piaget, 1959)

Si podemos ver esta investigación como una humilde aportación en relación a observaciones interesantes que trato de compartir con mis colegas, con el único fin de ofrecer a los pacientes mayores alternativas de mejoría, esta controversia se convierte, siento yo, en una búsqueda común en donde, lejos de dejar de cuestionarnos sobre las posibles dificultades en las nuevas opciones de tratamiento "las cuestionamos en beneficio de quienes acuden a consulta con nosotros".(Dra Emilia Lucio, comunicación personal).

Tratando de enfrentar todos estos cuestionamientos podrán ver, a través del trabajo , por un lado, una indagación en torno a aspectos neurológicos y psiconeurológicos básicos, que aunque no constituyen mi área de trabajo, es necesario integrar en la presente investigación .

¹ Al final del trabajo, en el apartado de apéndice, se incluyen algunos abstracts de los trabajos presentados por este grupo de investigadores, así como algunas de las cartas, enviados por distintos institutos y especialistas del mundo al Dr. Aguilar y colaboradores en donde se hace referencia a la trascendencia de sus hallazgos.

Es importante señalar que hay otros investigadores trabajando en torno a la aplicación de otros factores tróficos, con resultados también muy interesantes, aunque con menor tiempo de experiencia y de pruebas de laboratorio. Se puede consultar la bibliografía para mayor información.

Con el fin de poder establecer comparaciones entre los grupos con distinto tratamiento he restringido mi marco teórico a la teoría de Margaret Malher. En este aspecto, las observaciones del Dr. José de Jesús Gonzalez Nuñez me fueron de gran utilidad.

Esta decisión obedece a la consistencia que brinda el asirse a un esquema conceptual. Sin embargo, como podrá verse a través de todo el trabajo, no dejan de integrarse múltiples aportaciones de importantes psicoanalistas, pertenecientes a muy diversas escuelas, debido a que constituyen aspectos relevantes para el tema de estudio.

El cuerpo de conocimientos que brinda el psicoanálisis es valiosísimo. Tratando de aprovechar estos conocimientos es que se establecen relaciones de las conceptualizaciones de distintas escuelas que permiten abordar un fenómeno comúnmente estudiado, cuidando de no perder una coherencia interna conceptual y epistemológica.

El elegir como marco teórico central a la teoría de Malher se debe a las importantes aportaciones que esta autora elabora acerca del desarrollo en los primeros años, basadas en observaciones tanto de niños enfermos como de niños sanos, durante un largo período de investigación. Este marco teórico, como ya se señalaba anteriormente, al abordar aspectos tan importantes como los mecanismos de mantenimiento, de desvitalización y maquinación, entre otros mecanismos primitivos, nos permite aproximarnos a través de la observación, a procesos emocionales tan complejos y específicos como se presentan en las psicosis infantiles.

Esta base teórica asimismo posibilita la formulación y fundamentación de parámetros de evaluación que permitan establecer las comparaciones entre los distintos grupos en diferente tratamiento.

Para la evaluación de los casos que se presentan a continuación, como podrá observarse en los capítulos correspondientes, se trabajó con entrevistas (a los padres y de juego). Para complementar la información se recurrió, en caso necesario, a aquellos datos que podrían brindar maestros u otros especialistas o algún otro miembro representativo de la familia. Las entrevistas de juego fueron videogravadas cuando los padres aceptaron (7 casos) con el fin de poder regresar al material una y otra vez y porque además las conductas preverbales adquieren gran importancia en el trabajo con este tipo de pacientes. El tipo de conductas evaluadas como podrá verse en el apartado de metodología, tienen que ver con:

- a) contacto visual
- b) tolerancia a la cercanía física
- c) interacción con la madre
- d) pautas de comunicación
- e) interacción en el juego
- f) utilización de los juguetes
- g) tipo de juego.

Tanto el diseño cuasi-experimental como los instrumentos de registro se encuentran en el apartado de metodología.

Al final del trabajo hago una propuesta específica de tratamiento emocional para los niños que siguen este tratamiento neurológico, que en realidad no constituye una aportación

original, sino la aplicación, a una situación específica, de conceptos que han desarrollado psicoanalistas e investigadores que han enriquecido de manera tan importante nuestro cuerpo de conocimientos y a los que cito continuamente a través del trabajo.

Realizar esta investigación ha sido tremendamente enriquecedor para mí. Espero aportar algo a una profesión que me ha brindado tanto y de tan diversas maneras, y encontrar algún lector interesado que me permita plantear una serie de hipótesis que se han derivado de esta experiencia laboral de tres años con niños que reciben ambos tipos de tratamiento y cuyos resultados, considero, merecen un espacio para ser repensados.

II - INTRODUCCIÓN.

"Mi objetivo no es tanto hacer aparecer tal o cual verdad cuánto favorecer la aparición de otras representaciones y vivencias de lo real, más flexibles y más abiertas."

(Mony Elkaim. 1989, p. 21)

En los últimos años se han generado una serie de descubrimientos en relación a la regeneración del sistema nervioso central a través de la estimulación de la neuroplasticidad.

Dentro de estos importantes hallazgos se encuentran los trabajos realizados por el Dr. Luis Carlos Aguilar C. y colaboradores (1993, 1994a, 1994b) en relación a la aplicación de una proteína: "factor de crecimiento fibroblástico", que se produce normalmente en el cerebro humano y en otros tejidos y que tiene efectos neurotróficos, es decir, estimula el desarrollo, la maduración neuronal y la sinaptogénesis. La aplicación de este tratamiento ha mostrado traer beneficios significativos para niños que presentan diversas dificultades por causas de "deficiente comprensión, defectos en el reconocimiento visoespacial o alteraciones en las capacidades lógico matemáticas; asimismo se han beneficiado de una manera importante niños que padecen deficiencia mental o retardo generalizado del desarrollo, causado por dificultades durante el parto o de origen genético como el síndrome de Down." (LINEDEC, 1994,p.1)

Existe un grupo de niños, que si bien neurológicamente no sufren una afección grave, presentan dificultades de enorme trascendencia para su adaptación en general. Estos niños, precisamente por no presentar un síndrome fácilmente identificable o una clara deficiencia mental, son diagnosticados y atendidos a través de terapias psicológica, pedagógica, de lenguaje o psicomotriz, como actos aislados, sin tener una valoración completa, valoración en la que sería indispensable el diagnóstico y el tratamiento neurológico. O hay otros en los que si bien nos encontramos con un diagnóstico neurológico, el mismo se resume a una "simple" afirmación: "probable disfunción neurológica" o "lesión cerebral no localizada", que incluye muy poco de los últimos avances en el campo de la fisiología del cerebro y que no arroja datos que permitan entender las situación del sujeto. Nos topamos así con expedientes de años y años de tratamiento sin una mejoría significativa en la evolución del paciente y sin una explicación clara del por qué. Se encuentran también en el mismo expediente, un sinúmero de estudios de diferentes especialidades que, lejos de encontrar una respuesta coordinada al problema, optan por cada una elaborar su propio diagnóstico y estructurar su tratamiento trabajando en forma aislada.

Bueno, y ¿cuál sería la relación de este problema con el trabajo psicoterapéutico?, en ¿dónde entraría nuestro interés específico?.

Hablar de problemas comprensivos, o de percepción o de concentración... tiene implicaciones muy importantes en la conformación de la personalidad. Si bien es cierto que no podemos negar la especificidad de lo psicológico, tampoco podemos dejar de verlo como parte de un todo funcional. Mientras no se registre y se atienda la distorsión en la manera en que este sujeto procesa la información de su entorno, muy difícilmente pueden obtenerse resultados a nivel de la integración de su personalidad o avances en la modalidad en la que establece sus relaciones afectivas. Esto es muy claro en el caso de las psicosis infantiles, y para ello no necesitamos atorarnos en una enfrascada discusión entre la primacía de la naturaleza o del ambiente, si partimos de un concepto tan sabio y tan sensato como el de las series complementarias y que se abordará con mayor detenimiento en uno de los capítulos del marco teórico.

Existe una carencia en cuanto a la capacidad para el establecimiento del vínculo en los pequeños que desarrollan una psicosis infantil que no se apreció ni siquiera en pequeños que pasaron sus primeros años en campos de concentración expuestos a un terror innombrable, según los estudios que realizaron Anna Freud y Sophie Dann (1951). Estos pequeños desarrollaron ligas intensísimas entre ellos. En los estudios de Spitz (1945b, 1946a y 1946b) los niños que desarrollaban una depresión anaclítica se recuperaban de la misma si aparecía un sustituto materno dentro del tiempo en que no se había dado un daño irreversible. De acuerdo con Lipton y Provence (1962) en los niños de institución las funciones aparecían de manera espontánea, solo que se extinguían al no encontrar una respuesta.

Malher, después de haber trabajado durante muchos años con niños psicóticos señala ; volviendo al concepto de las series complementarias :

"...en infantes con una fuerte predisposición constitucional, hipersensibles o vulnerables, la actuación maternal normal no es suficiente para actuar en contra del defecto innato de la utilización polarizante de muelleo y cataclítica del objeto amoroso humano o de agencia maternal en el mundo externo para una evolución y diferenciación intrapsíquica" (Malher, 1972,p.70).

Parece ser entonces que esta aproximación no tiene por qué contraponerse con construcciones psicoanalíticas previas (con algunas seguramente y necesariamente sí, dado que en el movimiento psicoanalítico actual encontramos dos grandes vertientes, como señala Tubert, 1997). Simplemente se está indagando en torno a esta predisposición de la que habla Malher; y la atención de la misma posibilita que nuestra acción psicoterapéutica rinda mayores frutos. Y esto conlleva una serie de implicaciones muy serias a nivel del tratamiento y de la conceptualización etiológica de la psicosis infantil.

Sucede con frecuencia que se psicologizan problemas, dando una explicación causal psicodinámica a aspectos, que si bien tienen una expresión de esta índole, que es muy necesario abordar, no encuentran su explicación causal en las fantasías o deseos inconscientes del paciente o del grupo familiar.

Se trata así de diferenciar cuáles aspectos corresponden a nuestra área y cuáles se explican a partir de otras limitaciones que no tienen su origen a nivel psicodinámico aunque sí impliquen necesariamente una expresión de esta índole que es

indispensable elaborar con dedicación y profundidad. Si se intenta explicar todo desde nuestro marco conceptual, sobre todo cuando existen problemas profundos de desarrollo, se pierde la posibilidad de una intervención que aclare, que fortalezca la capacidad de juicio del sujeto, incurriendo en favorecer una actitud obsesiva, y me atrevo decir delirante, en la madre, que puede sentirse omnipotentemente responsable por todas y cada una de las cosas que le suceden a su hijo ante la incertidumbre que ha despertado su desarrollo tan desigual al de otros niños. Y así, en lugar de poder entender que hay una dificultad propia del pequeño por la cual es importante que se acerque a pedir ayuda, se paraliza ante la culpa, alejándose y adoptando una postura aún más ambivalente y sobreprotectora, proyectando las dificultades del niño al medio, "que no le brinda la posibilidad de integrarse". De esta manera los padres comparten el "aislamiento del niño" creándose una dinámica familiar coloreada por el autismo. Una intervención psicoterapéutica que era muy necesaria pierde su eficacia al no partir de bases firmes y me atrevo a considerar que puede convertirse en iatrogénica al provocar mayor confusión y al aumentar la culpa y la persecución.

El hablar de estas opciones de tratamiento, no nos excluye del campo de trabajo, sino por el contrario, nos obliga a estar más informados para poder apoyar en la recuperación o desarrollo emocional del paciente, poniendo nuestros conocimientos al servicio de un proceso en donde podemos participar activamente buscando proporcionar aquéllas experiencias que pueden completar estructuras cada vez más funcionales a nivel emocional.

Nuestro punto de vista como psicoterapeutas psicoanalíticos es psicogenético (conceptos de fijación y regresión) y, como veremos, esta concepción concuerda totalmente con la orientación neurológica que sustenta el tratamiento (neuroplasticidad y desarrollo) y con la neuropsicológica, que permite interpretar las manifestaciones conductuales para la evaluación clínica del estado interno del paciente.

El entorno y el paciente con este tipo de afección requieren de trabajo emocional dadas las circunstancias extraordinarias en las que se han encontrado, y que seguramente han llevado a una serie de compensaciones y distorsiones a nivel tanto de la psicodinamia del paciente como de la dinámica familiar. Al mismo tiempo la situación requiere de ser resignificada. La sola mejoría de un paciente implica necesariamente el rompimiento de ciertos estereotipos de comportamiento así como de expectativas ante el otro, **condicionados por fantasías inconscientes que quizás fueron estimuladas por el problema, pero que no desaparecen con la sola mejoría del paciente y que requieren de un trabajo específicamente psicoanalítico (interpretación y elaboración) ante las nuevas circunstancias que se gestan a través del tratamiento.**

Como puede apreciarse, las áreas de contacto entre nuestra labor y este tratamiento son muchas y es precisamente en torno a estos puntos que se genera la presente investigación.

Sin tratar de dar una visión siquiera general de estos trabajos (ya que implican conocimientos neurológicos y bioquímicos de alta especificidad) si me gustaría, en la

medida de lo posible, hacer una pequeña síntesis accesible a aquéllos que trabajamos en el área psicológica y psicoterapéutica. Quienes tengan interés en profundizar pueden acudir a las fuentes originales en donde encontrarán una basta información al respecto. Al final del capítulo se anotan las citas bibliográficas correspondientes.

Más adelante uno de los capítulos se dedica especialmente a presentar algunos conceptos básicos de neuropsicología así como de aspectos neurológicos y de neuroplasticidad que se consideró importante incluir por el tema de la presente investigación.

ESTUDIOS EN RELACIÓN A LA APLICACIÓN DEL FACTOR DE CRECIMIENTO FIBROBLÁSTICO PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL, PROBLEMAS DE APRENDIZAJE Y PROBLEMAS DE LENGUAJE.

El Instituto de Investigaciones en Neuroplasticidad y Desarrollo Celular bajo la dirección del Dr. Luis C. Aguilar C. ha hecho una serie de investigaciones muy importantes en relación a la restauración del sistema nervioso. Estas investigaciones han sido publicadas a nivel internacional y el lector que se encuentre interesado en consultar dichas fuentes puede hacerlo obteniendo así una visión que permita apreciar la profundidad y la trascendencia de tales estudios.

A) RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL FGF EN DISTINTOS TRASTORNOS.

1.- Deficiencia mental.

La aplicación del factor de crecimiento fibroblástico ha demostrado incidir en las posibilidades de desarrollo de niños con D.M. con antecedentes de hipoxia/isquemia perinatal. Para tales investigaciones se estructuraron tanto grupos en tratamiento como controles apareados en edad, sexo y nivel de deficiencia y recibiendo la misma estimulación psicopedagógica. Se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) En el primer grupo, formado por 6 niños de 1 a 4 años, con cociente de desarrollo ~30%, evaluados después de 10 meses de tratamiento con la escala de P.A.R., se apreció un incremento significativo en la tasa de desarrollo del grupo en tratamiento respecto del grupo control.
- b) En el grupo B, formado por 8 niños de CI ~ 50 entre 6 y 11 años evaluados con WISC-R y Test Gestáltico Visomotor de Bender se apreció un incremento

significativo cercano a 10 puntos en el CI verbal y de ejecución mientras que en el grupo control no se apreciaron cambios significativos. En el Test de Bender también se observó un incremento importante, de seis meses de desarrollo en promedio.

- c) En el grupo C formado por 40 niños de 0 a 8 años tratados y evaluados con Escala de Gessell a los 6 y 12 meses de tratamiento se observó un incremento significativo ($p < 0.001$) en la tasa de desarrollo de los pacientes tratados con respecto a los controles apreciándose que el incremento fué mayor en el primer período de 6 meses que en el segundo período, de 6 a 12 meses. (Aguilar, 1993) (Ver nota 1).

2.-Trastornos del lenguaje.

Se formaron diferentes grupos para la evaluación del desarrollo del tratamiento apareados nuevamente con grupos control.

"Grupo A : Con patología del lenguajes (PL) de predominio comprensivo. Tratados (n=21) ; controles (n=10).

Grupo B : Con patología combinada (expresiva y comprensiva) tratados (n=21) ; controles (n=10).

Todos los niños recibieron el mismo tratamiento psicopedagógico. Se analizó al inicio y al final de un período terapéutico de 6 meses las desviaciones del significado frente a la prueba de denominaciones del test de vocabulario de figuras de Peabody, clasificando con 0 las correctas, con 1 las desviaciones hacia la clase, con 2 a las desviaciones dentro de la misma clase, con 3 las desviaciones por mutación tópica de un atributo y con 4 a las anomias y neologismos.

Para las distancias fonológicas se analizaron las distancias interfonémicas de las sustituciones realizadas por los niños durante la primera prueba de denominaciones. Cada sustitución se clasificó del 1 al 13 según su cercanía al fonema sustituido, se totalizaron todas las distancias de cada una de las sustituciones hechas por los pacientes en cada evaluación y las diferencias se expresaron en porcentajes de prevalencia.

Resultados : En el grupo tratado con patología comprensiva se observó un decremento significativo ($p, 0.01$) de 14.34% en las respuestas de tipo 4 (más incorrectas). Los controles aumentaron en un 6.6% estas respuestas sin cambios significativos. El grupo de patología combinada mostró que el tratado aumentó significativamente ($p < 0.01$) en 12.72% las respuestas 0...y disminuyó en 13% las respuestas 4... Las respuestas del grupo control no mostraron cambios significativos.

En distancias fonológicas a los 6 meses de tratamiento, se encontró una disminución significativa ($p < 0.002$)... mientras que los controles no mostraron cambios significativos..." (Aguilar, 1993a, p. 4 y 5).

Nota 1: La dosis de aplicación del FGF fue de 1.0 g/kg de peso corporal para los grupos A y B con una aplicación mensual y de 0.7 g/kg para el grupo C con una aplicación de cada 2 semanas.

3.- Problemas de aprendizaje.

"Se formaron 2 grupos de pacientes, en edad escolar, que presentaban alteraciones específicas en el aprendizaje escolar derivadas de un problema visoespacial... Se utilizó la prueba de Bender y se calificó según Koppitz para obtener la edad de maduración visomotriz. Las evaluaciones fueron hechas al inicio y a los 6 meses del periodo terapéutico....

Se apreció un incremento madurativo en el grupo tratado de 11.4 meses mientras que en los controles disminuyó en 2.6 meses." (Aguilar, 1993a, p5).

Para cada uno de los problemas descritos (deficiencia mental, trastornos del lenguaje y problemas de aprendizaje) se realizaron también las evaluaciones neurométricas correspondientes siendo palpable una significativa mejoría. Se recomienda al lector acudir directamente a los trabajos de investigación citados en donde podrá encontrar más información en relación al tipo de pruebas realizadas y la metodología. Aquí se transcriben solamente las conclusiones a las que llegaron:

"Concluimos que la administración IM (intramuscular) de FGF (factor de crecimiento fibroblástico) a niños con DM (deficiencia mental) por daño cerebral de etiología exógena, incrementa la actividad neuronal, disminuye las asimetrías interhemisféricas y mejora los VEP,S, acompañando a lo anterior un incremento en la velocidad de desarrollo, mejorando las capacidades de los niños tratados. En los pacientes con patología del lenguaje, aumenta la maduración electroencefalográfica, mejora la correlación y razón de energía de los VEP,S en regiones parietales y temporales, acompañándose en una mejoría en las capacidades comprensivas y expresivas. En niños con problemas en el aprendizaje por déficits visoespaciales el FGF aumenta la madurez visomotriz" (Aguilar, 1993 a, p5)

Como puede apreciarse los resultados son muy importantes y si se piensa, por un momento en las serias implicaciones que pueden traer estos problemas en la estructuración de la personalidad, tales resultados mejoran enormemente las posibilidades y el pronóstico de desarrollo emocional de un buen grupo de pacientes.

Por tomar solo un ejemplo de los anteriores consideremos los trastornos del lenguaje. En diversas ocasiones se ha tenido dificultad para discernir cuándo una patología en el lenguaje obedece a una deficiencia propia de este complejo proceso y cuándo responde a situaciones emocionales extremas. (Dificultades en el proceso de separación-individuación - Malher, 1968,- distorsiones importantes en el proceso de subjetivación-Lacan, 1953 -) Los conocimientos actuales abren enormes posibilidades a este respecto permitiéndonos hacer una evaluación más completa del problema y que por lo mismo logra una mayor claridad en relación al tipo de tratamiento que se requiere. La mayoría de los casos parecen apuntar hacia una interacción en donde la problemática manifiesta constituye la resultante de la interrelación de una serie de variables, en el sentido que plantearían Esperanza Pla y el grupo TESEO (1985), asemejándose a un movimiento en espiral.

Pero, y en este mismo sentido, no podemos dejar de responsabilizarnos como

trabajadores de la salud en encontrar, dentro de esta interacción, los aspectos de mayor peso o de mayor urgencia de atención.

Ahora bien, cabrían una serie de preguntas que uno podría plantearse en torno a este tratamiento tales como : ¿de dónde se obtiene la proteína ?, ¿ qué características inmunológicas, toxicológicas y mutagénicas puede presentar?, ¿cuáles podrían ser algunas otras consecuencias secundarias del tratamiento?. En fin, todo aquello que tiene que ver con los aspectos preclínicos de la aplicación del factor de crecimiento fibroblástico. Nuevamente le recomendamos al lector interesado acudir a las fuentes directas donde encontrará una basta información sobre el tema.

Aquí simplemente presentaremos algunos de los datos más generales, tomados del trabajo : *"Estudios preclínicos de la administración del factor de crecimiento fibroblástico en daño cerebral"* (Aguilar, 1993b, p.4).

B) ASPECTOS GENERALES DE LA OBTENCIÓN DEL FGF.

1.- ¿Qué es el factor de crecimiento fibroblástico ?

El factor fibroblástico de crecimiento básico (b FGF) es una molécula protéica con efecto trófico sobre neuronas del sistema nervioso central (SNC), forma parte de una familia de 7 miembros los cuales comparten entre el 40% y el 60% de homología en secuencia de aminoácidos (aa), los mejor caracterizados son el ácido (a FGF) y el básico (bFGF), los otros 5 son el KFGF, Int-2, FGF-5, FGF-6 y KGF" (Aguilar, 1993b, p.1)

2.- ¿De dónde se obtiene ?

El grupo de investigadores que han trabajado en torno a la aplicación de este factor en las trabajos antes descritos utilizan el cerebro fetal bovino como fuente del FGF.

"La forma básica se ha conservado muy bien a través de la evolución, por lo que el bovino y el humano sólo difieren el 2aa, dando una homología del 98.7%...

El bFGF ha sido aislado de tejidos derivados del mesodermo y neuroectodermo, los cuales muestran ser sensibles a este factor tanto in-vitro como in-vivo, incluyendo a cerebro, hipófisis, retina, cuerpo luteo, glándula adrenal, riñón, placenta, próstata, timo, hueso, sistema inmunológico (macrófagos y monocitos), etc... La forma ácida se ha localizado en cerebro, retina y más recientemente en hígado, es de 30 a 100 veces menos potente que la básica" . (Aguilar, 1993b, p.2)

Receptores al FGF.

"Todos los tipos celulares que responden al FGF a y b expresan receptores específicos a este factor en la membrana celular, algunas evidencias sugieren que ambos factores pueden enlazar al mismo receptor, también se ha visto que el bFGF y aFGF no enlazan receptores para otros factores de crecimiento, así mismo ninguno de los otros factores de crecimiento enlaza los receptores del FGF." (Aguilar, 1993b, p.2)

3.- ¿Cuáles son los efectos de la aplicación del factor ?

"Los efectos que más llaman la atención sobre neuronas en cultivo son la estimulación de la sobrevivencia y crecimiento neurítico, dándose estos efectos sobre neuronas fetales de la corteza cerebral, hipocampo, tálamo, cuerpo estriado y septum y mesencéfalo entre otros. La sobrevivencia y el crecimiento de neuritas requiere de la continua presencia del bFGF, este efecto también se ha reportado sobre neuronas postnatales de la mayoría de las regiones mencionadas." (Aguilar, 1993b, p.3).

En vivo, estudios experimentales realizados por este grupo de investigadores con ratas en las cuales se provocó daño cerebral por hipoxia/isquemia, han demostrado que la administración de este factor *"contribuye a la recuperación de parámetros bioquímicos, morfológicos y electrofisiológicos en modelos de daño cerebral "* (Aguilar, 1993b, p.5) sugiriendo que esto puede deberse a la prevención de la muerte neuronal y al aumento de la actividad en las neuronas sobrevivientes .

4.- Toxicología.

"Los estudios toxicológicos del FGF mostraron que existe un alto grado de seguridad en su manejo, ya que la dosis letal media no pudo determinarse, al no producirse muertes en los animales tratados, aún cuando se administraron dosis de 500mg/kg la cual supera en más de 20,000 veces la útil en humanos. La aplicación de esa misma dosis por vía intramuscular durante toda la vida de los animales no mostró alteraciones como cáncer o daño tisular, tampoco fué genotóxico o mutagénico, indicando que no se producen alteraciones genéticas que puedan ser transmitidas a los descendientes de pacientes tratados." (IINEDEC, 1994, p.3)

5.- Inmunología.

"Los estudios inmunológicos realizados mediante la técnica de ELISA, con el objeto de detectar anticuerpos en animales (ratas Wistar), humanos voluntarios sanos y posteriormente en pacientes tratados con el FGF, no detectaron formación de anticuerpos, lo cual indica escasa inmunogenicidad del factor. Es recomendable un análisis periódico (cada 3 o 6 meses) como control." (IINEDEC, 1994, p.3)

6.-Acceso al sistema nervioso central.

"Estudios realizados en ratas Wistar a través de la administración del FGF marcado radioactivamente, por vía sistémica (i.v.), mostraron la presencia de éste en el parénquima cerebral, confirmando que el FGF es capaz de cruzar la barrera hematoencefálica, por lo que puede ser administrado por vía intramuscular con éxito". (IINEDEC, 1994, p.4).

Como puede apreciarse hasta el momento no se encuentran publicaciones en relación a la aplicación del factor en el tratamiento de psicosis infantiles o de algún otro tipo de padecimiento emocional.

Esto constituye un trabajo aventurado y difícil pero por lo mismo interesante.

En la actualidad ya el grupo del IINEDEC se encuentra llevando a cabo tres interesantísimas investigaciones en torno a los efectos del factor en la recuperación del autismo infantil y síndromes asociados (síndrome de Asperger entre ellos), basándose en los criterios diagnósticos del DSM IV así como en el instrumento AUTISM BEHAVIOR CHECKLIST con un grupo de más de 250 pacientes donde hay resultados muy favorables en un corto período de tratamiento. Han llevado igualmente el registro en video de la evolución de estos niños.

El avance de estas investigaciones fue presentado en Manchester Inglaterra el pasado mes de junio con una importante aceptación de parte de la comunidad europea ahí reunida para el Second International Conference of Medical Aspects of Mental Handicap. An Association of European Organisations. Igualmente fué presentado un interesante trabajo con datos sobre estas investigaciones en San Diego el año pasado que se reflejó en un asombroso aumento de la demanda de pacientes norteamericanos que acuden a la recibir consulta al IINEDEC.

Estas investigaciones podrán elucidar muchos de los huecos, desde los aspectos neurológico y neuropsicológico que seguramente mi trabajo no podrá cubrir con la suficiente amplitud.

Desde la terapia psicoanalítica hacia otras ciencias, mi interés reside en la elaboración de una propuesta a la que los neurologos y neuropsicologos puedan aproximarse, también valorando la importancia del tratamiento emocional de estos niños. Simplemente, como se señalaba anteriormente, se trata de articular esfuerzos y conocimientos sin perder la especificidad de nuestro campo de trabajo.

C) REFLEXIONES EN TORNO A ALGUNAS CUESTIONES ÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO.

Uno de los aspectos en los que hicieron especial hincapié el grupo de asesores de la presente investigación fue en la dimensión ética que plantea la indicación de un nuevo tratamiento.

La Dra. Teresa Guerra apoyó la realización de la presente investigación insistiendo en la importancia de la búsqueda de nuevas alternativas y de la necesidad de hacer una valoración realista de las posibilidades de ayuda que ofrecía este tratamiento ante un problema tan complejo como es el de la psicosis infantil. Señalaba la importancia de tener un espíritu abierto pero crítico, que posibilite la evolución de nuestra comprensión de la psicopatología.

El Dr. José de Jesús Gonzalez Nuñez hizo notar la importancia de que cuando trabajamos en el campo de las psicosis infantiles tenemos la responsabilidad de plantear a los padres del paciente la necesidad de acudir a otro tipo de atención paralelo y complementario a la psicoterapia, debido a la complejidad del fenómeno que se nos presenta.

La Dra. Isabel Reyes Lagunes subrayaba la importancia de proteger la seguridad del paciente ante nuevas propuestas que pudiesen alimentar falsas esperanzas, o ser francamente dañinas y provocar una intervención iatrogénica. Se señalaba la importancia de sustentar el trabajo con referencias al tratamiento desde otras instituciones que hubiesen tenido contacto con el mismo, así como con investigaciones relacionadas que pudiesen avalar la pertinencia de esta propuesta. El que la UNAM aceptara el proyecto de tesis tendría necesariamente que "estar apoyado en una sustentación amplia y documentada" (Dra. Isabel Reyes, 1997, comunicación personal).

Un aspecto de particular relevancia lo señalaban tanto la Dra. María Corsi como la Dra. Emilia Lucio en relación a la responsabilidad ética a la que nos enfrenta ofrecer un tratamiento (seguridad, efectos secundarios, toxicología, etc.,etc.) tanto como el hecho de no ofrecerlo, pues en este último caso equivaldría a dejar de brindar herramientas o alternativas existentes a quien acude a solicitar precisamente ayuda y orientación. En este sentido la presente investigación ofrece fuentes bibliográficas a las cuales acudir para un estudio más profundo de los estudios preclínicos de la aplicación del FGF, y la realización de esta investigación obedece precisamente al interés de compartir estas observaciones con otros colegas.

Otra de las consideraciones que me señalaban, correspondía a la responsabilidad ética en relación a la distribución de los pacientes en distintos tipos de tratamiento de acuerdo al diseño cuasi-experimental para la presente investigación.

A este respecto cabe aclarar que los pacientes no fueron distribuidos al azar, sino que los grupos de tratamiento se formaron de acuerdo a la demanda de los padres, a quienes se les brindó toda la información de las posibilidades existentes. El niño que no recibió ningún tipo de tratamiento fue debido a que los padres se negaron rotundamente. Son biólogos e investigadores y plantean que a pesar de lo interesante de las propuestas terapéuticas no querían "hacerse falsas ilusiones" pues sabían que el padecimiento de su hijo era algo "definitivo".

Ante la posibilidad de tratamiento con el FGF arguyeron que no había posibilidad de que el FGF rebasara la barrera hematoencefálica. Se les brindó información acerca de investigaciones realizadas y avaladas en el ámbito internacional en relación al tema que comprobaban la vía de acceso y los experimentos realizados (Fishman, J.B., Rubin, J.B., Handraban, J.U., Connor, J.R. and Fine, R.E. Receptor-mediated transcytosis of transferrin across the blood - brain barrier. *J. Neurosci. Res.* 1987;18:299-304.). A pesar de ello se negaron definitivamente a participar y simplemente se les dejó abierta la posibilidad de acudir cuando lo quisieran en la modalidad que mejor les pareciera.

Podría decirse que el aspecto ético se toca continuamente a través del trabajo, de manera indirecta, al plantearse la necesidad de informarnos de lo que sucede en nuestro campo y en el de disciplinas afines o cercanas para poder dar una atención más completa a nuestros pacientes.

III - JUSTIFICACIÓN.

*“Tenemos todo el derecho a hacernos teorías clínicas..., pero después hay que ver si estas teorías realmente implican hecho terapéuticos tales que podamos realmente curar con eficacia a los pacientes. Esta es la cuestión” .
(Klimovsky, 1986, pag 24)*

Hemos nacido en una época de continuos avances científicos, de información instantánea y de especialización progresiva. Cada día nos encontramos con descubrimientos que en diferentes áreas enriquecen nuestro conocimiento acerca del universo y de nuestra naturaleza humana. Algunos de estos descubrimientos permiten hacer articulaciones más abarcativas y poner en contacto áreas del conocimiento que antes fuera impensable; otros desmienten postulados previamente inamovibles... y quizás por esto mismo se vuelve tan difícil abrirse al cambio, digerirlo, elaborarlo e integrarlo en nuestros esquemas de pensamiento. Ante situaciones completamente nuevas tenemos cierta tendencia a funcionar con prejuicios inconscientes, ideología, plantearía Braunstein (1975), que dificulta nuestra tarea de investigadores, pero que considero, conforman un paso lógico y necesario en la construcción del conocimiento propio, como una especie de asimilación (Piaget, 1969, 1972) a esquemas previos de pensamiento que nos dan cierta seguridad de funcionamiento. Sin embargo el reto está precisamente en poder confrontarlos, salir de nuestra área de seguridad y arriesgarnos a pensar en otros términos para poder evolucionar junto con este continuo cambio.

Por otro lado requerimos también abrir nuestros canales de información y comunicación a otras áreas si no queremos dejar fuera aspectos que teniendo que ver con nuestra profesión, pueden encontrarse fuera de nuestros canales cotidianos de información, ante la especialización progresiva que ha seguido la ciencia. Esto constituye todo un reto, difícil de resolver satisfactoriamente; lo que no se puede es no asumirlo y encerrarnos en nuestra parcela de conocimiento por muy valioso que este sea, ya que en el momento que se rigidiza y se sobregeneraliza pierde su validez y científicidad.

El Psicoanálisis, que surgió al principio de este siglo que esta por terminar, lo hizo como uno de los primeros representantes de este cambio. Tremendamente revolucionario de inicio (descubrimiento del inconsciente), ha caído en algunos de sus aspectos, en convertirse en un campo cerrado al cambio; en un grupo de escuelas de pertenencia en donde la afiliación a alguna de las mismas depende del postulado de un grupo de "verdades incuestionables" y la utilización de un lenguaje que distingue a determinado psicoanalista como miembro o no de la "pandilla". No sería justo generalizar y no hablar paralelamente de un grupo de psicoanalistas que no sólo han enfrentado este cambio, sino que han hecho aportaciones integrativas novedosas y valientes, tanto a nivel del

campo propiamente psicoanalítico como del psicoanálisis aplicado y que sería imposible citar con justicia en tan corto espacio. Por nombrar sólo a unos cuantos dentro de nuestro medio importantísimos los trabajos de los Bleichmar (1989, 1990), Cueli (1981), Kolteniuk (1992), Antonio Mendizabal (1988), Palacios (1980), Esperanza Pla (1990), Federico San Román (1982), Juan Tubert (1980, 1990, 1992), Juan Vives (1994) Rita Zepeda (1992, 1993), por citar sólo algunos de los más cercanos a mi experiencia profesional y a quienes he tenido la oportunidad de escuchar, en alguna ocasión, directamente y a quienes debo mucho en lo que respecta a una formación que permite aventurarse a cuestionar y a repensar conceptos. Habría muchos más y muchos más trabajos que citar, sería una lista interminable, que además de las aportaciones teóricas a otras áreas del conocimiento hacen labores integrativas novedosas a nivel del tratamiento de los pacientes.

El planteamiento va más bien en relación a una actitud, bastante frecuente, de falta de comunicación entre las instituciones, de descalificación entre unas y otras y del psicoanálisis hacia otras ciencias, que ha llevado, en muchos casos, a la exclusión de la confrontación respetuosa, tan útil para el avance de la ciencia, y a la distorsión del cuestionamiento en un movimiento más político que científico y que nos está dejando atrás en la inclusión de conocimientos nuevos y trascendentes para nuestra área.

En este sentido, y como respuesta a este importante planteamiento a nuestro campo de conocimiento, resulta un logro muy importante el libro publicado por los Bleichmar (1989). Realmente constituye un gran paso en la elaboración e integración del conocimiento psicoanalítico que además transmiten de una manera muy clara y sintética, tomando también honestamente una postura ante las distintas corrientes. Considero que es un libro que nos brinda importantes herramientas para la comprensión y la apertura. Defendiendo la necesidad de confrontar y dar coherencia a este vasto grupo de conocimientos los autores plantean :

"Es desde esta perspectiva que tratamos de hacer un inventario de los esquemas referenciales más significativos para ayudar a estalecer un orden que permita pensar mejor los problemas y entender en dónde las teorías se superponen, se comunican o se enfrentan. " (Bleichmar, 1989, p.19)

Y nos ofrecen paralelamente también una salida ante la dificultad de comunicación entre las distintas escuelas:

"Creemos que la polémica científica es un ingrediente necesario para el progreso de nuestra disciplina. Participamos de esta empresa con la convicción de que los mejores resultados se obtienen con la búsqueda de la verdad. En este sentido es importante resaltar que existe una diferencia entre el movimiento psicoanalítico y el desarrollo de las ideas y teorías...los problemas del movimiento son de índole política... pero tomando un poco de distancia se pueden descubrir y valorar las ideas, más allá de los vaivenes personales o políticos." (Bleichmar, 1989, p.21 y 22).

Su libro permite empezar a formar en el psicoanalista esta capacidad políglota que intentan desarrollar para enfrentar esta "Torre de Babel" (Bion, 1953) en que se ha convertido el movimiento psicoanalítico. Y esto se dice fácil, pero constituye un logro de mucho ingenio y mucho trabajo.

El libro, como podrán apreciar a través de esta investigación, constituye un importante herramienta de la cual eché mano constantemente a pesar de que no coincido en alguno que otro aspecto con la postura de los autores

La presente investigación también quiere plantear que existen problemas comunes a diferentes áreas del conocimiento, y que también en ocasiones nos contraponemos, superponemos o complementamos y que no podemos dejar de lado estos problemas, sin perder tampoco de vista el campo específico de cada área. Nuestro objeto de conocimiento, el fenómeno en estudio requiere de una definición. En este sentido nos centramos en el estudio de "lo que sucede en la sesión analítica". Sin embargo existen problemas que cuestionan si este esquema referencial es suficiente o si necesitamos ampliar nuestras fronteras de conocimiento. Más adelante se retoman algunos de los fenómenos que se plantean como propios del autismo dándoles una interpretación solamente emocional, explicación que de hecho es fundamental, pero que podrían también mirarse desde otras aproximaciones y habría que mirar con mayor detenimiento si esta explicación no se enriquece y resignifica a través de una comprensión de la distorsión en la experiencia perceptual de contacto que encontramos en algunos problemas neurológicos específicos. La trascendencia de esta afirmación es mucha, ya que no niega la importancia del trabajo psicoanalítico con estas afecciones, ya que las fantasías que se generan a partir de esta experiencia distorsionada son múltiples y de una gran complejidad y constituyen precisamente una parte fundamental de la aparatosa expresión emocional y conductual del problema. Lo que sí se cuestiona es el sólo o el mejor avance con este tipo de atención o la interpretación puramente emocional de las causas de la misma.

De este manera, no se trata de dejar de tener una función específica en torno al problema, función fundamentada en nuestro campo de conocimientos, pero enriquecidos por los descubrimientos de otras áreas.

Este cuestionamiento también implica la necesidad de tener un conocimiento amplio y profundo de las distintas aproximaciones psicoanalíticas y psicoterapéuticas y poder establecer cuándo la propuesta de determinada escuela coincide o responde más adecuadamente a determinado tipo de paciente y por qué. Requerimos de formular propuestas más específicas de trabajo de acuerdo al problema del paciente y esto no es porque "así lo sentimos o creemos" sino porque hay toda una fundamentación en torno a elegir una técnica y no otra, y es que se están atendiendo aspectos diferentes de la estructuración de la personalidad y dificultades distintas en torno a este proceso. El trabajar de acuerdo a Balint (1979), o según Klein (1940), o siguiendo a Kohout (1977) obedece a una coherencia entre: el diagnóstico psicodinámico, la aproximación técnica y los objetivos que persiga el tratamiento de acuerdo a la situación del paciente (momento de su vida, tiempo disponible para el tratamiento, situaciones de emergencia, etc) En lugar así de afiliarnos a una escuela u otra por convicciones personales, adoptamos una u otra técnica por razones bien fundamentadas. Solo que para llegar a esto requerimos el diálogo, la confrontación y la búsqueda reflexiva y respetuosa, tan difícil dentro de los movimientos políticos y la evolución científica. No se está negando, como señalarían los Bleichmar (1989), lo incierto de esta integración y que probablemente se implique la creación de concepciones epistemológicas más abarcativas y flexibles, pero por lo pronto este enfrentamiento y falta de diálogo sí nos está dejando atrás en el proceso plural de hoy en día.

Tubert (1991) a quien considero uno de los principales impulsores del cambio en el movimiento psicoanalítico, plantea que probablemente los diferentes esquemas psicoanalíticos obedecen a la existencia de diferentes tipos de pacientes. En este sentido la clasificación que realiza, junto con otros autores, (Kolteniuk 1985; Vives, 1988; Palacios, 1989) de pacientes preestructurales, paraestructurales y estructurales resulta

muy enriquecedor y clarificador. La atención psicoterapéutica que requiere cada uno de estos es totalmente distinta (Tubert, 1989) . Considero que la lectura del trabajo "El concepto de estructura psíquica en la patología preestructural" presentado en el Primer Symposium Internacional de Psicoterapia Psicoanalítica en 1989, puede ser muy enriquecedor para entender este interesante planteamiento, constituyendo otro faro orientador en esta posibilidad de comunicación, de confrontación y de desarrollo de la ciencia psicoanalítica.

En relación a la necesidad de apertura a otros campos de conocimiento externos al psicoanálisis ya hemos señalado la importancia de considerar los avances en la neurología, que constituye precisamente una de las áreas en donde se han dado más innovaciones.

"Podemos decir, sin temor a equivocarnos que los descubrimientos que se han realizado en los últimos 20 años superan ampliamente en número los de los 200 años precedentes" (Brailowsky, 1993, p.66)

En múltiples ocasiones se ha trabajado en torno a la conexión entre la neurología y el psicoanálisis. Ya desde Freud (1886) encontramos esta inquietud. En otros momentos se ha peleado por no perder la especificidad del psicoanálisis al entrar en ámbitos ajenos perdiendo su objeto de estudio: el inconsciente; y su metodología específica tan alejada de las ciencias positivistas . Como plantearían Lacan (1975) y Braunstein (1982) entre muchos otros (1975, 1982).

No pretendo hacer aquí un análisis epistemológico en torno al psicoanálisis. Ya hay un considerable número de trabajos en relación al tema, y de estudiosos que con mucho más herramientas que las mías en este campo han hecho importantes aportaciones en distintos sentidos y desde muy diversas posturas (Merea, 1988; Koltenuk, 1993; Bleichmar, 1989; Will, 1986;; Klinmovsky, 1986; entre muchos otros). No pretendo siquiera discutir si mis planteamientos pueden situarse dentro del psicoanálisis o si constituyen parte de una psicoterapia psicoanalíticamente orientada. Simplemente considero que existen una serie de problemas ante los cuales existen explicaciones válidas, y ciertamente también modificables por el avance de la ciencia y que por otro lado existen afirmaciones más ideológicas que científicas que pretenden hacer casar un fenómeno con determinado modelo para justificar su vigencia. En psicoanálisis, en muchas ocasiones, **caemos en sobregeneralizaciones y distorsiones que son desenmascaradas mediante la ausencia de avance en el proceso terapéutico del paciente y que difícilmente pueden adjudicarse simplemente a su falta de analizabilidad.** Estancamientos que intentamos justificar a través de conceptos tan válidos como el de la resistencia , entre muchos otros, pero que al utilizarse de manera tramposa se vuelven confusos, más cercanos a una cuestión religiosa que científica y entorpecen el trabajo, porque no constituyen una explicación real de ese problema. Perdemos así credibilidad, y se ponen en tela de juicio conceptos muy importantes de nuestro cuerpo de conocimientos. Pero lo que está en cuestión en ese momento no es el concepto en sí, sino la inadecuada utilización del mismo. Sería más saludable no intentar responder a todas las dificultades del sujeto con nuestro esquema. Sí, aportando nuestro marco conceptual donde sea pertinente, pero también pudiéndonos abrir a nuevas respuestas. Nuestro campo de conocimientos tiene un marco limitado de acción, muy importante, pero no hay que olvidar que como psicoanalistas o psicoterapeutas con esta orientación, accedemos sólo a algunos de los aspectos que se implican en la enorme complejidad de la mente humana.

Para el avance de la ciencia, es necesario que los conocimientos puedan ponerse a prueba y puedan adquirir, si se sostienen, cierto valor de universalidad. Esto obviamente tiene que ver con una postura ante la ciencia, misma que no trato de negar y que irá haciéndose evidente necesariamente a través de todo este trabajo.

La presente investigación es mucho más restringida. Trata simplemente de enfocarse a discernir el campo de acción que corresponde al psicoanálisis ante un problema común con la neurología y la neuropsicología. No se pretende, de ninguna manera, plantear un cuerpo de conceptos compartidos, no vería yo la función de este planteamiento además de la limitada información que tengo en el campo neurológico.

Aunque este planteamiento es limitado a un área específica tiene importantes implicaciones que tampoco pueden dejar de considerarse y no dejo de apreciar que el contacto del psicoanálisis con otras ciencias constituye nuevamente otro reto epistemológico que se añade al anteriormente discutido de la necesidad de encontrar coherencia en el vasto campo de conocimientos psicoanalíticos, aspecto que requeriría de una investigación propia y exhaustiva.

Los Bleichmar (1989) hablan de que existen dos situaciones que promueven los cambios en psicoanálisis : una que surge de la práctica clínica (Freud y sus enfermos melancólicos) y otra la de "visita" de disciplinas extra-analíticas (Lacan y la inclusión del estructuralismo y la lingüística). Esta investigación tiene que ver con ambas situaciones : existen pacientes que nos plantean retos importantes en la atención psicoterapéutica y que requieren implementar aproximaciones psicoanalíticas distintas a las existentes, si no en cuanto a una ruptura conceptual, sí en relación a especificaciones en la técnica que tienen que fundamentarse.

Por otro lado, hay información, proveniente de otras áreas, en este caso la neurología, que plantea la posibilidad de un cambio en la explicación etiológica de patologías como el autismo. Estos planteamientos confrontan postulados importantes de nuestra disciplina y nos llevan a reformulaciones, cambios y nuevas integraciones.

Como puede apreciarse el reto es importante.

En fin... considero este momento en el que nos toca vivir como una gran oportunidad de crecimiento y enriquecimiento multilateral si podemos enfrentar el cambio con una actitud de apertura y coherencia. Quizás ahora le toca al psicoanálisis aceptar que otras ciencias puedan hablar de fenómenos comunes, y otorgar a estas explicaciones el crédito que tanto tiempo el psicoanálisis peleó ante posturas positivistas extremas. La única posibilidad de crecimiento nuevamente la constituye el diálogo y la confrontación.

La represión de estas verdades seguramente crearía síntomas que las harían presentes de alguna distorsionada manera.

La elaboración y el trabajo conjunto, por el contrario, seguramente nos llevarán a resignificaciones importantes en nuestro propio desarrollo del conocimiento psicoanalítico, que puede dialogar, cuestionar, interpretar, elaborar, explicitar... sin tener que defender para ello una "verdad inamovible e incuestionable", pues de esta manera estaríamos negando la esencia de nuestra propia ciencia.

IV - MARCO TEÓRICO .

“Uno se asombra del enorme poder de recuperación del infante normal. Uno se ve igualmente impresionado por la dotación congénita del infante institucional de extraer cada gota de estímulo humano, de nutriente ambiental, cada pedacito de contacto humano disponible.”

(Margaret Malher, 1972, pag. 72).

El problema de esta investigación toca dos aspectos que corresponden a dos marcos teóricos muy distintos y que se insertan respectivamente dentro de dos disciplinas diferentes del estudio del comportamiento humano: el psicoanálisis aplicado y la neurología. Desde mi punto de vista, los campos de trabajo de ambas disciplinas aunque diferentes y específicos, pueden enriquecerse mutuamente ante la comprensión de los fenómenos clínicos y en la aplicación de determinado tratamiento a los pacientes.

Una de estas disciplinas, el psicoanálisis aplicado, se refiere específicamente a una concepción del desarrollo emocional desde la perspectiva de las relaciones objetales; el otro se refiere, en el campo de las neurociencias, específicamente a la concepción actual de la fisiología cerebral, que otorga una importancia sin precedentes a conceptos tales como la plasticidad cerebral, el desarrollo neurológico y la recuperación funcional.

No se intenta hacer una integración conceptual de ambos planteamientos, no tendría ningún sentido, además de que constituyen dos marcos conceptuales diferentes, con distinto objeto de estudio y pertenecientes a dos disciplinas distintas. El presente trabajo simplemente intenta el diálogo entre ambos marcos teóricos con el fin de enriquecer la explicación de un problema tan específico y complejo como es el de las psicosis infantiles.

De este modo, se encontrarán en este trabajo dos grandes apartados que intentan abordar ambos aspectos teóricos por separado aunque también paralelamente se irán señalando las conexiones que se considera pertinentes y que pueden ampliar la información sobre el fenómeno, sin perder la especificidad del campo del que provienen. Es un intento de integración de información en donde, a nivel práctico, la interconsulta es indispensable en la comprensión del problema, y a nivel teórico pueden señalarse los límites de la explicación etiológica para cada área de conocimiento.

Ya se señaló en el apartado de presentación que el marco teórico central desde la aproximación psicoanalítica será el del proceso de separación individuación y acceso a la constancia objetal desarrollado por Margaret Malher y colaboradores.¹

Para el trabajo en torno al funcionamiento cerebral existen innumerables autores así como artículos recientes en torno al tema. Dentro de este bastísimo campo la asesoría de la Dra. María Corsi fue de enorme ayuda. Me dió la oportunidad de encontrarme con una obra interesantísima ; muy actual, que además de presentar una visión del contexto actual de las neurociencias lo hace de una manera sintética, clara y profunda. Esta libro fué realizado por tres importantes investigadores pertenecientes a tres reconocidas instituciones : Simón Brailovsky de la Universidad Nacional Autónoma de México ; Donald Stein, de la Rutgers University y Bruno Will de la Université Louis Pasteur. El libro fue publicado simultáneamente en tres idiomas (español, inglés y francés) constituyéndose en una expresión más de este conocimiento sin fronteras y de minuto a minuto. En el libro se habla de las innumerables posibilidades que se están abriendo en relación a la recuperación funcional, y se retoma, entre uno de sus temas, el de los factores de crecimiento neuronal. Considero que es un libro de gran valor y puede aportar importantes elementos explicativos para la comprensión de esta investigación.

Además de estos autores por supuesto se han consultado a Ajuariaguerra, 1975 ; Azoaga, 1979, 1992 ; Luria 1977 ; entre otros, que han sido estudiosos tan importantes de este campo. Al no tratarse de una investigación básicamente neurológica simplemente se abordarán aquéllos aspectos que están relacionados con la presente investigación y se recomienda al lector ineteresado ir directamente a las fuentes que se especifican en la bibliografía en donde podrá encontrar aspectos ya más específicamente neurológicos y neuropsicológicos.

El segundo gran apartado de este marco teórico corresponde pues a esta aproximación y se desarrolla en el siguiente capítulo, denominado plasticidad cerebral.

APROXIMACIÓN DESDE EL MARCO DEL DESARROLLO EMOCIONAL.

(MARGARET MALHER).

A) LA TEORÍA DE MALHER.

La teoría de Margaret Malher brinda importantes elementos para la comprensión del complejo fenómeno de desarrollo emocional del niño. Tiene la gran ventaja de haberse elaborado a partir de la observación directa de niños y sus madres, y de incluir tanto el seguimiento de niños sanos como el de niños con problemas severos como son las psicosis infantiles. Esta característica de la investigación de Malher me parece de gran

¹ El elegir un solo marco teórico obedece a la necesidad de dar consistencia a la investigación. No dejo de reconocer que podrían haberse incluido muchos otros autores que trabajan alrededor del vínculo. Sin embargo, tratar de integrar diferentes aproximaciones teóricas nos llevaría conjuntamente a un trabajo epistemológico de gran profundidad que no es el objetivo de la presente investigación. (Dr. José de Jesús Gonzalez Nuñez, 1997, comunicación personal)

trascendencia ya que generalmente en el consultorio observamos problemas y dificultades y de pronto perdemos la perspectiva de la salud mental. Malher integra ambas observaciones y elabora una teoría del desarrollo emocional a partir del trabajo de muchos años de investigación. A pesar de que se le ha cuestionado en torno al hecho de que incluye tanto aspectos de observación clínica, como otros de corte experimental y de confundir algunas categorías conductuales observables con inferencias interpretativas, su planteamiento encuentra una fuerte sustentación en la constancia con la que se pueden identificar los procesos psicológicos descritos por la autora en diferentes niños, de diferentes países (aunque dentro de la misma cultura occidental), así como por la utilidad que esta aproximación ha representado en el tratamiento de niños con dificultades severas de desarrollo. Quizás estemos también entrando, en el área de la investigación, a un nivel en donde las categorías existentes para la clasificación de los fenómenos sean insuficientes para la descripción de nuestros nuevos conocimientos y haya necesidad de encontrar metodologías más abarcativas y flexibles. En fin, no es aquí el lugar para hacer una reflexión epistemológica, pero baste decir que la aproximación de Malher brinda importantes herramientas de trabajo en el seguimiento del desarrollo temprano ya que, según señalan los Bleichmar: "*La teoría elaborada por Margaret Malher, es antes que nada, un modelo del desarrollo emocional del niño*". (Bleichmar, 1989, p.347).

La teoría de Malher incluye dos aspectos centrales alrededor de los cuales se organiza progresivamente el pequeño: su maduración neurofisiológica y el establecimiento de un vínculo específico con la madre. Conforme el niño va atravesando por estas distintas etapas de maduración, hay una progresiva complejización en el interjuego madre-hijo que va posibilitando la expresión de éste último como un ser psicológicamente separado e individualizado, dependiendo de la manera en que esta relación diádica vaya permitiendo o no la manifestación y desarrollo de sus potenciales congénitos.

De este modo a pesar de que muchos de sus planteamientos derivan de los conceptos de autonomía primaria y secundaria y en general de los aspectos desarrollados por Hartmann, propone una idea de gran originalidad al tomar como base del desarrollo psíquico esta matriz diádica madre-hijo.

Malher le da gran importancia a todo el desarrollo biológico sobre todo durante los primeros meses de vida, al grado de haber sido calificada por algunos autores como excesivamente naturalista. Para Malher los primeros meses de vida son una prolongación del estado intrauterino. "*En el desarrollo primario es la fisiología más que la psicología la que nos muestra el camino*". (Malher, 1972, p.64).

El objeto libidinal se va catectizando perceptiva y libidinalmente de forma simultánea y paralela, de tal manera que el desarrollo neurológico permite la percepción del objeto libidinal y posibilita su catectización. Pero también inversamente, una fuerte carga libidinal agresiva puede entorpecer gravemente la percepción del objeto libidinal.

El proceso de maduración que permite la percepción del objeto libidinal a nivel de función yóica es un paso previo indispensable para su catectización, o más que un paso previo, ya que son funciones que se alimentan una a la otra, digamos que la capacidad perceptiva del infante y su sana evolución constituyen elementos indispensables para la catectización libidinal, al igual que el objeto permanente de Piaget (1959) es un componente indispensable en la construcción de la constancia objetual (Malher, 1975) a pesar de que corresponda a una capacidad más de desarrollo de la inteligencia.

Malher da a la madre una importancia decisiva en las patologías severas del desarrollo, y aunque admite la existencia de cierta fragilidad yoica que predispone al pequeño a esta afección. También señala que una actuación de la madre puede salvar los obstáculos de esta fragilidad.

Podría resumirse que su aproximación sustenta el desarrollo emocional del niño en tres elementos básicos :

- relación con la madre.
- dotación genética y desarrollo neurológico.
- experiencias vitales.

De tal modo que el proceso de maduración va permitiéndolo determinados tipos de intercambio que se dan en determinadas circunstancias : no es lo mismo el primer hijo que el segundo o le tercero. O un niño que ha tenido una experiencia de salud a aquel que ha tenido que atravesar por diversas hospitalizaciones. Sin embargo Malher le da mayor peso a lo que constituye el vínculo, y de acuerdo a cómo se encuentre el mismo incidirán las distintas experiencias : no es lo mismo una experiencia de separación en pleno momento de reaproximación que durante una etapa en que ya se haya consolidado la constancia objetal. De tal manera que se trata de un interjuego complejo en donde el valor de la experiencia está determinado por el momento de desarrollo emocional, y la calidad del vínculo emocional . Ciertamente también habrá también de considerarse el valor traumático del evento en sí mismo.

B) EL CONCEPTO DE SERIES COMPLEMENTARIAS EN MARGARET MALHER.

Este concepto es muy importante en Margaret Malher para la explicación de la patología. Tomemos una cita de su libro "*Simbiosis humana*" :

"Mis propias observaciones no apoyaron las teorías que implicaban exclusivamente, o aún principalmente la madre "esquizofrenogénica". Creo que es más útil enfocar este problema en términos de una serie complementaria : a) si durante la fase autista y simbiótica más vulnerable ocurre una traumatización severa, acumulada y tambaleante en un infante constitucionalmente bastante robusto, la psicosis puede suceder y el objeto humano en el mundo externo pierde su capacidad catalizadora de muelle y polarizante para la evolución intrapsíquica del infante y su "rompimiento del cascarón", b) por otro lado, en infantes con una fuerte predisposición constitucional, hipersensibles o vulnerables, la actuación maternal normal no es suficiente para actuar en contra del defecto innato de la utilización polarizante, de muelle y cataclítica del objeto amoroso humano o de la agencia maternal en el mundo externo para una evolución y diferenciación intraopsíquica". (Malher, 1972, p.70)

La serie complementaria en Margaret Malher estaría dada por dos elementos, que resumen muy claramente los Bleichmar (1989) :

- a) Ser maternal : que estaría dado por la dotación genética del sujeto que le permite, por un lado aceptar los cuidados y atenciones que la madre le proporciona y por lo mismo lo impulsa hacia un vínculo con el medio ambiente.

b) **Maternación** : presencia y disponibilidad emocional de una madre que proporcione efectiva, y afectivamente los cuidados que requiere la crianza.

De esta manera, los cuidados y atenciones de la madre que pueden ser aprovechados efectivamente por el pequeño sano van permitiendo el desplazamiento de las cargas libidinales desde dentro del cuerpo hacia la periferia y de este modo se hace posible la percepción del objeto a distancia, tan importante para posibilitar el proceso de separación individuación.

A pesar de estas reflexiones queda poco claro el peso etiopatogénico que Malher da a la madre. En algunas ocasiones parece plantear que un niño con una fragilidad constitucional natural puede, gracias a la actuación de una madre sana y deseosa de establecer una sólida vinculación con su hijo, lograr que el mismo tenga un desarrollo emocional normal. En otras ocasiones habla de la importancia de la dotación genética y se refiere a los estudios de Provence y Lipton (1962) quienes observaron a niños institucionalizados en los que pudieron apreciar que todas las facultades primitivas aparecieron en un punto predeterminado, de acuerdo al itinerario maduracional esperado y en alto grado fueron independientes, para su aparición, de los factores ambientales, pero que se extinguieron ante la falta de un estímulo, de respuesta. (Malher, 1968). Retoma asimismo, algunos trabajos de Spitz (1946) y señala cómo si el niño institucionalizado y anaclícticamente deprimido recibía de nuevo el cuidado materno antes de que el yo sufriera un daño irreversible, los infantes se recuperaban y dice al respecto *"Uno se asombra del enorme poder de recuperación del infante normal. Uno se ve igualmente impresionado por la dotación congénita del infante institucional de extraer cada gota de estímulo humano, de nutriente ambiental, cada pedacito de contacto humano disponible."* (Bion, 1985, p.68).

Igualmente retoma algunos de los estudios de Ana Freud y Sophie Dann (1951) sobre niños que habían pasado sus primeros años en campos de concentración y que habían sufrido brutales separaciones y que desarrollaron fuertes ligas emocionales entre ellos lo que les permitió mantener el contacto con la realidad.

Como puede apreciarse su postura no es muy clara , sin embargo podríamos resumir que la patología del desarrollo temprano (que es el que nos ocupa), de acuerdo con Malher, estaría dada por la interacción de tres factores :

- 1) Defectos innatos : incapacidad del yo para neutralizar los impulsos agresivos, deficiencias perceptuales primarias y dificultades en el establecimiento del vínculo.
- 2) Defectos dados por la psicopatología materna.
- 3) Traumas : enfermedades, accidentes, hospitalizaciones que cuestionan la estabilidad del vínculo emocional o la autoimagen del individuo. (Bleichmar 1989).

De todos modos, se hace indispensable investigar **EN QUE CONSISTE ESTA DISPOSICIÓN CONSTITUCIONAL**. Considero que la presente investigación puede arrojar datos al respecto y lejos de desechar las importantes aportaciones del cuerpo de conocimientos psicoanalíticos que se han gestado alrededor de las psicosis, puede proporcionar alguno de los marcos de referencia extra analíticos que podrían permitir una mejor utilización de los recursos terapéuticos al atender paralelamente al problema con una comprensión más amplia de sus distintos componentes estructurantes. Puede ser que mi planteamiento sea muy ambicioso, pero si puede arrojar algo de luz en el difícil

campo de la psicosis infantil, creo que bien vale la pena abrir un espacio para la exploración y cuestionamiento de esta posibilidad.

C) PSICOSIS INFANTILES.

1) Distorsión del vínculo en la psicosis infantil.

La psicosis infantil no constituye la regresión a una fase normal de desarrollo, constituye desde siempre una distorsión. No se origina por la pérdida del sentido de realidad, como en el episodio o brote psicótico adulto, sino que constituye una falla en donde nunca pudo accederse a la instauración de un principio de realidad ni a la estructuración psicológica que posibilitaría la existencia de un yo autónomo y la represión del proceso primario. De esta manera la psicosis infantil es un desorden grave del desarrollo del niño que afecta muchísimas áreas y que es muy evidente en su dificultad adaptativa incluso para los aspectos más básicos de la supervivencia como son la alimentación, el sueño y la protección de la integridad física.

Llama la atención en los niños psicóticos, según señala Malher (1968) la falta de actividades autoeróticas y por otro lado la presencia de actos autoagresivos y mutilatorios, como si constituyeran la única vía para percibirse, para sentirse vivos.

Pero quizás en el área en donde sea más evidente la distorsión en las psicosis infantiles la constituye precisamente su dificultad para establecer un vínculo, su incapacidad para ver e interactuar con el objeto humano.

"Lo que distingue al niño psicótico es su inhabilidad para establecer relaciones de objeto significativas e interactuar significativamente con otros seres humanos." (Malher, 1972, p.20).

De esta manera, para Malher (1968), la deficiencia central el niño psicótico reside en esta incapacidad para usar a la madre como yo auxiliar, que le permita, inicialmente aceptar los cuidados que provienen de ella y posteriormente separarse de la misma formando un sentido sólido de realidad externa. De este modo el niño psicótico no alcanza un sentido de identidad individual.

El infante psicótico, al no poder usar a su madre en forma habitual, tiene que recurrir a otras formas para mantenerla presente. Malher llama a estos mecanismos, mecanismos de mantenimiento, que analizaremos más adelante. Baste con decir por ahora que estos mecanismos sustitutivos son muy diferentes a los mecanismos de defensa que utiliza el niño normal y que la relación que establece con la madre está muy lejos de ser una relación de objeto en el sentido tradicional del término. Diríamos que se trata de relaciones de objeto narcicistas (ya distintos autores han trabajado en torno a esta aparente contradicción, entre ellos Malher, 1968, Balint, 1979, y muchos otros), en donde el objeto libidinal es tratado como un objeto parcial (Klein, 1946) y en donde no se le distingue de un objeto material, es decir, en donde objetos vivos y materiales pueden ser intercambiados, **en donde los fenómenos materiales y mentales son tratados de manera indistinta (Bion,1957 ;Tubert,1996)** y en donde rigen los principios más primitivos de contigüidad y condensación. Estos mecanismos de

mantenimiento serán trabajados con mayor detenimiento más adelante ya que brindan importantes herramientas en la comprensión de las fantasías subyacentes a las complejas y aparentemente sin sentido conductas psicóticas.

2) Tipo de psicosis.

Margaret Malher (1968) habla de la existencia de dos cuadros principales en relación a la psicosis infantil: psicosis preponderantemente autista, y psicosis preponderantemente simbiótica. Conforme avanza en su trabajo con las psicosis llega a la conclusión de que las psicosis autistas evolucionan hacia una psicosis simbiótica cuando el niño puede empezar a establecer contacto con el objeto humano. Habla así también de cuadros mixtos en donde encontramos síntomas combinados de ambos síndromes.

a) Psicosis Autista :

De acuerdo con Malher (1968) la explicación de todo el cuadro sintomatológico que rodea al niño con psicosis autista deriva de la incapacidad de este pequeño para utilizar las funciones yoicas de la madre como un yo auxiliar y aceptarlas, utilizándolas para su orientación, tanto en su mundo interno como en el externo. Y no sólo trata así a la madre, sino que en general "ignora" a los seres animados que le rodean, como si pudiera ver "a través de ellos" lo cual se ha interpretado como una alucinación negativa.

Paralelamente a esta desvinculación hacia los seres vivos el niño autista presenta un apego anormal hacia los objetos materiales y se desorganiza de manera muy aparatosa cuando sucede algún cambio en el ambiente físico que le rodea. Dice Malher :

"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. Dentro de este mundo de objetos se sienten omnipotentes y cualquier modificación en el mobiliario de sus cuartos o del consultorio, la falta de algún juguete en el lugar en que habitualmente se encuentra y otras situaciones por el estilo pueden despertar una intensa crisis de angustia." (Bleichmar, 1989, p.350).

Cuando se vinculan con quienes les rodean, lo hacen como si se tratara de un objeto inanimado más, es decir, como si fuera una extensión mecánica del propio cuerpo, una palanca, un botón. Es por esto que pueden entrar en una situación de franca desestructuración y rabia cuando no se cumple con esta función y puede regresar a su aislamiento como respuesta a esta "falla".

El lenguaje tampoco es utilizado para una comunicación funcional. Las palabras también pueden ser tratadas como objetos materiales que "se avientan", "se escupen", "se vomitan" o simplemente se emiten por el sólo placer de descarga. Habría así una debilidad congénita de lo que Hartmann(1939) denominó yo autónomo y esta fragilidad es lo que condiciona esta dificultad para establecer contacto.

"El yo de los niños autistas es tan frágil que no puede mantener su cohesión a menos que desconozca la existencia de los estímulos provenientes tanto del medio ambiente como del propio cuerpo." (Bleichmar, 1989, p.351)

Para Malher todo este cuadro constituye una defensa por la intensa angustia que los niños autistas experimentan ante el contacto humano. Pero yo añadiría que no es sólo ante el contacto humano sino ante todo aquéllo que signifique un cambio, que no pueda ser previsto ni controlado por el niño, tal y como puede controlarse un apagador de la luz o un juguete mecánico. Es una intolerancia ante cualquier cambio del ambiente o ante cualquier estimulación interna o externa que rebase ciertos límites de irritabilidad que parece generalizarse si no es detenida antes de producirse. Es como si el pequeño "supiera" que no puede vérselas con tales estímulos, y dentro de todos ellos, el humano representa el más cambiante e imprevisible de estos estímulos y el que seguramente le provoca más movilización, precisamente por la carencia tan grande que sufre en este aspecto, entonces "opta" por desarrollar una coraza "adaptativa" que le permita "protegerse" de esta sobre estimulación, de esta desorganización y el precio que paga es la falta de contacto, el aislamiento y el aniquilamiento de su proceso de surgimiento como persona, como individuo. Lo que sucede es que se trata de un mecanismo de defensa que se desarrolla a partir de una carencia, de una limitación, y en este sentido podrían retomarse conceptos de Hartmann (1939) en relación al desarrollo de los mecanismos defensivos de acuerdo a las capacidades innatas del sujeto, de sus potencialidades. "*Hartmann cree que las funciones autónomas son la base filogenética de los mecanismos de defensa que utiliza el yo ; son moldes sobre los cuales podrán, en el curso del desarrollo psíquico, amarse las distintas modalidades defensivas.*" (Bleichmar, 1989, p.45)

Mi postura concuerda con esta afirmación y considero que precisamente los niños autistas desarrollan un mecanismo defensivo tan primitivo debido a un serio problema en la integración sensorial, que les dificulta la relación de la sensación de satisfacción con la presencia de la madre, o siquiera la construcción de la categoría concreta de causalidad aun cuando la estimulación sea corporal, por ejemplo, ante lo desorganizante que resulta la sensación del hambre, el niño autista difícilmente puede relacionar que el alimento constituye un objeto satisfactor, y simplemente lo vive como un agresor más ; cuando logra comer, la tensión desaparece sin que pueda relacionar hambre-llanto ___ madre-alimento ni estructurar y dar sentido a esa rutina a la que Winnicott (1960) confiere tanto peso en el sostenimiento del niño y que le irá permitiendo una anticipación confiada de que sus necesidades serán resueltas, e ir así conformando un pecho interno bueno que lo rescata y al cual poder evocar en situaciones de tensión o necesidad. Ante esta limitación yoica congénita el pequeño desarrolla una defensa muy limitante : su aislamiento.

En el niño autista por otro lado podemos observar este contraste entre la ausencia de conductas autoeróticas y por otro lado la impactante presencia de conductas autodestructivas y autolesivas. De acuerdo con Malher(1968), estas últimas conductas ayudan al niño a sentir sus cuerpos y tienen el propósito de agudizar la conciencia del ser corporal, como un intento de sentirse vivo y entero ante la falta de límites entre el ser y lo que le rodea y ante la dificultad de proporcionarse satisfacción a través de una manipulación placentera. Estas actividades autoagresivas se expresan en conductas tales como morderse, arañarse, golpearse la cabeza y que incluso no se detienen, como si no hubiera una percepción clara del dolor y requieren de la intervención de un adulto para evitar que el niño se siga lastimando. Esta es incluso una de las sugerencias terapéuticas de Malher ante la autoagresión : la intervención directa y clara así como la expresión del deseo del terapeuta de que el pequeño no siga lastimándose, utilizando para ello el juego o alguna otra herramienta de comunicación que permita establecer

contacto con el pequeño hasta llegar incluso a evitarlo corporalmente si es necesario constituyéndose en una contención física que se espera llegue a introyectarse.

Hay además en el niño autista una confusión total entre los estímulos que provienen del cuerpo y los que provienen del medio ambiente y en esto probablemente resida la confusión entre los objetos materiales y mentales, es decir, se trata de la misma manera una luz intensa que la sensación de hambre, o un cambio en el ambiente material que un dolor corporal. Como si existiera una incapacidad para diferenciar que proviene de dentro y que proviene de fuera y qué son las sensaciones y qué son los objetos. El niño actúa ante algunas sensaciones corporales como si se tratara de un objeto material que concretamente lo hubiese invadido y del cual quisiera desembarazarse a toda costa, lo cual impide, en este estado de excitación, la recepción de cualquier tipo de cuidado. Esto también puede explicarnos un poco de las reacciones catastróficas del niño psicótico. El desorden en el cuarto, el cambio de lugar, puede ser vivido como una desorganización interna que lo invade, que no puede controlar, que lo fragmenta. Y esto podría explicarse por la falta incluso de diferenciación entre los estímulos mismos, como si el pequeño con psicosis autista siguiera utilizando las herramientas que tiene un bebé recién nacido en relación al procesamiento de la experiencia sensorial al lado de conductas más desarrolladas, lo que le hacen llegar a distorsiones tan graves que nos llevan a la conclusión de que, efectivamente, la psicosis no puede constituir la regresión a una etapa normal de desarrollo, tal y como si se me permite la comparación, una falla importante en el aparato locomotor va desarrollando una creciente deformación esquelética y muscular.

El niño con psicosis autista, al igual que el bebé recién nacido "No percibe diferencias entre la satisfacción que logra saciar su hambre y el alivio que le produce el vómito o la tos. Las dos son satisfacciones, ya que ambas restauran el "equilibrio del sistema" y el bebé no puede distinguir que la primera le fué proporcionada por un objeto externo mientras que la segunda es resultado de un mecanismo de su propio cuerpo." (Malher, 1972,p.53)

Algunos de estos síntomas serán retomados cuando se trabaje alrededor de los mecanismos de mantenimiento de los que habla Malher (1968) como mecanismos defensivos psicóticos.

b) Psicosis Simbiótica :

A diferencia de lo que sucede con la psicosis autista, en donde la madre generalmente refiere que había algo que le impedía hacer contacto con su pequeño a pesar de repetidos intentos, el niño que desarrolla una psicosis simbiótica parece enfermarse repentinamente. Esta dificultad aparece entre el año y los tres años de edad y Malher la adjudica a la angustia que provoca el proceso maduracional que lleva al niño a percibirse como un ser separado de la madre cuando emocionalmente no puede tolerarlo. Esto dispara el síndrome psicótico.

"Fué la separación emocional de la simbiosis con la madre la que actuó como disparo inmediato para desconectarse psicológicamente de la realidad." (Malher, 1972, p.20)

En el momento en que el niño empieza, por efectos del desarrollo de sus capacidades motrices y de lenguaje, a percibirse como un ser separado, irrumpe un cuadro de angustia intensa, que Malher denomina angustia de separación. Esta reacción catastrófica puede despertarse ante cualquier frustración menor que experimenta el yo y

el niño trata de mantener a toda costa la ilusión alucinatoria de formar una unidad indisoluble con la madre.

"El rasgo esencial de la simbiosis es una fusión alucinatoria o ilusoria, somatopsíquica, omnipotente, con la representación de la madre y, en particular, la ilusión de un límite común de los dos, los cuales en realidad y físicamente son dos individuos separados". (Malher, 1972, p.26).

Las reacciones de pánico descritas anteriormente ante frustraciones menores son seguidas así por intentos reconstitutivos que "sirven" al pequeño para mantener o restaurar la función narcicista de mantenimiento de esta unidad dual (Malher, 1968).

Para Malher (1968) esta intensa angustia de separación que desarrolla esta reacción de pánico está explicada por la sensación de fragmentación del yo que experimenta el niño ante la separación de la madre ya que es un yo que mantiene una muy precaria cohesión solamente a través de la contención materna. La separación equivale a la desintegración.

Totalmente de acuerdo con esta observación resulta entonces que la psicosis autista y simbiótica finalmente no se encuentran alejadas, tal y como observara también Malher, ya que finalmente la madre es un estímulo reconocible, constante y de alguna manera predecible ante el enorme y abasallador ambiente cambiante. Por eso la relación con la madre es tan omnipotente. Es como si el niño requiriera de controlarla para calmar su ansiedad. Al igual que el autista controla los objetos al hacerlos girar, el niño con psicosis simbiótica a través de los berrinches, ruidos, actitudes motrices, actividades riesgosas, logra controlar la respuesta de la madre, instaurándose un verdadero equilibrio psicótico en la diada, como brillantemente observara Malher (1968). El control omnipotente que experimenta el niño con respecto a la madre se alimenta también por esta respuesta inmediata que la madre tiene ante sus demandas, por este "adivinar" su pensamiento con tal de que el niño no caiga en un proceso desintegrativo.

Este aspecto es de particular importancia en el proceso terapéutico emocional debido a que, este mecanismo se gesta inicialmente como una respuesta a la dificultad adaptativa del pequeño en donde la madre no puede permitir que lo abrume una estimulación tal que lo desorganice, y parece funcionar por un buen rato, mientras la cantidad y variedad de los estímulos no son tan complejos. Pero llega el momento en que es insuficiente ya que la presión maduracional, de un niño con una inteligencia prácticamente normal, lo lleva al desarrollo de sus capacidades motrices; entonces el pequeño está preparado fisiológicamente para caminar cuando emocionalmente está muy lejos de estarlo. Se gesta así una respuesta materna, en su origen adaptativa, para actuar como contención de esta angustia desestructurante, de esta reacción catastrófica. Sin embargo, al ser un mecanismo tan primitivo, distorsiona a tal grado la realidad y el vínculo materno infantil, que se va constituyendo en una compensación psicótica limitante. Contrariamente a lo que piensan muchos autores que han trabajado alrededor de la psicosis infantil e incluso de la psicosis en general no creo que la distorsión en el vínculo en relación a este control omnipotente que ejerce el niño sobre la conducta de la madre pueda ser explicada a partir de las fantasías inconscientes de la misma, o de ambos padres, o del deseo de la madre de conservar al niño para sí mismo como su falo. Considero que probablemente se llegue a esta distorsión pero no como un punto de partida, sino ante un progresivo deterioro del vínculo por la intervención de un factor desestructurante. No quiero aparecer poco psicoanalítica y negar la trascendencia de la patología parental y su incidencia en el vínculo con el pequeño. Tampoco quisiera ser poco clara y no considerar que ante una patología

extrema de la madre el niño puede sufrir enormes trastornos, incluso el de psicosis y que los efectos constantes de una relación distorsionada hacen su efecto a lo largo de la crianza. Lo que me atrevo a plantear es que la dificultad del pequeño para vincularse también incide en la madre, también provoca una reacción en la misma, y que lo que se inicia como una distorsión termina siendo un verdadero enredo en donde la madre, que también aporta su propia patología ante esta situación tan deteriorante, también desarrolla fantasías omnipotentes acerca de la afección del hijo y llega a considerar que algún hecho sin trascendencia fue lo que finalmente provocó su enfermedad. La sobreinterpretación de tales sucesos favorece el desarrollo de una fantasía de cualidad persecutoria en la madre que se siente terriblemente frustrada por haber destruido su propio acto creador y tremendamente ambivalente hacia el mismo que no pudo tolerar su agresión sin ser tan frágil y tan aparatosamente destruido ante una falla, así como la comparación con otros niños y otras madres que han pasado por situaciones "más difíciles" y que sin embargo han podido conservar un buen vínculo. Por otro lado se siente terriblemente culpable y la sólo aparición de estos pensamientos de enojo, aunados a la fantasía de ser omnipotentemente destructiva, alimentan la ambivalencia y se gesta, en muchos de los casos, algo así como una conducta de escudriñamiento obsesivo de cada una de las respuestas del niño ante las intervenciones maternas. En este sentido la diferenciación de los aspectos que corresponden a la psicodinamia familiar y las que son explicadas a partir de otros elementos ajenos a lo inconsciente es ya en sí terapéutico, ya que salva a los padres del delirio omnipotente y los pone en el camino de la reparación.

Sin embargo queda aún un gran aspecto por trabajar. Este equilibrio psicótico encuentra un eco en las partes enfermas de la madre y reactiva sus áreas más primitivas. A pesar de que el niño avance la madre puede tener dificultades para poder asimilar estos cambios y resignificar su relación con el niño. Afortunadamente, como también he podido observar en muchos de los casos, hay también una parte muy lastimada de la madre que se saneará ante la satisfacción de la posibilidad de un contacto anhelado por mucho tiempo: las madres también necesitan abrazar a sus pequeños y se sienten tremendamente frustradas cuando, tal y como me refería la mamá de un niño autista: "desde que pudo hacerlo prefirió tomar el biberón en su cuna, sin estar abrazado, como si mi contacto le molestara, como si se manejara mejor sin estar entre mis brazos, alimentarlo con el pecho fué muy difícil, siempre prefirió el chupón, tengo tantas ganas de poder abrazarlo" (Comunicación personal de la madre de un niño de 4 años con síndrome de asperger).

Existen diferencias muy importantes en la manera en que las madres viven la dificultad del hijo y lo que proyectan en el mismo y esto sí tiene que ver con su estructura de personalidad y específicamente con sus partes más dañadas. El niño autista puede ser "un buen receptáculo" de los aspectos más enfermos de los padres y en general del grupo familiar. Esto no sugiere que sean estas proyecciones las que hayan enfermado sino simplemente que en el enfermo se pueden proyectar estos contenidos, e intentar mantenerlo enfermo, aún cuando sus condiciones hayan cambiado. (Dr. San Román, 1982, comunicación personal).

Este aspecto es de gran relevancia y constituye un elemento indispensable a trabajar, sobre todo en problemas de patología más importantes en los padres, para poder sustentar el tratamiento del pequeño. Generalmente cuando esto es así los padres no buscan atención para el hijo o no pueden hacerlo de una manera consistente y efectiva.

La angustia de separación en la psicosis simbiótica también tiene su contraparte complementaria : el temor al reengolfamiento (Malher, 1968). Es por eso que la conducta del pequeño con psicosis simbiótica es tan contradictoria. El niño se debate entre esta necesidad de unidad ilusoria con la madre y esta conducta oposicionista contra el adulto, como defendiéndose del aniquilamiento, de la destrucción de la individualidad, y que nuevamente encuentra relación con el síndrome autista, como esta incapacidad para vérselas con el estímulo humano sin sentirse tremendamente angustiado, lo que le impide poder obtener de él la suficiente satisfacción como para poder dejarlo más adelante sin tanta angustia.

De esta manera, y de acuerdo con Malher, la evolución natural del cuadro autista, cuando logra establecer contacto, sería hacia un cuadro simbiótico, pasando por un período en donde síntomas simbióticos y autistas se enciman. En el cuadro inicialmente simbiótico, si hacemos una observación cuidadosa de los antecedentes, podremos encontrar rasgos autistas de desapego importante, que impidieron o impiden al niño el poder aprovechar suficientemente el contacto humano y desarrollar suficientes funciones, indispensables en su desarrollo emocional, dificultades que hicieron irrupción cuando la demanda adaptativa superó las capacidades del pequeño, debido al desarrollo maduracional que exige respuestas más complejas y que implican cada vez mayor autonomía.

c) Cuadros mixtos.

Margaret Malher (1968) identificó una serie de cuadros mixtos en donde se volvía francamente imposible diferenciar si la sintomatología pertenecía a un cuadro autista o simbiótico. E incluso se percató de que la psicosis preponderantemente autistas evolucionaban, cuando el pequeño lograba establecer contacto, hacia una psicosis de tipo simbiótico.

"Ahora creemos que estamos tratando con una sintomatología que va, a través de un amplio espectro, de un retraimiento autístico completo del medio ambiente humano... a los intentos sobrecogidos de terror, casi incesantes y en su mayoría ambivalentes (Bleuler) del esfuerzo de la fusión delirante y los mecanismos para librarse del engolfamiento simbiótico". (Malher, 1972, p.22).

Esto le creó importantes problemas en el tratamiento debido a que los niños tremendamente aislados cuando evolucionaban hacia el contacto, presentaban una serie de conductas de respuesta excesiva ante el medio ambiente (generalmente de corte agresivo o destructivo) que notificaban de este inicio de contacto, pero que provocaban importantes dificultades de manejo en el ambiente familiar, entre otros. Muchas veces lo que constituía un verdadero avance era evaluado como un aparatoso retroceso. Lo que sucedía es que los niños requerían de más atención a partir de este momento y representaban un alto nivel de demanda para cualquier medio ambiente. Y baste con imaginarnos a un niño de diez años, con un cuerpo de ese tamaño, haciendo una exploración que podríamos esperar de un pequeño de año o año y medio y acompañado por las distorsiones de un proceso que se ha vivido de una manera tan fragmentaria, además del alto grado de irritabilidad y excitabilidad que provoca esta ruptura del "caparazón".

Existen actualmente algunas listas de comportamiento autista, como el Autism Behavior Checklist, entre otras, que establecen un perfil de conductas autistas. Este listado, que se incluye en el apéndice, si es analizado, incluye tanto conductas autistas como simbióticas y algunas otras de carácter de desarrollo, otorgándoles un peso de acuerdo a los resultados de la estandarización que se hizo. Parece ser entonces que existiera un continuo entre lo que son las conductas francamente bizarras de tipo autista y las distorsiones en el vínculo de las psicosis infantiles, incluso en aquéllas en que no se observa un antecedente autístico claro, y que valdría mucho la pena tratar de investigar. Quedémonos ahora simplemente con este dato registrado por Malher hace tantos años de que las psicosis autistas evolucionaron, en la mayoría de los casos, hacia un cuadro simbiótico.

3) Mecanismos de mantenimiento.

Hartmann (1939) considera que los mecanismos defensivos, como mecanismos adaptativos, se gestan a partir de las funciones autónomas.

"En nuestro trabajo clínico observamos cotidianamente cómo las diferencias en el desarrollo intelectual, motor, etc., influyen en la capacidad del niño para manejar los conflictos y cómo éstos a su vez, modifican el desarrollo intelectual y motor." (Hartmann, 1964, p.27).

Totalmente de acuerdo con esta afirmación, podríamos pensar entonces que ante una seria distorsión en la capacidad perceptual y de integración sensorial un pequeño no tiene las mismas herramientas para elaborar mecanismos defensivos suficientemente funcionales como podría hacerlo si sus funciones estuvieran sanas. A pesar de que Malher no hace esta afirmación creo que no se opondría a la misma y que precisamente aquí se situaría la parte constitucional o esa fragilidad congénita de la que ella habla.

Los mecanismos de mantenimiento constituyen este intento, distorsionado, del niño con psicosis infantil, de manejarse dentro de los precarios recursos con los que cuenta para poder "adaptarse" al medio y establecer un vínculo con los objetos.

"El infante psicótico no puede usar a su madre en la forma habitual, tiene que recurrir a diferentes formas para mantener su vida. Estos mecanismos sustitutivos son diferentes de las relaciones de objeto, así como de los mecanismos defensivos empleados por cualquier otro grupo de niños. Los dos mecanismos principales que usa el niño psicótico, en diferentes combinaciones y mezclas, son esencialmente autísticos y simbióticos; inanimación, indiferenciación, desvitalización, fusión y defusión. Estos no pueden ser llamados mecanismos defensivos ni adaptativos en el sentido en que estos términos son usados por otros niños normales o neuróticos. Por esta razón prefiero llamarlos mecanismos de mantenimiento... Estos mecanismos de mantenimiento operan defensivamente en contra de las ligas de objeto si se entiende que para el niño psicótico objeto tiene una connotación diferente,.. es cualquier cosa que actúa sobre el organismo."

(Malher, 1972, p.75).

Los mecanismos de mantenimiento del niño psicótico operan también en contra de los impulsos instintivos y sus representaciones internas y es que habría que aclarar que existe una total confusión e indiferenciación entre el objeto, el sujeto y los impulsos instintivos **"debe quedar claro que ni los impulsos instintivos mismos, ni los impulsos y el yo, ni el objeto y el sujeto, están diferenciados. Por esta razón los mecanismos**

de mantenimiento psicóticos operan en contra de un "objeto-impulso" indiferenciado, el cual persiste más allá de la etapa normal de la unidad dual". (Malher, 1972, p.77).

Entre estos mecanismos de mantenimiento nos encontramos con la **apersonación psicótica**. Este mecanismo se refiere a esta expectación del niño de que la madre responderá a su mera señal gestual, de vocalización o incluso de pensamiento. Un ejemplo de esta apersonación psicótica es la utilización del pequeño de la mano materna como una extensión mecánica de su propio cuerpo. Como si el niño considerara que lo que piensa es pensado automáticamente por la madre, que lo que siente es percibido por ella.

Otro de los mecanismos es la **desvitalización** que consiste en este tratar de llevar a todos los objetos vivos, del mundo social, e incluso a su ser mismo, a la inanimación. Como si ante lo abrumante que resulta el objeto vivo intentara desvitalizarlo, inmovilizarlo, quitarle su energía propia, su movimiento.

La **animación** consistiría en el mecanismo reconstitutivo y compensatorio de la desvitalización y es la maquinización del mundo objetal inanimado. No se parece a la fantasía animista de los niños pequeños en donde le "otorgan vida" a los objetos y entonces patean la mesa con la que se pegaron y le dicen "tonta". Es un mecanismo bastante distorsionado en donde se permite que algo tenga movimiento siempre y cuando funcione como una especie de máquina o robot que pueda controlarse desde un "interruptor". Esta fantasía puede incluso extenderse hacia el propio cuerpo y a los seres que le rodean.

Como puede apreciarse los mecanismos de mantenimiento son bastante distintos a los mecanismos de defensa que utiliza el niño normal, desde el comienzo. **Lo grave del asunto no es que sólo van distorsionando la experiencia presente, sino que inciden en la distorsión de las funciones yojicas nacientes.** En este sentido podríamos retomar a Bion (1957) cuando habla de las diferencias entre el pensamiento psicótico y el pensamiento no psicótico. Por definición el **pensamiento psicótico sería el antipensamiento**. Estaría enraizado en la identificación proyectiva patológica en donde se expulsa proyectivamente junto con el impulso, la capacidad del yo, lo cual lo va dejando cada vez más pobre y vacío. En este sentido **este impulso-objeto indiferenciado del que habla Malher sienta estas bases del funcionamiento psicótico y, en consecuencia, un progresivo alejamiento del desarrollo normal.**

Esta afirmación tiene importantísimas implicaciones para nuestra área de trabajo, dado que, a pesar de que pudieramos explicar la distorsión en el proceso perceptual como base etiológica del problema, para cuando el niño llega a consulta, que si nos va bien es cuando va ingresar a la escuela (3 o 4 años) ya lleva un buen tiempo funcionando de esta manera distorsionada y el sólo tratamiento neurológico no es suficiente para favorecer la integración, la simbolización y la elaboración, propias de la posición depresiva de las que habla Bion como requisitos indispensables en la gestación del pensamiento sano.

Las aproximaciones kleinianas nos permiten entender cómo vive en la fantasía el mundo el niño psicótico. Todas estas fantasías tan coloreadas de impulsos, respetuosamente hacia los kleinianos, desde mi punto de vista no corresponden a la experiencia del bebé sano, o no principalmente. Las capacidades cognitivas del pequeño no dan para estas

complejas representaciones mentales. Considero que se trata de fantasías elaboradas posteriormente, quizás a los dos años y principalmente de fantasías psicóticas que están originadas en una distorsión perceptual. Dependiendo el grado de inmadurez (en todos los pequeños la hay en cierto grado como una característica de la propia infancia) es el grado de distorsión en la apreciación de la realidad. No estoy negando aquí la incidencia del ambiente , ni la existencia del inconsciente, simplemente estoy dándoles un contexto. El niño cuenta con ciertas herramientas para procesar al ambiente y en la medida en que éstas no funcionen adecuadamente esto tendrá que incidir en su estructuración emocional.

Desde mi punto de vista estas fantasías tan distorsionadas que encontramos ya en el psicótico corresponden a este objeto-impulso que no alcanza a diferenciarse aunque avancen otras capacidades intelectuales. De acuerdo con Tubert (1992) lo primitivo y lo psicótico no son equivalentes. El avance desequilibrado de las funciones al lado de la distorsión perceptual van conformando estas imágenes parciales, estos objetos fragmentarios, amalgamados. Más allá de la falta de integración del niño pequeño, en la psicosis se va creando esta confusión tan aberrante entre lo material y lo mental, se va gestando el pensamiento psicótico. Lo psicótico correspondería precisamente a estos impulsos-objetos indiferenciados que se presentan ante una distorsión perceptual.

En todos nosotros existen áreas que tardaron en organizarse, considero que esto es precisamente lo que nos permite entrar en contacto con estos monstruos que colorean la fantasía psicótica, lo que hace la diferencia es el peso que tienen estos en el funcionamiento general, el tipo preponderante de mecanismos adaptativos que empleamos. En este sentido estaría completamente de acuerdo con Bion (1957) en que cuando es el pensamiento psicótico el que prevalece va estableciendo cada vez una mayor brecha entre la personalidad normal y la anormal y que esta se va acrecentando ya que este funcionamiento destruye la capacidad de simbolización.

Otro aspecto al que habría que darle un espacio es el de **continente-contenido**. A través del "reverie" (Bion, 1957) del "sostenimiento" (Winnicott,1959), la madre, a través de sus cuidados, va conteniendo las sensaciones y angustias del bebé y otorgándoles un nombre; pueden ser pensadas, simbolizadas, entonces ya no son psicóticas.

Si nos encontramos con una dificultad propia en la integración perceptual a nivel neurológico, es lógico que también se afecte el proceso de simbolización y consecuentemente funciones tan importantes en el desarrollo emocional como son la capacidad de evocación de la figura materna cuando está ausente, así como la integración de experiencias. El pensamiento, de acuerdo a Bion (1957) es una función que corresponde a la posición depresiva debido a que implica un nivel importante de integración. El niño con dificultades de integración perceptual presentará una dificultad gradual según el nivel de la afección, (y también según, las experiencias que haya tenido de acuerdo a la capacidad empática del medio ambiente) para la integración de la sensación de satisfacción con la figura materna así como para la integración de categorías cognocitivas propias del nivel sensoriomotor como son : objeto permanente, causalidad concreta, tiempo concreto (Piaget, 1970), lo cual dificultará necesariamente el paso al nivel simbólico, a lo representacional. Hay una parte del niño que no accede a lo simbólico y se queda en lo concreto. Entonces parece que podría tener una explicación evolutiva esta concretización que se percibe en el pensamiento psicótico. **La construcción de un principio de realidad se dificulta también enormemente debido precisamente a esta indiferenciación entre lo interno y lo externo, lo mental y lo material, lo fantaseado y lo que sucede, el sueño y la vigilia.**

Todas estas reflexiones requieren ser trabajadas con mayor detenimiento a nivel de la indagación clínica, pero parece ser que los fenómenos observados por tantos autores y desde hace tantos años, y autores psicoanalíticos, explica mucho de los fenómenos que ahora vienen observando los neurólogos y los estudiosos del desarrollo mental, como manifestaciones clínicas de este padecimiento.

Es realmente impactante la claridad con la que Bion (1959) describe el pensamiento psicótico y qué esclarecedor puede resultar incluso para identificar las posibles áreas de afección del sujeto. Aunque considero que cuando este proceso ha avanzado mucho en el desarrollo (más allá de los siete u ocho años) es muy difícil cambiar el rumbo, dado que ya se ha instalado una manera muy peculiar de tratar las experiencias. El sujeto sí mejorará mucho con la atención neurológica, pero también habrá que evaluar hasta dónde ha sido afectada su capacidad de aprendizaje, sobre todo en relación a aquéllos aspectos que le provoquen angustia y que muy probablemente lo remitan a un funcionamiento ya aprendido. En la medida que mejore neurológicamente tendrá más herramientas, pero habrá que reelaborar todos estos contenidos. A mayor edad más es el tiempo que ha funcionado de manera inadecuada. Todas estas introyecciones requieren ser trabajadas y retrabajadas durante un período de tiempo que va mucho más allá del sólo tratamiento neurológico según el niño haya avanzado en su estructuración emocional.

Se abren innumerables interrogantes y un trabajo muy interesante para nuestra disciplina.

4) Equilibrio psicótico.

Generalmente se ha abordado el problema de la estructuración de la personalidad como un aspecto específicamente emocional, a pesar de su punto de partida tan interrelacionado con el funcionamiento biológico. En el inciso anterior se planteaba sin embargo que a pesar de que se resuelva el problema neurológico el trabajo a nivel psicodinámico elaborativo se hace indispensable debido a la serie de remanentes que se han gestado en el funcionamiento mental. Lo que se intenta subrayar aquí es que este funcionamiento también se ha registrado de alguna manera bioquímica. Estas "secuelas" dependen del grado de afección neurológica, del tiempo de evolución de la misma y también de la capacidad del medio ambiente para dar contención y atención al problema. El presente inciso se abocaría a otro aspecto, específicamente psicológico, que habrá también de abordarse.

La problemática del pequeño no sólo lo ha afectado a él. También el medio familiar, y específicamente la relación con la madre pudo haber sido terriblemente afectada.

Maiher (1965) planteó un concepto muy importante en relación al vínculo que se gesta entre el niño psicótico y su madre, y habló precisamente del equilibrio psicótico. Una vez que se estableció el proceso psicótico en el niño *"entre ambos miembros de la diada se establece un equilibrio psicótico. Así, el retraimiento autista puede producir en la madre un retraimiento simétrico o un acoplamiento que favorezca la sensación de omnipotencia del niño. Son actitudes que tienden a crear un equilibrio patológico y la terapia debe contribuir a romper este círculo vicioso"*. (Bleichmar, 1989, p.37)

Es verdaderamente notable como en las psicosis preponderantemente simbióticas las madres parecen adivinar cada pensamiento del bebé y al mismo tiempo están terriblemente perplejas por la incapacidad del niño para separarse de ellas; hacen intentos desesperados por "aventarlos" hacia la independencia y paralelamente se angustian enormemente ante los intentos reales de separación del niño, incluso

dificultándolos. La disponibilidad emocional de la que habla Malher como medio favorable para que se propicie el proceso de separación-individuación se vuelve inalcanzable. La madre, se siente terriblemente confundida ante la conducta del niño y tremendamente incapaz para manejarlo, lo cual provoca en el pequeño aún mayor confusión de la que el mismo trae. La madre desconfiada de su propia capacidad de maternaje, aumenta la incertidumbre y la sensación de vulnerabilidad del pequeño. Se instaura un círculo vicioso que está muy lejos de poder avanzar en el logro de una progresiva autonomía, sino que muy por el contrario, los anuda en esta incertidumbre sin poder tener un rumbo directivo. **La madre y el pequeño se debaten en estos intentos ambivalentes de separación y fusión.**

Y no se está abordando aquí un aspecto de responsabilidad o de culpa, simplemente se está describiendo un fenómeno dinámico. **No puede pedírsele a un pequeño con esta dificultad que no “confunda” a su madre cuando “pide pero no pide de comer”, pues sus canales sensoriales no están suficientemente integrados, pero tampoco puede pedírsele a una madre que no se angustie y se confunda, sobre todo si quiere al niño, cuando intenta responder a su demanda y ésta no recibe retroalimentación en relación a si su acción fue o no atinada, o cuando se genera un estado de emergencia continuo dado que si tarda un lapso de tiempo más allá del pobremente tolerado por el pequeño, se produce una reacción catastrófica en la que la madre difícilmente puede rehacer el contacto. Con el desarrollo quizás el niño ya podría tolerar mejor la espera, pero la madre ya se acostumbró a esta demanda distorsionada y a una respuesta excesivamente pronta y angustiada.**

Es evidente como las madres también desarrollan mecanismos muy distorsionados ante un problema tan devastador como el autismo. Ante el retraimiento del pequeño la madre también tiende a formar una especie de caparazón ante lo que puede estarle significando la lejanía del pequeño. Es cierto que hay madres que desde siempre eran lejanas y frías, como describiría Bettelheim (1977), pero no es el común denominador de las madres que acuden a consulta a pedir ayuda, y habría que analizar si esta frialdad y lejanía no se ha generado como un muro defensivo que la propia madre ha erigido para protegerse distorsionadamente del problema.

Por lo general lo que encontramos son madres muy culpabilizadas por el hecho, desesperadas, tratándo de encontrar el camino, con una necesidad apremiante de contención y dirección, y con una confusión muy grande alrededor de lo que le sucede al pequeño, problema que ciertamente ha aumentado su ambivalencia a niveles intolerables. Algunas madres dejan al pequeño en la terapia, como depositándolo, pidiendo que alguien “mejor” se haga cargo, que cubra lo que ella no pudo y sintiendo paralelamente una gran devaluación y enojo ante esta “certeza” de ser “incompetentes”. Otras adoptan una actitud intelectualizadora y leen y consultan libros y conocen a veces mucho más que el terapeuta en cuanto a informaciones recientes. Estas madres empiezan a curarse cuando pueden llorar, cuando rompen este caparazón de protección, esta intelectualización y pueden hablar de la necesidad de abrazar a sus pequeños, de sentirse sus madres. Cuando el niño empieza a mejorar y a contactarse con ellas, ellas también mejoran, y mucho, y entonces, y probablemente sólo hasta entonces pueden darse los medios para que puedan expresar todo el dolor que les ha significado esta lejanía imperturbable.

No estoy hablando aquí de las madres que rechazan a su hijo desde antes, desde siempre, sino de aquellas madres, comunes y corrientes, que desean tener un hijo. El problema del pequeño potencializa su parte enferma y de esta manera lo que viene a ser un complejo componente del problema, la **patología materna**, ha sido interpretado por

muchos terapeutas como la causa del problema. Se confunde al fenómeno en estudio con su etiología y esto aumenta nuevamente la confusión en la búsqueda de una atención más atinada.

Es cierto que existen madres tremendamente enfermas que enferman terriblemente a sus hijos, afortunadamente estas no son el tipo de personas que acuden a consulta con una honesta intención de recibir ayuda. Hay algunos casos, ciertamente no poco frecuentes, en donde al pequeño se le pide funcionar como el depositario de la problemática familiar. Cuando esto sucede, los padres difícilmente toleran la confrontación que implica el tratamiento y lo abandonan rápidamente.

El problema parece ser más complejo. La familia que tiene un pequeño con psicosis infantil sufre de un problema como grupo, y hay que atenderlo al igual que se atiende toda situación traumática, en donde el problema ha desbordado, por sus características, las posibilidades del medio para su elaboración. El trauma no niega la patología anterior, pero tampoco la patología anterior puede constituirse en la explicación causal de la experiencia traumática.

El concepto de equilibrio psicótico nos permite ver precisamente la plasticidad de la relación humana y confirmar que esta diada constituye inicialmente una matriz indiferenciada y que si no se le dan las condiciones necesarias la indiferenciación afecta a ambos, madre e hijo, por lo mismo hay que trabajar en toda la dinámica familiar. En este equilibrio patológico la función paterna constituye un elemento trascendental para la instauración de un proceso secundario, de un principio de realidad en el vínculo materno-infantil. Esta función que puede desarrollar su papel con mayor eficacia ante la creciente capacidad del pequeño para funcionar individualmente cuando mejora neurologicamente.

D) DESARROLLO EMOCIONAL.

No tendría mucho caso retomar aquí la teoría de desarrollo de Malher, que además de ser interesantísima es amplia y muy conocida por el grupo de psicoterapeutas y psicoanalistas. Las fuentes son ampliamente conocidas y podemos remitirnos a ellas ante la necesidad de ahondar en alguno de los puntos que aborda en sus interesantes planteamientos. Tomaremos aquí sólo algunos de los aspectos que nos permiten elucidar el tema de estudio y los integraremos a la investigación presente, pues considero que nos arrojan mucha luz del por qué se dan tan serias distorsiones en el proceso psicótico infantil.

1) El primer contacto con el mundo.

El recién nacido está ocupado simplemente en adaptarse a su nueva situación ambiental. Esto constituye, en la realidad, una enorme tarea, pero podría resumirse a nivel descriptivo a los intentos continuos del recién nacido de reducir la tensión.

"Para atenuar su displacer el infante tiene dos avenidas : su propio cuerpo (Hoffer, 1949) y los menesteres de su madre. El efecto del seno de la madre y de sus menesteres no puede ser aislado, ni puede ser diferenciado por el pequeño infante de sus propios intentos de reducción de tensión, tales como orinarse, toser, etornudar, escupir, regurgitar, vomitar y todas las diferentes formas por medio de las cuales el infante trata de liberarse de la tensión no placentera." (Malher, 1972, p.64).

De esta manera lo que encontramos en el infante son casi reacciones impulsivas, fisiológicas, poco diferenciadas y en donde son tratados indistintamente los estímulos internos y externos. Si las manipulaciones de la madre son una fuente de dolor o de displacer el pequeño los trata como lo hace con los estímulos nocivos en general, los repele, los elimina.

"...El neonato aparece como un organismo casi puramente biológico, cuyas respuestas instintivas a los estímulos no están a nivel cortical sino esencialmente a nivel reflejo y talámico. Sólo existen mecanismos defensivos somáticos, por ejemplo : reacciones de desborde y descarga, la inhibición cortical no está todavía desarrollada." (Malher, 1972, p.53).

Es muy importante que la tensión displacentera no rebase las sensaciones de satisfacción y que los estados de tensión no sean sostenidos por un lapso de tiempo más allá de lo que el infante pueda tolerar sin desorganizarse. El conflicto organizmico constituye el precursor de la angustia propiamente dicha. (Malher, 1968).

Considerando todos estos elementos resulta que si no se cuenta con un aparato neurológico suficientemente funcional, es decir, si el pequeño tiene una hipersensibilidad a la estimulación externa la "invasión" de todos estos estímulos aumenta su actividad proyectiva o la protección autística, la creación de una especie de armadura o cascarón que le permita "protegerse".

2) Primera organización de experiencias.

Hay dos elementos esenciales que permiten ir organizando las experiencias y responder a las mismas no sólo a nivel reflejo.

Por un lado y conforme avanza el desarrollo por un lado el niño va pudiendo organizar y diferenciar las experiencias placenteras y displacenteras, haciendo una primera "clasificación", una primera organización del mundo. Las secuencias de frustración-gratificación promueven la estructuración.

Por el otro, el desarrollo neurológico, debido a la mielinización, le va permitiendo desarrollar la sensibilidad cutánea y de la periferia del cuerpo desde los órganos abdominales. Se va organizando también progresivamente la percepción a través de los sentidos y la percepción a distancia permite la diferenciación cada vez más específica del tipo de estímulo del que se trata y de dónde proviene.

Poco a poco el niño va estructurando su mundo y dándole un sentido a sus experiencias. Relacionándolas con el objeto satisfactor externo : la madre. La experiencia repetida de una fuente externa de alivio de la tensión, buena y satisfactora de la necesidad, que ayuda con la tensión interna "mala", le va permitiéndole ir haciendo una diferenciación, muy incipiente aún, entre el ser y el no ser, e igualmente va colaborando en la formación de un yo corporal.

El yo experimenta los estímulos externos como aceptables sólo si son simples, calmantes y predecibles y no requieren de una respuesta muy complicada y activa.

Cuando la necesidad no es tan fuerte y cuando cierto avance en su desarrollo le permite al niño mantener la tensión en espera, cuando puede esperar a la satisfacción con confianza, se puede hablar de un yo y de un objeto simbiótico. **El principal logro de esta fase es precisamente el logro de una relación específica con la madre, objeto**

simbiótico, y esta relación específica comienza por esta asociación entre la satisfacción y la gestalt del rostro materno.

En los niños con disfunción neurológica la tensión, por cuestiones propias de la irritabilidad nerviosa, es muy elevada. Esto dificulta enormemente la recuperación de un estado satisfactorio.

Los estímulos sociales pueden ser percibidos como amenazantes y la asociación entre la satisfacción y la gestalt del rostro materno se vuelve muy difícil por el grado de tensión, generalmente desusadamente alto, que impide al niño desarrollar una espera confiada. Esto incide en una falla en la construcción de una causalidad concreta. El niño sólo logra identificar algunos estímulos y éstos tienen que permanecer sin mucho cambio para poder ser reconocidos, de ahí la dificultad del niño para tolerar incluso las pequeñas modificaciones en el ambiente o cambios muy sutiles en el arreglo de la madre.

Cualquier aumento en la estimulación desorganiza al pequeño y le impide lograr la experiencia de satisfacción ya que la irritabilidad va en aumento. Tal y como Spitz(1970) nos muestra en una ilustración en su libro de *"El primer año de vida del niño"* en dónde podemos apreciar con claridad como un bebé, al haber llegado a un grado tal de tensión por hambre, no puede percibir al pezón en la boca. Nos explica el autor como esta tensión tan alta impide al pequeño reconocer al objeto satisfactor e incluso lo lleva a percibirlo como un objeto que aumenta la tensión y por lo mismo lo rechaza, lo escupe. Esto se asemejaría enormemente a lo que sucede con lo pequeños con un alto nivel de irritabilidad. No es el sólo hecho de ser más "berrinchudos", es que se les está dificultando la estructuración de su propio aparato de pensamiento, se está dificultando la organización de las experiencias, la construcción de la realidad, el establecimiento de un vínculo. Y esto es muy grave.

Cuando estos pequeños logran establecer una simbiosis, la relación con el objeto es tremendamente intensa, ya que es el único objeto satisfactor que pueden reconocer ante el avasallador mundo exterior. El contacto ilusorio e indiferenciado con este objeto se mantiene a toda costa, pues la separación equivale a la muerte, a la fragmentación.

3) Proceso de separación-individuación.

Para que éste pueda darse tiene que haber una buena simbiosis, la seguridad de tener un objeto confiable en el cual apoyarse y al cual "poder regresar" y por el otro lado un predominio del placer de funcionamiento separado, el regocijo por este desarrollo de las capacidades propias, como son la locomoción y las habilidades psicomotrices y de lenguaje que el niño va desarrollando. Esta satisfacción en el funcionamiento separado debe superar con mucho a la angustia de separación (pérdida de objeto).

Aunque el niño durante esta fase, y sobre todo durante la subfase de reaceramiento, se debate entre este deseo de individuación y el deseo de regresar a la madre, en el proceso sano la motivación que ejerce el deseo de autonomía lleva al niño a desarrollar sus funciones, a individuarse. Cuando hay algún problema importante el niño vive la separación con una angustia tal que no puede experimentar el gusto por su funcionamiento, sin embargo, no se trata de una "renuncia" aceptada, el niño vive

también con gran frustración la diferencia que percibe con los demás niños de su edad y deposita este atrapamiento en la madre, a la que vive como una amenaza también para su autonomía. Esto es independiente de que las propias características de la madre puedan también ir en esta dirección y potencialicen de manera importante esta sensación.

El proceso de separación individuación así no sólo se dificulta, sino que se distorsiona enormemente. **Se plaga de fantasías omnipotentes de aniquilamiento y destrucción, tanto por la separación como por la falta de la misma. En ambos sentidos el niño resulta dañado : es tan peligroso separarse como quedarse pegado, por eso la psicosis constituye la respuesta a esta paradoja.**

Nuevamente podemos apreciar cómo esta dificultad funcional básica entorpece el surgimiento de funciones psicológicas y más adelante no es sólo la recuperación neurológica la que está en juego, sino la gestación de estas funciones mentales indispensables en el desarrollo psicológico.

Durante todo el proceso hay un elemento que se ve seriamente dañado y que tiene una incidencia crucial en el logro de la individuación. Este es el **yo corporal** del que habla Malher (1968, 1970) y que resulta ser un componente indispensable en el logro posterior de una identidad propia. Es éste un precursor indispensable en el proceso de reconocerse como persona, como un yo diferente de los demás. Y es que el principio del sentido de identidad individual, de acuerdo a Malher (1968) es mediado por nuestras sensaciones corporales. **El inicio está precisamente en la imagen corporal, en esta integración de las sensaciones, en este primer reconocimiento de lo que viene de afuera y lo que viene desde dentro. En esta posibilidad de tener una representación integrada del cuerpo, aunque sea como una ilusión o una anticipación (Lacan, 1949) como diversos autores plantean alrededor del estadio del espejo.** Esta integración corporal constituye un elemento indispensable para la conformación del yo.

En medio de una desintegración sensorial esta imagen gestáltica no se precipita y el sujeto sigue sintiéndose fragmentado. El nivel y grado de fragmentación nuevamente depende de distintos elementos. Entre ellos y de manera decisiva, el grado de problemática en el procesamiento perceptual.

4) Constancia objetal.

Para que pueda darse la constancia objetal hay una serie de aspectos que tienen que estar sólidamente establecidos. Entre ellos :

- El objeto debe ser percibido como disponible, intrapsíquicamente
- Debe estar investido de energía libidinal neutralizada ; si está cargado de energía agresiva no podrá ser evocado, justamente por lo amenazante que puede resultar.
- El niño no debe recurrir fácilmente a la escisión de las representaciones en objeto malo y bueno, dado que esto disocia al objeto y hace difícil su evocación.

Estos logros implican tal grado de estructuración y una complejidad de funciones psicológicas, que podrá entenderse por qué se vuelve tan difícil su logro, y por qué en ocasiones, ante una demanda desbordante del medio ambiente, se vuelve a recurrir a la

escisión y se pierde la integración del objeto. Las ansiedades paranoides se reeditan ante situaciones nuevas y según haya habido un buen logro de constancia objetal se recupera una relación con objetos totales en cuanto el sujeto puede manejar mejor la situación y precisamente la logra manejar mejor cuando la angustia paranoide no es excesiva.

Ante situaciones de experiencia de daño corporal, y esta es una experiencia propia del niño psicótico, no porque haya recibido maltrato físico, sino debido a que han experimentado la estimulación tanto interna como externa como un daño físico, la angustia paranoide es tremendamente alta. La integración del objeto se dificulta enormemente y por lo mismo la evocación del mismo es un logro no alcanzado.

En la medida que el niño tiene una mejor experiencia de las sensaciones SI CAMBIAN SUS INTROYECTOS, esto es una realidad, y entonces se abre la posibilidad de RESIGNIFICAR la experiencia previa. Es decir, la mejoría en la capacidad de procesar la experiencia SÍ INCIDE en los objetos internos del sujeto, pero hay mucho trabajo por hacer a nivel terapéutico para elaborar todos los monstruos y fantasmas que se originaron en la experiencia previa. Tendremos que trabajar con todas estas partes del sujeto si queremos integrarlas y éstas no desaparecen, requieren de ser integradas al proceso de desarrollo y en la medida de lo posible darles un sentido y un lugar. Dificil tarea la que nos corresponde, sólo que con el trabajo interdisciplinario tenemos más posibilidades de ayudar al niño y a la familia a vérselas con un problema tan desgastante como es el sufrimiento y la frustración que implica la psicosis infantil.

E) UN NARCISISMO SERIAMENTE LASTIMADO.

Quizás uno de los aspectos que ha resultado más lastimado en esta seria distorsión del desarrollo sea precisamente éste.

El pequeño con una seria disfunción neurológica no ha vivido esta experiencia de satisfacción que le hace sentir esta plenitud tan necesaria en el desarrollo de un estado ideal del yo, o esta experiencia ha sido muy esporádica. Esta sensación de plenitud que regresa a todos ante una experiencia muy gratificante, es la que siente el niño pequeño cuando le son satisfechas sus necesidades y se siente bien. El niño con disfunción neurológica no ha pasado por esto, ni tampoco por el período de omnipotencia mágica en donde se siente copartícipe de los poderes de la madre.

Más tarde, durante el período de ejercitación, en donde los pequeños parecieran invulnerables al dolor, lo que observamos en los niños con disfunción es que el terror a la separación sobrepasa siempre con mucho mayor fuerza al deseo de separación, o que el impulso de separación es tan apremiante que lo lleva a situaciones realmente más riesgosas y de poca probabilidad de éxito en donde el pequeño no experimenta el placer del funcionamiento separado y puede, o bien regresar a pegarse aún más con la madre, o bien hacer intentos desesperados por librarse de ella. Generalmente hay un interjuego entre estas dos tendencias en donde no se logra un avance progresivo. Alterna entre una omnipotencia total y el aniquilamiento, no pudiendo integrar progresivamente una visión más realista de sus capacidades y habilidades.

En los segundos dieciocho meses de vida, durante el período de reaceramiento, el niño normal va despojando poco a poco a su yo ideal de los incrementos ilusorios. Esto implica una importante vulnerabilidad narcisística.

“En circunstancias normales, la autonomía creciente del niño ya mayor ha empezado a corregir parte de la sobreestimación ilusoria de la propia omnipotencia. Durante el curso de la individuación, la internalización se ha iniciado por medio de una verdadera identificación yoica con los padres”. (Malher, 1872, p.42).

Habría mucho que decir acerca del narcisismo. Kohout podría aclararnos mucho de esto en relación a los self objects y a la importancia de la función empática y de la frustración óptima, que nuevamente en un niño con disfunción se vuelve tan difícil de lograr. Bástenos aquí simplemente con señalar que el niño con psicosis infantil carece de este funcionamiento autónomo que le ayuda a renunciar a los incrementos ilusorios de su ser. El niño normal puede tolerar no ser omnipotente, y además tranquilizarse bastante por lo mismo, porque es progresivamente más autosuficiente, lo que no sucede con el niño con disfunción.

En la psicosis es muy difícil renunciar a esta omnipotencia porque se teme no tener nada que compense esta grave carencia. Es éste un aspecto que requiere de una atención muy importante y de un manejo delicado y sutil puesto que el niño puede sentirse seriamente lastimado, en su autoestima, ante situaciones en las que un niño normal jamás se sentiría agredido.

V-PLASTICIDAD CEREBRAL.

“Las funciones cognitivas son demasiado complejas para que sean localizables en conjuntos específicos de neuronas en regiones limitadas del cerebro... Algunas funciones pueden ser desplazadas de una estructura hacia otra...y ciertas neuronas se pueden utilizar para reemplazar a las que se han perdido después de un ataque o lesión.”
(Brailowsky,1992 , pag 23)

El concepto de plasticidad cerebral ha sido enriquecido de manera muy importante debido a los últimos descubrimientos científicos en años recientes acerca del funcionamiento cerebral. Particularmente ha cambiado el enfoque de la función terapéutica médica, desde el daño, hacia la recuperación de la función. Entremos a este apartado tan fascinante de las neurociencias actuales que han logrado encontrar tratamientos para entidades diagnósticas para las cuales no se tenía la menor esperanza. La visión del cerebro y de su funcionamiento ha cambiado, está cambiando día con día y ha enriquecido a muchas disciplinas cercanas.

Curiosamente y contrario a lo que pudiera esperarse, esta concepción da una importancia sin precedentes a la acción terapéutica, rescatando la importancia que tiene la experiencia. Los autores del libro : *“El cerebro averiado”*, siendo neurólogos altamente reconocidos a nivel internacional y pertenecientes a tres instituciones tan importantes, entre otras áreas en la de la investigación (UNAM, Rutgers University y Université Louis Pasteur) hablan del importante papel que juega la experiencia, pero ésta debe de ser específica, es decir, no se trata de brindar cualquier tipo de experiencia, sino sólo aquella que el sujeto requiere en determinado momento y debe ser presentada de tal forma que pueda ser asimilada, favoreciendo el desarrollo y recuperación de la función en cuestión, según sea el caso. Resulta muy reconfortante para todos los terapeutas observar que este concepto de plasticidad cerebral otorga una importancia sin precedentes, desde la neurología, a la atención terapéutica, para favorecer la recuperación de funciones más allá de lo que se consideraba antes posible y alarga los periodos de posible recuperación. Lo que aparece como decisivo es proporcionar LA EXPERIENCIA ADECUADA Y DE MANERA GRADUAL. Esta experiencia tendrá un registro biológico, que nuevamente capacitará al sujeto para nuevas experiencias, más complejas, que a su vez se inscribirán en el sujeto. No se habla de un proceso sin límites, pero sí de posibilidades que se amplían enormemente cuando se comprende el funcionamiento cerebral.

Es como si la dicotomía entre lo biológico y lo histórico social se superara ante la comprensión de la existencia de estructuras fisiológicas que integran experiencias

y aparato congénito en un intercambio continuo que puede explicarnos mucho del desarrollo, el aprendizaje y la evolución.

Sin embargo estoy planteando una serie de conclusiones basadas en un buen grupo de investigaciones científicas que se han desarrollado durante la última década, cuando la neurología ha sido una ciencia tan compleja y de tantas confrontaciones en su evolución. El hablar de la teoría celular, en la que se sustenta entre otras teorías el concepto de la plasticidad, es una aproximación a la que no se llegó sino después de pasar por un largo proceso de creación de conocimientos.

En esta larga evolución encontramos inicialmente las grandes aportaciones de los primeros neurólogos en una concepción localizacionista del cerebro, que actualmente ha sido redefinida, pero que en su tiempo constituyó una importante aportación en la comprensión del sistema nervioso central.

En este proceso de evolución conceptual cada vez ha ido tomando un lugar más significativo el enfoque funcional. Dentro del mismo ha habido también una importante evolución no exenta de contradicciones y sobregeneralizaciones, desde una concepción más estacionaria de las funciones cerebrales superiores hacia una visión más dinámica y compleja.

Finalmente, como señalaba anteriormente y específicamente relacionado con el tema de investigación, se ha desarrollado otro campo muy prometedor, el del desarrollo y restauración celular en donde la bioquímica ha hecho grandes aportes a la comprensión de la restauración celular, al funcionamiento de la neurona y a su plasticidad.

Trataré de dar una visión apenas global de este proceso y se sugiere al lector ir directamente a las fuentes ; entre las cuales considero a los libros de Azcoaga como a los de Brailovsky, Stein y Will brillantes síntesis que permiten al lector no familiarizado con estos temas , poder incluso profundizar en los mismos ya que presentan la información, a pesar de ser tan compleja, de una manera accesible y organizada, lo que permite formarse un panorama general de la evolución de estas ciencias de tan cambiante panorama.

A) BREVE SÍNTESIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS NEUROCIENCIAS.

El desarrollo de las neurociencias, como la historia del hombre no se compone de un camino lineal. Las ideas se retoman y se resignifican a través de la historia, se desechan y se redefinen, de ahí que encontremos, desde el principio de la humanidad, intereses en el estudio del cerebro que después se dejan de lado durante siglos para desarrollarse posteriormente.

Parece ser que los médicos egipcios sabían que los síntomas producidos por una lesión cerebral a veces se manifestaban en un lugar muy lejos de la misma.

Pitágoras veía al cerebro como el asiento de la inteligencia, sin embargo Filolaos de Tarento, médico discípulo de Pitágoras afirmaba que había cuatro órganos vitales : el cerebro, el corazón, el ombligo y los genitales.

Durante mucho tiempo prevaleció la teoría cardiocéntrica del alma. Fue la doctrina de Aristóteles y sus discípulos. Para Aristóteles el cerebro era el órgano de enframamiento de las pasiones que emanaban del corazón.

Alcmeón, hombre de ciencia, pensaba muy diferente a Aristóteles, su contemporáneo. Para él las sensaciones y los recuerdos se almacenaban en el cerebro, sede de la memoria y de las ideas. El hombre era el único ser vivo que podía reunir las sensaciones para formar ideas.

Galeno, discípulo de Hipócrates planteaba que la sede de la inteligencia se encontraba en los ventrículos del cerebro. Estas funciones tenían su asiento en los vasos que contenían lo que hoy llamamos líquido cefaloraquídeo (doctrina celular de la localización de las f.c.)

Durante 1500 años después de Galeno no hubo ningún cambio

En la Edad Media hubo muy pocas posibilidades de realizar nuevos experimentos. La Inquisición castigaba cualquier intento.

Fue Descartes (1596-1650) quien abrió el camino a nuevos descubrimientos sobre el cerebro y sus funciones. Al plantear que el cuerpo era solamente una especie de máquina, se abrió la posibilidad de realizar autopsias después de tres siglos. De alguna manera Descartes sentó las bases de la teoría de la dualidad mente cuerpo. Para él el alma, el espíritu, la mente, eran algo tan perfecto que tendrían que ser indivisibles. Sitúa esta parte en la glándula que hoy conocemos como pineal. El alma penetraba en el cuerpo en un punto y sólo en uno donde estaría en condiciones de controlar las bases espirituales de la mente. Cuando la mente y el cuerpo interactuaban seguían siendo diferentes y separados. La mente no podía ser reducida a componentes distintos y sólo podía ser aprendida por la fe.

Para el siglo XVII la anatomía se había convertido en una disciplina universitaria. En algunos congresos se presentaban casos clínicos donde se hablaba de cómo una lesión dañaba el comportamiento. De ahí se pasó a la experimentación en animales. Habían nacido las neurociencias experimentales.

En el siglo XVIII también avanzó la neuroanatomía gracias a la aplicación de colorantes químicos de la industria textil y al microscopio (Van Leeuwenhoek).

Se descubrió que la corteza cerebral estaba constituida por capas de neuronas, apiladas una sobre otras y que las neuronas tenían formas diferentes en cada una de las capas.

Se desarrolló la teoría localizacionista desde principios del siglo XIX y una ciencia llamada craneoscopia o frenología creada y difundida por Gall y Spurzheim (1776-1832) que afirmaban que las facultades mentales y morales estaban localizadas en la superficie del cerebro. La frenología anunciaba la teoría de la localización de las funciones cerebrales. La mayoría de los especialistas atribuyen la paternidad de este concepto al francés Pierre-Paul Broca (1824-1880). Al principio del siglo XX eran pocos los que ponían en duda esta doctrina.

Ehrlich demostró en 1885 la existencia de la barrera hematoencefálica (frontera física) que constituye una particularidad del cerebro que permite a éste preservarse de las fluctuaciones físico químicas de la sangre.

Lord Adrian, en 1925 descubrió una ley universal y sin la cual sería imposible entender el cerebro : las neuronas se comunican entre sí mediante breves impulsos nerviosos, los potenciales de acción, y éstos únicamente varían en frecuencia pero no en amplitud.

En 1981 Hubel y Torsten Wiesel, premios Nobel de medicina en 1981 registraron la actividad unitaria de la célula de la corteza visual del gato y descubrieron que se podía modificar mediante la experiencia visual. Si se impedía que los gatos usaran un ojo durante las primeras semanas, quedarían ciegos de este ojo para el resto de sus días. (Brailowsky, Stein y Will, 1992)

B) DEL ENFOQUE LOCALIZACIONISTA AL ENFOQUE FISIOLÓGICO.

El desarrollo de las neurociencias se ha dado por un camino no exento de tropiezos y conflictos, como es el desarrollo de cualquier conocimiento. Al igual que las otras disciplinas que estudian el comportamiento, su origen inicial lo encontramos dentro del campo de la filosofía y como pudo apreciarse en el anterior inciso, sólo poco a poco va estableciéndose como una entidad de conocimiento específica.

Es muy importante señalar que las diferentes aproximaciones explicativas del fenómeno cerebral, a pesar de ser aparentemente tan contradictorias, a través del paso del tiempo han venido integrándose dando una visión cada vez más completa del complejo funcionamiento cerebral.

Durante muchos años prevaleció el enfoque anatómico y localizacionista (Broca, 1861). Esta concepción fundamentaba el método anatómico clínico, caracterizado por el hecho de que adjudicaba una causalidad directa entre la lesión y los síntomas.

El principio de localización de las funciones no dejaba ningún lugar a la restauración funcional del sujeto, puesto que se pensaba que la pérdida del tejido nervioso, por cualquier razón, conducía irremediablemente a la pérdida de las funciones que esta área se encargaba de realizar.

Poco a poco, y muy pausadamente, esta primera orientación fue dejando lugar al enfoque funcional. Esto se debió, entre otras cosas a que :

- a) las explicaciones anatómicas eran insuficientes para explicar lo que sucedía en el sujeto y sobre todo la recuperación a pesar de la presencia innegable de la lesión.
- b) al avance en las técnicas para explorar tanto desde un punto de vista estructural como funcional el sustrato físico de la mente.

El concepto anatómico fué paulatinamente dejando cada vez más su lugar a la concepción fisiológica. Las aportaciones de Pavlov fueron muy importantes en la comprensión del complejo proceso de funcionamiento cerebral. Su teoría no sólo se limita al reforzamiento, condicionamiento reflejo y operante, sino que a través de todas sus investigaciones, en donde estas constituyen sólo las más conocidas, indaga alrededor de muchos de los principios del funcionamiento cerebral y a pesar de que no se refiere en sus escritos a las funciones cerebrales superiores, sus conceptos constituyen aportaciones indispensables para la comprensión de las mismas.

Se hace necesaria la revisión de algunos conceptos funcionales básicos.

1.- Actividad nerviosa superior :

Se denomina actividad nerviosa superior a aquella que se registra en los hemisferios cerebrales y en la región subcortical subyacente y que asegura las relaciones normales más complejas del organismo entero con su ambiente.

La actividad nerviosa inferior se regula por otros segmentos del cerebro y la médula que registran sobre todo las interacciones de las diversas partes del organismo.

El conocimiento de la actividad nerviosa superior emergió de las investigaciones pavlovianas como una fluida interacción entre la excitación y la inhibición resultante de la actividad de millones de células nerviosas.

Esta actividad nerviosa superior ha podido ser explorada experimentalmente, entre otras técnicas, a través de la electroencefalografía.

Lo interesante de esta evolución, cuyo desarrollo histórico integra tan brillantemente Azcoaga en su libro *"Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto"* está en el hecho de que esta concepción funcional va flexibilizándose cada vez más. **No sólo se incluye el concepto de función, sino que cada vez la misma va adquiriendo una cualidad dinámica mayor.**

Uno de los conceptos básicos que aporta Pavlov, y que sigue siendo vigente, es la concepción de la fisiopatología de la actividad nerviosa superior. Se enuncian aquí sus postulados básicos.

2) Fisiopatología de la actividad nerviosa superior :

Los parámetros de la actividad nerviosa superior son :

- movilidad : definida como paso de la excitación a la inhibición y viceversa.
- fuerza : entendida como magnitud de la respuesta en relación al estímulo.
- equilibrio : o sea relación de magnitud entre excitación e inhibición.

En 1935 Pavlov propicia condiciones experimentales que llevan a la ruptura de la normalidad de la actividad nerviosa superior expresada en una "neurosis experimental".

- excitación extrema por excesiva intensidad de los estímulos.
- inhibición llevada al límite por deaferenciación
- movilidad llevada al límite alternando excitación e inhibición.

A partir de los resultados obtenidos experimentalmente se conocen una serie de procesos fisiopatológicos :

- alteraciones de la movilidad : inercia ; irradiación desordenada.
- alteraciones de la fuerza : debilidad de la inhibición interna lo que libera modalidades de excitación ; debilidad de las manifestaciones excitatorias.
- alteraciones del equilibrio : predominio de la inhibición (específicamente de modalidades anormales) ; predominio de la excitación, por debilidad de la inhibición interna.

Esta descripción tanto del funcionamiento cerebral como de su fisiopatología nos permite abordar aspectos generales del funcionamiento cerebral.

Por otro lado hay una serie de investigaciones en torno al tipo de información que circula por el sistema nervioso.

De acuerdo con la ley de Adrian y Bronk se plantea que toda la información que circula a través de los transductores tiene una misma codificación y puede registrarse a través de la actividad eléctrica. Sin embargo Azcoaga (1992) señala que hay cierta especificidad en la circulación de esta información la cual está dada por los siguientes hechos :

- la organización anatómica que impone vías definidas de circulación.
- especificidad neuronal, determinada genéticamente : neuronas visuales, plaimodales, etc.
- especificidad derivada de fenómenos de aprendizaje y de organización protéica neuronal.

Es decir, que por un lado nos encontramos con una serie de aspectos generales del funcionamiento cerebral y por el otro con ciertas especificidades de acuerdo a características propias del tipo de neurona o de su ubicación. Estos descubrimientos inciden en la concepción de lo que son las funciones cerebrales superiores y como se conciben actualmente. Veamos.

3)Funciones cerebrales superiores :

Las funciones cerebrales superiores son el resultado de procesos cerebrales particulares y diferenciados. Son "*complejos aparatos encefálicos organizados a lo largo de la vida del sujeto por la acción del aprendizaje, de la diversidad de los estímulos exteriores y de las propias características biológicas*". (Azcoaga, 1992, p.85)

Sus características principales :

- son específicas del hombre
- son producto de procesos de aprendizaje
- no son indispensables en todos los procesos de aprendizaje

Estos incluiría a .

- LAS GNOGSIAS
- LAS PRAXIAS
- EL LENGUAJE.

Hay sin embargo otros autores (Anojin, 1963 Leontiev, 1978) que amplían este concepto a uno más abarcativo de "Organos funcionales". Y entonces dentro del mismo integran todos los procesos mentales tales como la percepción, la memoria, gnosias, praxias, pensamiento y lenguaje, escritura, lectura y aritmética, las cuales no pueden verse como funciones aisladas y señalan como características de las mismas :

- son específicamente humanas y funcionan como entidades unitarias
- están dotadas de gran estabilidad
- no son cadenas de reflejos ni estereotipos, sino que consisten en una compleja interconexión de relaciones en el cerebro, que en definitiva se hacen presentes en una actividad concreta, orientada a un objetivo.
- tienen una estructura que puede llegar a ser muy diversificada, de tal modo que eso facilita la compensación ; por consiguiente, los "órganos funcionales" son depositarios tanto del legado biológico como del social.

"...toda función cerebral superior,...resulta del desarrollo de un sistema funcional complejo, elaborado en el curso de la vida individual con la participación de distintas zonas cerebrales, cada una de las cuales hace su aporte específico. Estas zonas no se encuentran unidas en un "centro" único para tal o cual función, ni están preconectadas genéticamente, o de una vez para siempre, sino que son el resultado evolutivo de la interacción del individuo con su medio. La interacción del cerebro (biológico y natural) con el medio (social y cultural) va organizando los "órganos funcionales", o sea constelaciones de distintas regiones cerebrales que interactúan para una operación. Por consiguiente la relación que guardan con la realización de determinadas funciones psíquicas, funciones cerebrales definidas, es variable en el curso evolutivo individual. De todo esto resulta que un rasgo de la naturaleza de las funciones "psíquicas" consiste en su condición de resultado de un proceso biológico-histórico-social que varía por lo tanto, en el curso evolutivo de la sociedad y del individuo concreto." (Azcoaga,1992, p. 44).

De esta manera lo que el organismo es y lo que hace, no se pueden disociar. Las experiencias del sujeto tienen un registro bioquímico y el equipo congénito determina la posibilidad de integrar o no ciertas experiencias. El interjuego es bastante complejo y esta concepción echa por tierra la ficción en la existencia de una disociación : biológica- histórica social y nos permite explicar el complejo proceso de desarrollo del pensamiento y la evolución cultural. Cómo cada época ha trascendido a nivel de un registro que se hereda a la siguiente generación y cómo lo que se haga con este equipo va a tener implicaciones a nivel de registro bioquímico.

A pesar de que este concepto de funciones cerebrales superiores cambió definitivamente la concepción del cerebro, dentro del mismo también ha habido una importantísima evolución. Digamos que alguno de los investigadores identificaba alguna característica de alguna función cerebral. Entonces muchas veces entusiasmado con su descubrimiento hacía generalizaciones. Esto propició que existieran aproximaciones muy diferentes y aparentemente contradictorias, según se privilegiara uno u otro aspecto. Azcoaga hace un análisis histórico de la evolución de estas concepciones y señala :

"...todas ellas adolecen de una visión parcial de las funciones cerebrales superiores y de su patología. Esta parcialización corresponde a un error metodológico que condujo a una disparidad de criterios que no se da únicamente en cuanto a la nomenclatura utilizada, sino que corresponde a un marco conceptual diferente. A raíz de estas diferencias en el nivel teórico, los resultados de las investigaciones no ayudaron al arribo de un concepto claro y global de la cuestión y también resulta así que pierden una parte de la riqueza que encierran." (Azcoaga,1992, p.44).

En la concepción de Brailowsky, Stein y Will (1992) se puede ser localizador a condición de no perder la visión de la plasticidad, entender al cerebro como una unidad plástica y dinámica. Esta concepción implica, como se señalaba en la cita al inicio de este capítulo, que las funciones cognitivas implican tal grado de complejidad que no pueden ser localizadas en regiones limitadas del cerebro.

Las últimas aportaciones en cuanto al desarrollo y recuperación funcional se han dado alrededor del desarrollo celular. Cada vez se tienen más conocimientos bioquímicos así como instrumentos de acceso para el registro de cambios a nivel celular lo que permite indagar cómo funciona una neurona después de haber sido lesionada o después de que han sido lesionadas neuronas cercanas. Cómo actúa la recuperación, qué factores inciden de manera benéfica y qué sustancias son tóxicas. En fin, se conoce cada vez más de todo este mundo microscópico de trascendencia mayúscula. Toda esta información, que cambia minuto a minuto, ha venido a remover muchos conceptos, pero principalmente a abrir posibilidades antes impensables. Tal como Brailowsky, Stein y Will señalan :

“A la luz de las investigaciones actuales, las concepciones de todos y cada uno, acerca del cerebro y su funcionamiento, o para decirlo con mayor precisión, las ficciones conceptuales de las últimas décadas, están a punto de ser derrumbadas por una especie de sismo cuyo epicentro se nutre de los avances recientes de la neurobiología. Este campo de investigación, relativamente reciente, al que hoy se denomina neurociencias, constituye el conjunto de retos casi cotidianos suscitados por nuevos e importantes descubrimientos sobre el funcionamiento cerebral. Mensualmente se editan cientos de publicaciones científicas en las que se relatan nuevos descubrimientos sobre la organización cerebral, se encuentran nuevas sustancias neuroactivadoras o neuroinhibidoras, y se aíslan y se purifican proteínas capaces de guiar las terminaciones neuronales hacia objetivos adecuados, o de ayudar a las neuronas a sobrevivir cuando han sufrido una lesión...Los descubrimientos recientes en biología molecular proporcionan valiosas herramientas a los investigadores para manipular la maquinaria genética y funcional de las células cerebrales, de un modo tal que hace sólo unos cuantos años se hubiera calificado de utópico.

Toda esta actividad de investigación ha alterado nuestra manera de concebir las funciones del cerebro y la capacidad que tiene el sistema nervioso de repararse .”
(Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.11).

Esta concepción equipara plasticidad a flexibilidad. El funcionamiento del cerebro es, por su misma complejidad, enormemente flexible. Lo importante es conocer los medios que permitan explotar y utilizar esta capacidad plástica para el desarrollo y la recuperación.

En los siguientes incisos entraremos un poco a los conceptos de : regeneración, reparación y reorganización ; factores endógenos de crecimiento y reparación ; así como a los de edad, tiempo y plasticidad. Nuevamente se sugiere al lector ir al libro del "Cerebro averiado" en el que estos temas se desarrollan con claridad y profundidad.

C) PLASTICIDAD SINÁPTICA.

Dentro del inciso de la plasticidad, y en relación con este nuevo conocimiento de la regeneración celular cobra especial importancia este tema.

Sabemos que la muerte neuronal, resultado de la eliminación sináptica, es un acontecimiento normal en el cerebro en desarrollo. La neurona cuyo axón no está conectado a su blanco termina por morir.

Bueno, y el lector podría preguntarse, en esta investigación ¿para qué podría interesarnos el tema de la plasticidad y en específico de la plasticidad sináptica?

Una de las hipótesis de trabajo que se presentan en esta investigación es que existe una conexión entre inmadurez neurológica y psicosis infantil. Este tema entonces adquiere una gran relevancia, debido a que la posibilidad de regeneración abre la posibilidad de atención a la inmadurez y en consecuencia amplía nuestras posibilidades de intervención al posibilitar en el niño una mejor interpretación de los estímulos ambientales.

Entonces este tema de recuperación, o más específicamente, de desarrollo funcional, adquiere gran relevancia.

A pesar de que por el momento el tema de lesión, como accidente vascular o traumatismo, no corresponde específicamente al objeto de estudio de la presente investigación, resulta sin embargo importante retomar e incluir algunas de las consideraciones generales de este aspecto que pudieran ser importantes en la comprensión del fenómeno de reorganización sináptica y de recuperación funcional que si tendría una relación directa con el concepto de inmadurez neurológica.

Regresando al tema de desarrollo, en este proceso de reorganización sináptica, la EXPERIENCIA adquiere una PARTICULAR relevancia, al lado de otros factores que se analizarán más adelante, entre ellos LOS FACTORES TROFICOS, tema central de la presente investigación

"...cuando se presenta un estímulo nuevo a un animal o a un sujeto humano, éste gene-

ralmente reacciona con una mezcla de reflejos de orientación y defensa. Cuando se reitera la estimulación, el sujeto aprende a reconocerla." (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.68).

Es decir, la experiencia del sujeto se registra a nivel bioquímico y sienta las bases para la elaboración de experiencias más complejas. En este proceso los factores tróficos constituyen algo así como el combustible que permite que esta experiencia conforme una conexión, una nueva estructura sináptica.

De la muerte neuronal se dice que podría servir para eliminar las neuronas que han funcionado poco o que han cumplido funciones transitorias, la eliminación de conexiones inadecuadas o inútiles permitirá que los axones activos disfruten de cantidades mayores de factores tróficos y así madurar. No obstante es concebible que persista cierta redundancia sináptica en el cerebro adulto que pudiera explicar algunos casos de recuperación funcional.

Parece existir además algo así como un programa genético que determina el tipo de conexiones que pueden y deben desarrollarse.

"Jean-Pierre Changeux, Philippe Courège y Antoine Danchin, del Instituto Pasteur, han propuesto la "teoría de estabilización selectiva de las sinapsis" para explicar los fenómenos de epigénesis que se pueden constatar en el desarrollo de las redes de

neuronas...El estado de actividad de estas redes constituiría un factor de selección casi darwiniano de los contactos sinápticos. La selección natural y la estabilización de los contactos más activos irían acompañados de una eliminación de los contactos más perezosos. Se establecería así la configuración definitiva de la red de conexiones del adulto.” (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.70).

De este modo, hay numerosos axones que tratan de establecer contactos con los blancos que les estaban destinados en función de la ejecución de este programa genético. Se sabe que algunas células gliales desempeñan un importante papel en esta migración, asumiendo funciones de estimulación y de conducción de terminaciones nerviosas.

Cuando se elimina el blanco (célula nerviosa, muscular o glandular) de algunos axones, estos degeneran (Rita Levi-Montalcini y Victor Hamburger estudios 1940-1950) y el cómo se lleve a cabo esta regeneración y hasta dónde, resulta de la interacción de "este programa", los factores tróficos y las consecuencias propias de la lesión sufrida (toxicidad, lejanía del nuevo blanco axónico, etc) así como de las experiencias de aprendizaje que tenga el sujeto.

Este tema adquiere gran importancia para el presente trabajo en cuanto a que, ante una inmadurez neurológica, las posibilidades de desarrollo y maduración estarán directamente relacionadas con estas mismas variables : lejanía del blanco, factores tróficos, programa genético y experiencia (afortunadamente se eliminan las variables que aparecen en una lesión como reacción al traumatismo).

La experiencia tiene en este proceso un papel determinante, y esto puede apreciarse claramente en el concepto de plasticidad sináptica, que lo incluye como un componente de la misma

Plasticidad sináptica : es un "cambio de larga duración de la sensibilidad sináptica que resulta de modificaciones breves de actividad sináptica... incluye los cambios de eficacia de las sinapsis existentes, la activación de las sinapsis silenciosas (o latentes) y el crecimiento de nuevas sinapsis" (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.67).

Es obvio que en esta plasticidad sináptica la experiencia, como se señalaba, constituye un factor determinante, tal y como puede apreciarse en los fenómenos de habituación y de sensibilización, que disminuyen y potencializan respectivamente los potenciales postsinápticos.

El compartimento postsináptico es capaz de informar al elemento presináptico y a las células gliales cercanas de su estado funcional, así como también es capaz de liberar factores tróficos.

El axón más activo tiene más oportunidades de sobrevivir y de mantener contactos sinápticos.

Otra explicación de este fenómeno de plasticidad sináptica es el que Manuel Nieto-Sampedro (Instituto Cajal de Madrid) y Carl Cotman, de la Universidad de California, Irvine, han denominado *la renovación sináptica*. Se puede definir ésta como un proceso de pérdida y sustitución de sinapsis que podría subdividirse en cuatro etapas :

- 1) la desconexión sináptica
- 2) el desencadenamiento del crecimiento axónico y la diferenciación de nuevos botones presinápticos.
- 3) el establecimiento de nuevos contactos
- 4) la maduración de estas sinapsis.

Y de alguna manera es un proceso que podemos observar a lo largo de toda la vida, y sobre todo en la infancia cuando están dejándose de utilizar conexiones poco funcionales a favor de conexiones más maduras.

Así, en un proceso de atención de una disfunción neurológica se tendría que trabajar precisamente en relación a propiciar conexiones más evolucionadas y funcionales, que necesariamente se manifestarán en un comportamiento más evolucionado también en el sujeto.

La renovación sináptica producida por lesiones seguiría este mismo camino pero requeriría la previa regeneración axónica, es decir, además de la reorganización se implicarían una serie de acontecimientos relacionados con la respuesta del organismo a la agresión sufrida.

Inmediatamente después de un accidente la barrera hematoencefálica se rompe y se abre a nivel del sitio lesionado.

La sobrevivencia de la neurona, como ya se señaló, depende de la integridad de sus terminaciones. Cuando se corta un axón del sistema nervioso central o periférico, su parte más alejada del cuerpo celular muere después de haber sufrido una serie de cambios conocidos con el nombre de degeneración axonal. La regeneración es frecuente a nivel de los nervios periféricos pero poco común en el sistema nervioso central.

La degeneración transeuronal puede afectar neuronas situadas a dos y hasta a tres sinapsis de la célula lesionada.

La lesión en sí puede producir toxicidad que lleva a una mayor muerte neuronal :

Por ejemplo, después de una lesión pueden haber una serie de cambios bioquímicos llamados cascada de calcio : esto se da cuando las alteraciones patológicas de diverso tipo, producen aumento en la concentración intracelular de calcio. Este aumento provoca una serie de hechos que pueden conducir a una mayor toxicidad celular e incluso a la muerte neuronal.

La muerte o la sobrevivencia de las células nerviosas depende de múltiples factores. Cuando hay muerte neuronal o solamente degeneración de segmentos de axones, las neuronas intactas son parcial o totalmente deaferentadas. Como hemos visto estas pueden morir, a su vez, pero también pueden actuar desatando un proceso notorio de compensación, al que podemos considerar, a justo título, un fenómeno de plasticidad sináptica : **la hipersensibilidad de denervación.**

Esta se explica por un cambio en el número de moléculas receptoras activas, multiplicación de receptores y cambio de posición de éstas proteínas en la membrana celular, y también por un aumento en el enlace de la calmodulina en las membranas, lo cual se traduce en una activación mayor de los sistemas de segundos mensajeros. En otras palabras, cuando la cantidad de moléculas transmisoras disminuye, el de moléculas receptoras aumenta.

Un uso incrementado produce efectos recíprocos. El enriquecimiento ambiental puede asociarse de igual manera a una disminución de la sensibilidad.

El recableado de los blancos deaferentados mediante fibras de nueva formación hace que la hipersensibilidad desaparezca y se normalice en gran parte de funcionamiento del sistema.

Este fenómeno resulta especialmente interesante porque nuevamente plantea la interacción biológica-ambiental.

Muy probablemente las experiencias que busca un niño con psicosis infantil, si esta hipótesis es cierta, tienen que ver seguramente con el lugar en dónde se encuentra su

inmadurez y las experiencias que requiere para trabajarla. Los conceptos de fijación y regresión no parecen estar tan lejos de esta aproximación. Y a pesar de que no se plantea un reduccionismo biológico, si podemos pensar en la posibilidad de salvar la dicotomía innecesaria entre mente y cuerpo.

Por ejemplo, el movimiento de "rocking" que presentan muchos de los niños autistas podría estar asociado con la necesidad de estimulación y de desarrollo del sistema vestibular, que precisamente se estimula a través de este tipo de movimiento (mecerse).

D) REPARACIÓN, RECUPERACIÓN Y PLASTICIDAD.

*"Debe haber numerosos casos en los que la capacidad de restauración está latente y se expresa únicamente gracias a alguna manipulación adicional".
(Norman Geschwind)*

En el pronóstico de recuperación después de una lesión cerebral ha regido, durante mucho tiempo, un marcado pesimismo. A pesar de este pesimismo que existe entre la mayoría de los neurólogos, no han podido negarse una serie de hechos evidentes de recuperación. Sin embargo ha sido muy difícil que se de a estos hechos la importancia que se merecen. *"Si los mejores neuroanatomistas afirmaban que no había absolutamente ninguna reparación en el sistema nervioso central, ¿hubiera sido sensato que los clínicos partieran a la búsqueda de tratamientos para promover algo que simplemente no podía producirse?"*. (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.88).

Existen distintos conceptos que se presentan como posible explicación del fenómeno (vicariedad, redundancia, sustitución funcional, diasquisis) y que tratarían de sustentar a toda costa una explicación basada en un modelo localizacionista y más bien mecánico. Sin embargo aquí estaríamos interesados en procesos que tendrían que ver más con la reorganización, así que se abordarán dos fenómenos que han sido estudiados en los últimos años con interesantísimas conclusiones.

a) El rebrote, gemación regenerativa o regeneración nerviosa auténtica: que se produce normalmente en el sistema nervioso periférico y que consiste en desarrollar un nuevo crecimiento del axón

¿Son capaces las neuronas del sistema nervioso central, como las del sistema nervioso periférico, de regenerar sus prolongaciones de modo similar?. Esta pregunta sigue siendo materia de debate, pero cada vez se demuestra mejor que, en condiciones apropiadas la regeneración de las células nerviosas se puede estimular y producir en el cerebro del mamífero adulto.

Los experimentos de Ann Marks han sido muy importantes en cuanto a la demostración de la regeneración neurológica, sólo que no han sido muy tomadas en cuenta.

Ramón Cajal, en 1928, afirmaba que *"En el cerebro adulto, las vías nerviosas son fijas e inmutables; todo puede morir, nada puede regenerarse"*. (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p. 88).

Como se decía anteriormente este concepto sigue de alguna manera arraigado actualmente y es muy difícil demostrar lo contrario.

El Profesor Anders Bjorklund, de la Universidad de Lund en Suecia, es uno de los pioneros en el campo de la reparación nerviosa y uno de los primeros en haber aportado pruebas convincentes sobre la existencia de un crecimiento neuronal reconstructor en respuesta a una lesión traumática. Entre sus experimentos realizó pruebas en relación a la implantación de tejidos afines que sirvieran como puentes y de este modo que permitieran a los axones fraccionados alcanzar a reconectarse.

Albert Aguayo y sus colegas, en la Universidad de McGill en Montreal Canadá se mostraron preocupados por la dificultad que manifiestan las neuronas para hacer brotar el axón dañado a distancias relativamente largas. Aguayo supuso que esto no se debía a una incapacidad inherente a la neurona sino que se trataba más bien de un bloqueo de los procesos de regeneración debido a factores mecánicos o químicos en el área lesionada.

b) rebrote o gemación colateral : cuando el daño no es total, algunas de las fibras que permanecen intactas y que se proyectan sobre células deafferentadas reaccionan a la desaparición de sus compañeras aumentando en tamaño y en número sus propias terminaciones. En realidad, de las células nerviosas no dañadas rebrotan nuevas ramas colaterales en sus axones y de esta manera llegan a ocupar los sitios sinápticos dejados vacantes a consecuencia de la lesión.

Oswald Steward y sus colaboradores en la Universidad de Virginia se han dedicado a estudiar los efectos de la gemación colateral en los déficits de aprendizaje con ratas. Se apreció que la ultraestructura de las nuevas conexiones, la nueva configuración de la innervación era en todos los aspectos idéntica a la de la organización sináptica normal.

“Es importante señalar que estas observaciones confirman la teoría de la quimioafinidad formulada por Paul Weiss y desarrollada a lo largo de los años cuarenta por Roger Sperry, premio Nobel de medicina en 1981. Este último demostró que no sólo es posible una importante regeneración del sistema nervioso central de los vertebrados inferiores, sino también que esta regeneración no se realiza de cualquier manera : cada axón encuentra su blanco preciso y adecuado, como si éste estuviese marcado con una especie de etiqueta química, como si hubiera afinidad química entre la célula que regenera un axón y su blanco”. (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.100).

Estas dos formas de plasticidad resultan de gran relevancia para el tema que nos ocupa pues plantean la posibilidad de una reorganización y de desarrollo de conexiones neuronales en donde los factores tróficos juegan un papel determinante.

E) FACTORES ENDÓGENOS DE CRECIMIENTO Y REPARACIÓN.

“En los últimos años, buena parte de las investigaciones se ha dedicado a la identificación de los factores producidos por el sistema nervioso que facilitan la reparación de las neuronas dañadas. La mayor parte de las substancias identificadas hasta hoy son proteínas que estimulan el crecimiento y guían hacia blancos a las fibras nerviosas en regeneración : estas substancias se denominan neurotróficas. La mejor

manera de verificar si una proteína cerebral es neurotrófica consiste en comprobar su actividad trófica in vitro." (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.108)

Hace una décadas se descubrió el prototipo mismo de las sustancias neurotróficas al que se denominó factor de crecimiento nervioso (NGF). Fué descubierto por la neurobióloga italiana Rita Levi Montalcini y su colega norteamericano Satanley Cohen. Ambos recibieron el premio Nobel. El descubrimiento inicial fue el de el papel decisivo que desempeña en NGF en el desarrollo del sistema nervioso simpático.

Franz Hekti y sus colegas demostraron que el NGF también es indispensable en el funcionamiento des SNC.

"Investigadores suecos, en colaboración con investigadores de la Universidad de California en San Diego, han demostrado que ratas en edad avanzada que han recibido infusiones de NGF directamente en el cerebro no pierden tantas neuronas como sus homólogas que han recibido infusiones de una solución de control ; además, después de un tratamiento con NGF las ratas presentan déficits menores del aprendizaje y de la memoria que los que se observan en las ratas testigo tratadas con la solución control. Estos descubrimientos indican que el tratamiento mediante NGF podría contribuir a que las neuronas de edad avanzadas y destinadas a morir vivieran más tiempo y funcionaran con mayor eficacia.

En este experimento no se infligió ningún daño específico al sistema nervioso y la pérdida de neuronas era únicamente el resultado del proceso natural de envejecimiento." (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.109).

"Los factores neurotróficos podrían desempeñar un papel decisivo en la sobrevivencia de las neuronas y, en definitiva, en la restauración de las funciones del comportamiento." (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p. 109).

Las celulas nerviosas crecen dirigiéndose hacia los lugares donde se encuentran altas concentraciones de los factores tróficos y trópicos.

Con estos datos puede llegarse a la conclusión que en la búsqueda de la recuperación habría que manipular el equilibrio entre los efectos tróficos y benéficos, por una parte, y los efectos tóxicos y perjudiciales por la otra que se dan cuando ha habido un traumatismo o accidente vascular, para obtener la mejor recuperación posible.

"En el futuro , tal vez la investigación en este campo tenga que estudiar las posibilidades de desarrollar substancias de síntesis capaces de desencadenar la producción de factores tróficos y trópicos. Se podrían también explorar las posibilidades de crear proteínas en laboratorio, aplicando las técnicas de ingeniería genética a linajes celulares clonados capaces de fabricarlas in vitro." (Brailowsky, Stein y Will,1992, p.119).

F) EDAD, TIEMPO Y PLASTICIDAD.

Existen numerosos estudios en relación a la interacción : edad - plasticidad, tratándose de encontrar pautas que puedan explicar si una lesión que se sufre a determinada edad tiene mayores o menores posibilidades de recuperación. En realidad se ha visto que el problema es mucho más complejo y que no se pueden establecer conclusiones unilaterales.

Con respecto a este tema tan interesante lo que sería de nuestro interés específico, más que la reacción ante una lesión, sería la posibilidad de reorganización de una disfunción ocasionada por una inmadurez según la edad del sujeto y las implicaciones que ésta pueda traer para su desarrollo, también en relación a su edad.

En realidad las investigaciones que se han hecho en cuanto a esta interacción edad - plasticidad parten de experimentos u observaciones en las que se ha provocado o sufrido una lesión, estas investigaciones pueden ser muy útiles para el tema que nos ocupa. Permítaseme plantear algunos de estos experimentos y más adelante retomar este concepto ya en relación al fenómeno que nos ocupa : la inmadurez neurológica.

Kenrad (1860) planteó lo que se denominó en su honor el *principio de Kenard*, según el cual las lesiones cerebrales precoces tienen una mejor evolución que las tardías debido a las características de mayor plasticidad del cerebro en la etapa juvenil.

Esto se comprueba en numerosos casos, pero también se comprueba lo contrario, es decir, que entre más joven es un cerebro también es más vulnerable. Nos enfrentamos a un fenómeno de gran complejidad en donde no se pueden hacer afirmaciones simplistas.

Se han hecho experimentos muy interesantes a favor y en contra de este principio. Entre las que lo apoyan está la realizada en la Universidad de Yale por Patricia Goldman y su colega Thelma Galkin. Estas investigadoras retiraron el feto de un mono macaco en edad embrionaria de 110 días del vientre de su madre. Le hicieron una ablación muy cuidadosa de la parte dorsolateral de la corteza prefrontal. Después de la operación el feto fue devuelto al vientre de su madre y fue parido normalmente dos meses después. Al año y a los dos años se sometió al mono a pruebas de comportamiento en las que no presentó ningún déficit, contrariamente a sus congéneres que habían sido operados ya adultos.

Contradiendo estas conclusiones también hay diversas pruebas experimentales. Si retomamos los experimentos de Hubel y Torstein (1981) en donde se le tapó un ojo al gato durante las primeras semanas de vida ocasionándole una ceguera permanente en este ojo podemos entender la vulnerabilidad de este cerebro joven.

Parece ser entonces que el cerebro joven es *"Más vulnerable, pero más plástico"... es capaz de lo mejor y de lo peor...Si bien puede mostrarse vulnerable, el cerebro joven también es capaz de una mayor plasticidad compensatoria"*...

Eros y Tánatos, divinidades antiguas y principios freudianos paradójicamente se congregan en el cerebro juvenil". (Brailowsky, Stein y Will, 1992, p.128).

En la medida que determinada función no se desarrolla en el tiempo genéticamente esperado hay una consecuencia en la estructuración del funcionamiento cerebral. Es decir, el déficit determina la carencia de determinadas experiencias indispensables en la organización sináptica. En este sentido el déficit condiciona un mayor déficit.

Esto tiene enormes implicaciones para el tema de estudio de esta investigación. Resulta entonces que si bien es cierto que determinado tipo de inmadurez puede evolucionar de manera natural, favorablemente, por la plasticidad propia de la etapa juvenil, también es cierto que hay un grupo de inmadureces que no evolucionan favorablemente y que además, al no permitir la experiencia necesaria en la estructuración de conexiones sinápticas, producen un déficit creciente, que más adelante no va a poder ser retomado o no con los mismos resultados ni posibilidades, precisamente porque la plasticidad del niño no es la misma que la del adulto.

Si tenemos un pequeño que presenta síntomas neurológicos claros, entre más temprano sea su atención las posibilidades de recuperación aumentan definitivamente.

G)ALGUNAS REFLEXIONES ALREDEDOR DEL TEMA.

Las implicaciones de los temas abordados en este capítulo son muy importantes:

Si la hipótesis que plantea el trabajo es cierta, es decir, que existe un tipo de psicosis infantil en donde hay como componente etiológico una inmadurez neurológica, la posibilidad de intervención se amplía enormemente si se conjugan las aportaciones de distintos profesionistas, pero trabajando coordinadamente y comprendiendo el complejo fenómeno que se está atendiendo.

La psicoterapia brindaría esas experiencias, esa RESIGNIFICACION de los sucesos y de la experiencia previa a través de sus herramientas propias (interpretaciones, señalamientos, construcciones, explicitaciones, alianza terapéutica y relación real con el analista), mientras que el neurólogo permitiría que el "centro de procesamiento de la información pueda abrirse a esta experiencia ; de otro modo el acceso queda cerrado, o muy limitado.

Aunque estamos aquí abordando el tema de un tipo de psicosis infantil, estos planteamientos son aplicables a muchas otras patologías, no necesariamente tan graves como ésta, pero que pueden beneficiarse enormemente con estos nuevos conocimientos, tales como aquéllos niños que presentan una estructuración fronteriza de la personalidad, con una gran tendencia a la actuación en donde el componente de impulsividad ocasionado por una inmadurez tiene un gran peso etiológico, debido a que se trata de un factor constitucional que incide directamente en sus posibilidades de estructurar las experiencias.

Lejos de cerrar las posibilidades de intervención terapéutica y lejos de perder la especificidad de lo emocional, la comprensión más completa de lo que sucede abre enormemente el horizonte y amplía definitivamente las posibilidades de tratamiento.

Hay, por otro lado, una serie de descubrimientos muy interesantes a nivel genético y bioquímico de la enfermedad mental que no pueden dejarse de lado en la actualidad.

En la revista *Biological Psychiatry* encontramos numerosos estudios acerca de factores bioquímicos que explican la depresión, la esquizofrenia, los episodios maniacos, etc.

Incluso en una revista dirigida al público en general como es el *Newsweek* de enero del presente año se presenta un artículo muy interesante al respecto.

¿Qué quiere decir esto ?. ¿Qué, el ambiente ya no importa ?. ¿Está todo dado por la información genética que heredamos ?. Lejos de plantear esto los descubrimientos actuales señalan una interacción dinámica. Digamos que el concepto de series complementarias se adelantó admirablemente a su tiempo, como tantos otros planteamientos Freudianos, pero actualmente puede enriquecerse enormemente ante los nuevos conocimientos en relación a lo que se denomina "la parte congénita".

Por otro, y como ya se señalaba en repetidas ocasiones lado también se da una importancia sin precedentes a la experiencia y a la cualidad reestructuradora de ésta, a

nivel incluso bioquímico. Factores como el stress tienen una incidencia directa en el sistema inmunológico ; este sistema y el sistema nerviosos están sin lugar a dudas conectados aunque queda mucho por descubrir acerca de las modalidades específicas de interacción.

Desarrollar estos planteamientos sería objeto de otra investigación, pero lo que sí puede plantearse desde aquí es que en esta "década del cerebro", como trabajadores de la salud mental, tenemos que estar informados y abiertos a los innumerables aportes de otras áreas del conocimiento relacionadas con nuestro quehacer terapéutico. La mejor comprensión de que lo que sucede al paciente está determinado por la interacción de distintos componentes, mismos que tienen que ser atendidos por distintos especialistas, es ya en sí terapéutica, porque inicia por poner orden en un caos, porque no intenta una respuesta omnipotente al problema.

VI-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

“Respecto del pronóstico de niños psicóticos... Malher 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 un especie de prótesis psicológica, ejercida idealmente por un terapeuta ”

(Bleichmar, 1989, p.374).

El tema de las psicosis infantiles ha sido un lugar de mucha incertidumbre y cuestionamiento. La psicosis infantil nos enfrenta a enormes enigmas. Quienes han logrado una mejor recuperación de estos niños ha sido a través de una atención interdisciplinaria, en donde, se privilegia uno u otro aspecto dependiendo de la orientación o especialidad principal del grupo de terapeutas.

A nivel psicoanalítico tenemos muy diversas aproximaciones, con orientaciones teóricas muy distintas y sin embargo la implementación técnica no resulta ser tan diferente. Todas las escuelas psicoanalíticas, incluso las más ortodoxas, están de acuerdo en que con el niño psicótico no puede restringirse el trabajo a la sola interpretación, señalamientos y explicitaciones. Se permite una flexibilidad que no se considera adecuada en otros tipos de padecimientos.

Es sin embargo importante resaltar que las diferentes escuelas dan una distinta explicación etiológica del problema y, por lo mismo, determinan un tipo de intervención muy distinto a nivel familiar, así como brindan distinta importancia a la interconsulta con otros especialistas.

Las explicaciones etiológicas son muy diversas y la fundamentación del tipo de intervención así como de la explicación de la psicodinamia y fantasías inconscientes que subyacen al problema implican rupturas conceptuales básicas; sin embargo si observamos el trabajo concreto de diferentes terapeutas, con formación también distinta, no dista tanto uno del otro, y siendo honestos, podríamos decir que el trabajo en la sesión está determinado en gran parte por **lo que el niño permite**, desde su mundo tan restringido, a pesar de que la teorización a cerca de lo que sucede en la sesión analítica sea tan diferente entre una y otra escuela.

Entre las aportaciones que podríamos destacar están los interesantes trabajos de la Escuela Lacaniana, entre ellos los de Maud Manoni (1964,1976) y Francoise Dolto (1979), en donde el niño es la expresión sintomática de una dificultad propia de los padres. El deseo inconsciente juega un papel determinante y, por lo mismo, en el tratamiento, el trabajo alrededor del deseo de la madre e incluso alrededor del lugar que ocupa en la sucesión generacional, las expectativas que se han puesto en él desde antes

de su nacimiento de acuerdo a la propia historia de los padres, constituye uno de los aspectos centrales del mismo.

Dentro de esta escuela la ley paterna es la que le otorga al pequeño la posibilidad de constituirse como ser deseante, y al poder acceder al registro de lo simbólico, al lenguaje, constituirse en un sujeto que habla acerca de su falta y de este modo asumirse como un ser distinto, irrepetible e incompleto. Es precisamente esta asunción de la falta la que permite al sujeto constituirse como tal. La psicosis consistiría en quedarse atrapado como falo de la madre ante la ausencia de una ley paterna que separe, en esa fantasía de completarla sin poder entonces asumirse como un sujeto deseante, como un sujeto que habla y que no solamente es hablado por el otro.

Malher (1968) por su parte, como hemos ido revisando, le da gran importancia al aspecto maduracional y trabaja sobre la diada con un enfoque de series complementarias. Es el interjuego de las capacidades del niño y de la disponibilidad emocional de la madre la que determina el logro de una buena individuación, el nacimiento psicológico. A pesar de sus enormes y diametrales diferencias con la escuela anterior, también le otorga a la patología materna una fuerte carga etiológica en el desarrollo de las psicosis ya que incide directamente en la disponibilidad afectiva de la madre y en su capacidad, a través del maternaje, de salvar las dificultades que pudieran presentarse en este proceso maduracional.

Balint (1979) y Winnicott (1963) hablarían de las psicosis como explicadas a partir de algo que faltó en la relación con la madre que determinó que no se constituyeran funciones básicas en la estructuración de la personalidad durante una fase trascendente en el proceso de desarrollo emocional lo cual determina la fragmentación y la incapacidad para poder aceptar la realidad. En este sentido plantearían la necesidad de una regresión terapéutica que permitiera un "nuevo comienzo" (Balint 1979) y la reinstalación de un vínculo con el terapeuta como un medio para una nueva edición de las relaciones objetales.

Tustin (1972) habla de los períodos de tristeza y duelo que preceden a la ruptura con la realidad de la crisis psicótica y subraya la existencia de tres distintos tipos de autismo dependiendo de la sintomatología primordial que presentan los niños y plantea que el conocimiento de estas características es muy importante para la implementación del tipo de tratamiento ya que la sintomatología tiene que ver con algo que se "perdió del propio cuerpo" en la separación de la madre (del pecho como objeto libidinal) para la cual el niño no estaba preparado. Esta carencia en el inconsciente no tiene una representación de ausencia sino que se representa a través de un objeto concreto "un botón" "un agujero". A través de la diferente expresión de los cuadros autistas podemos entender que no todos estos pequeños pueden tolerar el contacto de la misma manera, ni reaccionar al mismo de igual forma, ni evolucionar hacia un mismo lugar. Hay además una serie de sensaciones corporales experimentadas por estos pequeños y que se expresan sobre todo en una serie de representaciones que el niño tiene de su propio esquema corporal y a las que logra el acceso a través de las creaciones del niño. La autora plantea técnicas de aproximación dependiendo también del tipo de mecanismos defensivos que utiliza cada cuadro.

Las distintas aproximaciones a la psicosis infantil abordan aspectos muy distintos unas de otras y plantean cuestiones trascendentes para su comprensión; sin embargo ninguna de las escuelas ha logrado resultados definitivos y en la generalidad de los casos son poco satisfactorios. Casi todas ellas coinciden en dar un pronóstico reservado a la psicosis

infantil y en dar un peso etiológico definitivo a la relación con la madre, lo cual ha sido seriamente cuestionado por estudios epidemiológicos, desde los trabajos de Mlaher (1968). Considero que este tema podría ser objeto de otra investigación. Para los fines de la actual simplemente baste con plantearse el hecho de la diferencia tan abismal que existe entre las distintas escuelas psicoanalíticas para la comprensión etiológica del fenómeno y aún desde su descripción fenomenológica, que llega a crear diferencias insalvables; no se diga si además entramos a indagar la explicación que del fenómeno dan otras disciplinas que también estudian el comportamiento humano.

La aproximación que plantea el grupo TESEO constituye, desde mi punto de vista, un importante logro integrativo, en donde se explica a la psicosis como el resultado complejo de la interacción complementaria de diversos aspectos: el aparato congénito, el sentido simbólico que adquieren tales características, la situación ambiental y el vínculo que se establece a partir de este complejo interjuego, que ejemplifican gráficamente como el de un movimiento en espiral en donde la interacción de los elementos provoca una dinámica en la que ya no se pueden aislar unos de otros y que se van modificando progresivamente. Se abre la posibilidad de que lo neurológico, lo constitucional, lo biológico, incida de alguna manera; pero el sujeto no es pasivo, elabora una respuesta, misma que incide en su propia constitución fisiológica, funcional e incluso de autorepresentación, de acuerdo al significado que se otorga a lo que sucede, presentándose algo así como en una espiral en crecimiento. La situación evaluada es muy distinta a la sólo suma de los componentes.

El fenómeno de la psicosis infantil puede llevar así a un sinúmero de planteamientos, dentro del psicoanálisis y sin salirnos de nuestro marco referencial. No se diga si además tocamos otras disciplinas.

Habiendo aclarado la enorme gama de posibilidades de abordaje, simplemente, en la presente investigación, me aboco a una aproximación específica: **se plantea simplemente observar si existe alguna relación entre la patología neurológica y la dificultad de vinculación de estos niños y si al mejorar el aspecto neurológico mejora también su capacidad de establecer contacto.**

La teoría de Malher (1970), como se señalaba nos brinda elementos para el análisis del proceso de desarrollo de la vinculación emocional, sólo que ahora estaríamos indagando la otra parte de la diada: el niño. Es decir, en lugar de centrarnos en el estudio de la disponibilidad emocional de la madre, trataríamos de abocarnos a eso que Malher llamó la predisposición constitucional, o esta fragilidad en el yo de la que hablaba y que ella encontró en los niños psicóticos a diferencia de otros niños que habían sufrido carencias ambientales muy fuertes y que sin embargo desarrollaban otro tipo de patologías no psicóticas.

Plantearíamos así una serie de cuestionamientos que podrían clasificarse en tres aspectos en torno a los cuales podríamos preguntarnos lo que sucede. Estos serían:

- A) ¿Existe alguna relación entre el diagnóstico neurológico y el psicodinámico?
- B) ¿Existe alguna diferencia en la evolución de los casos cuando reciben atención neurológica además de la psicoterapéutica?
- C) ¿Existe alguna expresión psicodinámica de las distorsiones en la experiencia condicionadas por las limitaciones neurológicas?

Y dentro de cada uno se desprenderían una serie de preguntas más que se responderán tentativamente a través de las hipótesis que trataremos de confrontar en el presente trabajo. Así tenemos :

A) EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO.

- 1) ¿En todos los casos de psicosis infantil estudiados en la presente investigación existe una patología neurológica ?
- 2) ¿Hay alguna relación entre el tipo de diagnóstico neurológico y el diagnóstico psicodinámico ?

B) EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN.

- 1) ¿Existe alguna diferencia en la evolución de la capacidad de vinculación a los seis meses de tratamiento de los pacientes con psicosis infantil que reciben el factor de crecimiento fibroblástico ?
- 2) ¿Existe alguna diferencia en la evolución de la capacidad de vinculación a los seis meses de tratamiento de los pacientes con psicosis infantil que reciben terapia psicoanalítica ?.
- 3) ¿Existe alguna diferencia en la evolución de los pacientes que reciben ambos tipos de tratamiento ?

C) EN RELACIÓN A LAS DISTORSIONES EN LA EXPERIENCIA CONDICIONADAS POR LIMITACIONES NEUROLÓGICAS.

- 1) ¿Existe una desintegración en el procesamiento de la información sensorial que pudiera condicionar dificultades a nivel de la diferenciación de lo interno y lo externo al propio cuerpo y en este sentido dificultar la construcción de esta categoría a nivel de apreciación de la realidad ?
- 2) ¿Existe una dificultad a nivel de integración del concepto de causalidad concreta que pudiera dificultar la asociación de la sensación de satisfacción con la gestalt del rostro materno ?
- 3) ¿Existe alguna dificultad a nivel de hipersensibilidad que pudiera condicionar la dificultad de tolerancia a los cambios ?
- 4) ¿Existe alguna dificultad a nivel de la rigidización de la conducta y perseverancia que pudiera incidir en la dificultad de contacto humano por lo poco predescible que resulta ser el mismo ?
- 5) ¿Existe alguna fragmentación perceptual que pudiera favorecer una fragmentación a nivel de los objetos libidinales y del yo ?.

VII-HIPÓTESIS.

A partir de los planteamientos desarrollados en el anterior capítulo se estructuran las siguientes hipótesis de trabajo alrededor de tres rubros principales.

- A) A nivel de diagnóstico.
- B) A nivel de la evolución
- C) A nivel de la explicación del mismo fenómeno de la psicosis infantil.

A) EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO.

Hipótesis Alternas.

- 1) En todos los casos de psicosis infantil estudiados se encontrará una patología neurológica.
- 2) En todos los casos de psicosis infantil se encontrará un mismo tipo de patología neurológica.

Hipótesis nulas.

- 1) No se identifica ningún tipo de patología neurológica en los casos de psicosis infantil estudiados.
- 2) No hay ningún tipo de relación entre los diagnósticos neurológico y psicodinámico de los distintos casos estudiados.

B) EN RELACIÓN A LA EVOLUCIÓN.

Hipótesis Alternas :

- 1) Existe una diferencia significativa favorable en cuanto a la evolución en la capacidad de vinculación de los grupos que recibieron el factor de crecimiento fibroblástico a los seis meses de tratamiento, al establecer una comparación con el grupo de sujetos que no recibieron el factor.

- 2) Existe una diferencia significativa favorable en cuanto a la evolución en la capacidad de vinculación para aquél grupo de sujetos que recibió terapia psicoanalítica al compararla con el grupo de sujetos que no la recibió.
- 3) Existe una diferencia significativa favorable para el grupo de sujetos que recibió tanto factor de crecimiento fibroblástico como terapia psicoanalítica en comparación a los sujetos que no recibieron éstas de manera conjunta.

Hipótesis Nulas :

- 1) No existe diferencia significativa en la evolución de la capacidad de vinculación entre aquéllos grupos que recibieron el factor al compararlos con el grupo de pacientes que si recibió el factor de crecimiento fibroblástico a los seis meses de tratamiento.
- 2) No existe diferencia significativa en la evolución de la capacidad de vinculación entre los grupos que recibieron terapia psicoanalítica y aquéllos que no la recibieron a los seis meses de tratamiento.
- 3) No existe diferencia significativa en la evolución de la capacidad de vinculación entre el grupo de pacientes que recibieron ambas terapias en forma conjunta y los que recibieron algún tipo de atención.

Las hipótesis de estos dos incisos serán trabajadas a partir de la comparación de los grupos que se plantean en el diseño cuasi-experimental.

Las hipótesis que se señalan a continuación son de carácter conceptual y serán trabajadas a través de la observación clínica. Me pareció muy interesante plantearlas y desarrollarlas a pesar de que seguramente se requerirán nuevas investigaciones para establecer otro tipo de aproximaciones a estos planteamientos.

C)EN RELACIÓN A LAS DISTORSIONES EN LA EXPERIENCIA CONDICIONADAS POR LAS LIMITACIONES NEUROLÓGICAS.

Estas serán simplemente planteadas a nivel de hipótesis alternas.

- 1) La desintegración del procesamiento de la información sensorial condiciona dificultades a nivel de la diferenciación de lo interno y lo externo al propio cuerpo (dificultad para diferenciar entre la fantasía y la experiencia ; lo material y lo mental, las sensaciones externas y los estímulos internos, etc) lo cual incide dificultando la construcción de un principio de realidad.
- 2) La dificultad de integración del concepto de causalidad concreta dificulta a su vez la asociación de la sensación de satisfacción con la gestalt del rostro materno.
- 3) Hay un nivel de hipersensibilidad que dificulta la adaptación a los cambios.
- 4) No se tolera el estímulo humano por lo poco predecible y controlable que resulta el mismo ante las dos características señaladas anteriormente
- 5) Existe una fragmentación perceptual que puede favorecer una fragmentación a nivel de los objetos libidinales y del yo.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Estoy totalmente consciente de que las categorías de los fenómenos puestos en contacto en este último rubro tienen la particularidad de constituir entidades noseológicas pertenecientes a dos campos de conocimiento. Simplemente se persigue plantear que un tipo de experiencia fragmentaria a nivel de integración senso-perceptual puede dificultar enormemente la introyección de las experiencias necesarias en el proceso de desarrollo emocional. Es una especie de catástrofe que dificulta la elaboración adecuada de las experiencias ambientales.

Estos últimos planteamientos podrían llevarnos a una serie de relaciones muy interesantes entre procesos psicológicos y expresiones conductuales propias de la psicosis infantil. Veamos :

Existe una desintegración en el procesamiento de la información sensorial. Esta desintegración sensorial dificulta :

A nivel de procesos psicológicos :

Lo que se expresa a nivel de conductas manifiestas en :

1) La diferenciación entre lo interno y lo externo.

1) Reacciones catastróficas ante cambios del ambiente.

2) La relación de la sensación de satisfacción con la gestalt del principio materno.

2) Aislamiento. Falta de catectización del principio materno.

3) La tolerancia a los cambios.

3) Necesidad de actos rituales y repetitivos.

4) La dificultad para el manejo del estímulo social.

4) Animación de lo inanimado y maquinización de los objetos libidinales.

5) Fragmentación de los objetos y del yo.

5) Interés por partes de los objetos. Fetichismo psicótico.

VIII - METODOLOGÍA.

Dado que el diagnóstico de psicosis infantil no es un diagnóstico frecuente, afortunadamente, las posibilidades de obtener una muestra poblacional representativa se restringen muchísimo, aunque basados en un estudio epidemiológico quizás diez casos pudieran ser representativos de la población en que se efectúa el estudio.

En la presente investigación se lleva a cabo el seguimiento de diez niños con este diagnóstico.

Dentro de los mismos encontramos ciertas diferencias, en cuanto algunos presentan una psicosis preponderantemente autista (3) mientras que los otros presentan un cuadro preponderantemente simbiótico (7) (Malher, 1970) Sin embargo todos entran dentro del diagnóstico de psicosis infantil.

Como se pudo apreciar en el capítulo anterior existen tres tipos de hipótesis a las que se abordará también de manera diferente. Esto se especificará a lo largo del presente apartado.

A) MUESTRA POBLACIONAL.

Las edades de los niños que conforman la muestra son entre 2 y 10 años y se encuentran, al iniciar el tratamiento, en preescolar o en escuela de educación especial.

La muestra está formada por 1 niña y 9 niños. La selección de la muestra estuvo condicionada por los pacientes que acudieron a solicitar tratamiento. Siempre el grupo de niños varones fué más nutrido.

En todos los grupos del diseño cuasi-experimental hay 3 niños, a excepción del grupo IV, formado solamente por un pequeño cuyos padres no quisieron se le brindara ningún tipo de tratamiento. (Nota 1)

Nota 1 La madre es bióloga y afirma que el diagnóstico le es suficiente para asumir las limitaciones del niño y no desea hacerse "falsas esperanzas". Se sigue trabajando esporádicamente con ella ya que ella misma ha solicitado las evaluaciones. Probablemente en un tiempo demande atención pues ha tenido oportunidad de apreciar los progresos en otros pequeños.

Como se señaló anteriormente la selección de la muestra se hizo en base a los pacientes que acudieron a solicitar atención psicológica. Los que entraban dentro del diagnóstico de psicosis infantil se incluyeron en la investigación. A todos se les hizo una evaluación utilizando instrumentos diagnósticos de acuerdo a la edad y nivel de desarrollo del niño. En algunos casos, por características del padecimiento, estos instrumentos se limitaron a la simple entrevista de juego y entrevista con los padres. En los casos que lo permitieron se aplicaron: WPPSI, Bender, Fig. Humana evaluada según Koppitz y Familia de O'Corman. Estos instrumentos se aplicaron con el simple objetivo del diagnóstico, mismo que permitía la inclusión del sujeto en la muestra de la investigación.

Para los fines ya propios de la investigación sólo se aplicó la entrevista de juego para todos los casos, con el fin de poder comparar el desempeño de los niños y sistematizar el tipo de información obtenida. El formato utilizado para el registro de la entrevista de juego y entrevista a los padres se integra en el apéndice.

De esta manera, la selección de la muestra no fué tomada al azar, como correspondería a un diseño experimental, dada la limitación que establece la demanda de atención con este diagnóstico específico.

Para el primer inciso de las hipótesis se incluyeron a los pacientes que aceptaron acudir a evaluación neurológica (sólo 7). Los tres restantes se rehusaron a acudir a la mera evaluación. (Uno de ellos inició con atención puramente emocional y cuando decidió iniciar tratamiento neurológico tuvo que acudir a la evaluación correspondiente.)

Para el segundo apartado de hipótesis se hizo una distribución en grupos según tipo de atención recibida. Para esta distribución tampoco se siguió un procedimiento de azar dado que fueron grupos autoseleccionados de acuerdo a la demanda de los padres^(Nota 2). Algunos no estaban de acuerdo con el tratamiento neurológico, mientras que otros rechazaban la atención emocional. A quienes solicitaron ambos tipos de atención se les brindó.

El tipo tratamiento psicoterapéutico (terapia de juego) así como el número de sesiones semanales y la duración de éstas fueron los mismos para todos los niños que acudieron a consulta, al igual que el material de juego utilizado. La psicoterapeuta que brindó la atención fué la misma para todos los casos.

Hubiese sido muy interesante un estudio doble ciego en donde quién brinda la psicoterapia no supiese qué pacientes acudían paralelamente a atención neurológica con fines de lograr una mayor objetividad. La razón de esta falta obedece simplemente a la falta de recursos humanos y económicos que permitirían un diseño más flexible. Lo que sí pudo hacerse para el momento del registro de la entrevista de juego fué que los evaluadores no supieran a qué grupo pertenecía el sujeto, con el fin de no perjudicar su

^{Nota 2} Sabemos las implicaciones éticas que trae consigo el decidir uno u otro tipo de atención para algún paciente. Estas decisiones no pueden estar condicionadas por una investigación, de este modo la distribución de los grupos obedeció a la demanda terapéutica de los padres y simplemente se aprovechó para los fines del presente trabajo.

observación. Los casos se asignaron a los evaluadores (3) según disponibilidades de tiempo y horario.

Uno de los casos (Andy) inició con atención únicamente emocional (dos sesiones de 50 minutos de terapia de juego dos veces por semana) por la incertidumbre y desconfianza que representaba para la madre el tratamiento neurológico. A los seis meses de tratamiento emocional, la madre que había observado la evolución de otros niños que acudían a atención neurológica (debido a que espontáneamente una de las madres decidió formar un grupo de padres de niños con problemas relacionados con el autismo), decidió iniciar también este tipo de tratamiento mientras continuaba con su atención en psicoterapia. Las características del tratamiento de este niño en la segunda etapa no entran dentro de ninguno de los grupos previos, pero se registran en un grupo (GV), ya que no puede sumarse a los casos que recibieron ambos tipos de atención desde el inicio (GI), debido a que podría argumentarse que no podría distinguirse si los resultados obtenidos se deben al inicio del tratamiento con el FGF o a la expresión acumulada del trabajo terapéutico realizado por un año; sin embargo considero interesante hacer una descripción del caso clínico y su evolución, incluyendo muestras videogravadas de los distintos momentos del tratamiento, y registrarlo en otro grupo con fines de aprovechar la información.

En la distribución de los grupos tampoco se encontrará apareamiento según características. En todos los casos encontramos historias diferentes, situaciones familiares distintas, etc, el único dato en el que coinciden es en el diagnóstico: psicosis infantil.

Tampoco se utilizaron criterios de madurez o de tiempo previo en otros tratamientos, debido a lo limitado de la muestra.

Lo único que trató de equilibrarse fué el número de casos para cada grupo. Así, aunque existen otros casos con diagnóstico equivalente no se integraron a la muestra sino sólo si podían distribuirse equitativamente para los otros grupos, a excepción del GIV.

Como puede apreciarse se trata de un diseño cuasi-experimental puesto que no logra acceder a la categoría de experimental, que permitiría un control de las variables que nos lleven a suponer que las diferencias se deben exclusivamente a la intervención de la variable independiente. Sin embargo esto no resta seriedad al trabajo y se controlaron aquellas variables susceptibles de ser controladas, dentro de la situación de evaluación, como se desarrolla en el apartado correspondiente. Las limitaciones para la obtención de grupos más representativos se deben, como principal razón, a lo poco frecuente de este diagnóstico y por otro lado a la delicada tarea que representa dar el tratamiento que solicita el paciente, independientemente muchas veces de nuestras sugerencias e indicaciones, y como se señaló anteriormente, a las limitaciones de recursos para hacer una investigación a nivel nacional para lo que se requerirían un numerosos recursos. Quizás este estudio permita justificar la validez de hacer una inversión importante en una investigación más amplia de los fenómenos observados, lo cual considero sería muy interesante.

Estoy conciente que al ser un diseño cuasi-experimental, a pesar de que logra una sistematización de la información, sus limitaciones se encuentran a nivel de la posibilidad de generalización de los resultados.

B) DISEÑO CUASI-EXPERIMENTAL.

Para la comparación de la evolución que siguieron los pacientes se elaboró el siguiente diseño.

	#	TRAT.FACTOR.	TRAT.PSICOAN
GRUPO I	3	SI	SI
GRUPO II	3	NO	SI
GRUPO III	3	SI	NO
GRUPO IV	1	NO	NO.

El niño que no recibió ningún tipo de tratamiento, como se señaló anteriormente, se debió a la negativa de los padres de hacerlo aunque accedieron a colaborar para las tomas de evaluación.

Como ya se señaló anteriormente hay además otro caso que inicialmente perteneció al Grupo II debido a que la madre solicitó únicamente tratamiento psicoterapéutico, negándose inicialmente a seguir el tratamiento con el FGF. A los seis meses de tratamiento psicoterapéutico la madre solicitó que Andy recibiera también tratamiento con el FGF. A pesar de que no podemos incluir esta segunda fase del tratamiento de Andy en ninguno de los grupos del diseño, sí me pareció pertinente presentar su evolución a lo largo de todo su tratamiento, como un estudio de caso, que además es muy interesante y registrarlo en un grupo aparte (Grupo V)

C) INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.

Para la observación de los pequeños se utilizó la entrevista de juego.

Se videograbó el inicio de la misma (primeros cinco minutos) con el fin de poder acceder una y otra vez al material.

Los criterios que se utilizaron para la valoración de las conductas observadas se describen más adelante.

D)PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL.

-En todos los casos se evaluaron los cinco primeros minutos de la sesión para los parámetros continuos y se consideró la totalidad de la sesión para la evaluación de los rubros de orden cualitativo

-Las sesiones se videograbaron en todos aquéllos casos en que los papás dieron su aprobación .

-Siempre se permitió la presencia de la madre y la elección del sitio donde ella quería permanecer durante la entrevista de juego, según ella considerara mejor.

-La participación de la madre en la entrevista de juego en todos los casos se dejó libre, con el fin de poder observar también este aspecto. Siempre se aclaró la posibilidad de intervenir o no antes de iniciar la sesión, al igual que la posibilidad de ubicarse dentro del consultorio o en la sala de espera.

-La participación de la psicoterapeuta siempre intentó ser activa con el fin de poder evaluar la tolerancia al estímulo social.

-Cuando se contó con ayudante para las tomas este fué el mismo en la primera y la segunda tomas y su participación se resumió a ajustar el campo de la videograbadora. Cuando no se contó con esta ayuda se utilizó tripie para el registro y la examinadora tuvo que estar checando el campo de gravación.

-En los casos en los que no se videogravó se contó con la presencia de un observador que fué el mismo para la primera y la segunda observación. Su participación se limitó al simple registro

-El lugar de la evaluación fué el mismo para la primera y la segunda toma de cada niño.

-Todos los niños fueron notificados de alguna manera de la presencia de la videograbadora, cuando se videogravó la sesión y se les permitió manipularla con supervisión si manifestaban curiosidad o interés, cuidando también la conservación del material.

-El material de juego utilizado para la evaluación fué el mismo para todos los casos y este consistía en :

- .una casita de acción mecánica de la que pueden "entrar y salir" muñequitos.
- .una muñeca de trapo
- .tres muñecos de peluche (osito, oso, chango).
- .un bebé de trapo.
- .juguetes de construcción y martillo
- .moviliario pequeño de madera para armar :
 - una cocinita
 - un comedor
 - un baño
 - un juego infantil mecánico (volantín).
- .muñequitos que podían representar a una familia y agregados :
 - tres muñequitas mujeres adultas.
 - tres muñequitos hombres adultos.
 - cuatro muñequitos niños (dos hombres y dos mujeres)
 - un bebé que "hacía pipi" al llenarlo con agua.
 - un muñequito muy pequeñito (niño)
- .un muñeco "Pluto" de plástico
- .un carrito dentro del material de construcción que podía usarse por separado.

- .un libro de cuentos.
- .hojas y colores.
- .una sonaja
- .un avión inflable
- .una pelota de tennis
- .un escusadito
- .una sábana
- .agua
- .una espada
- .caja juguetero

E)CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Algunos de los criterios de evaluación se tomaron de las observaciones clínicas que hicieron Malher(1970) y su grupo de investigadores en relación a lo que ella denominó "mecanismos de mantenimiento" en la psicosis infantil. Otros tienen que ver con aspectos de desarrollo normal

En la presentación ordenada de conductas que se desarrolla a continuación, dentro de cada criterio, las conductas más regresivas se sitúan al principio, mientras que las conductas que se sitúan más adelante corresponden a mecanismos adaptativos más evolucionados.

Como podrá apreciarse dentro de los criterios de evaluación existen algunos de orden paramétrico como son : la frecuencia en el criterio de contacto visual o el tiempo en el criterio de interacción en el juego. Sin embargo la mayoría son de orden no paramétrico y constituyen categorizaciones conductuales.

1.- Contacto visual :

a)Definición :

Establecimiento de contacto de la mirada del niño con la mirada del entrevistador.

b)Modo de evaluación :

Frecuencia : número de veces que se estableció este contacto.

2.- Tolerancia a la cercanía física :

a)Definición :

Se entiende por tolerancia a la cercanía física la capacidad del niño de continuar su actividad durante la sesión sin perturbarse por la presencia cercana del investigador. La falta de tolerancia se expresa por la desorganización ante esta presencia que puede expresarse a través de suspender la tarea, llorar, quitarse del lugar, expresar de alguna manera el deseo de que el entrevistador salga de la cercanía que permitiría el juego en común , bloquearse totalmente ante la misma o hacer algún gesto corporal que expresa el deseo de establecer distancia física.

b)Modo de evaluación :

Evaluación no paramétrica. Clasificación de conductas.

1= No tolera la cercanía física

2= Sí tolera la cercanía física.

3)Pautas de comunicación.

a)Definición :

Modo preponderante que utilizó el niño dentro de la entrevista para comunicarse en la actividad que está realizando en la sesión ya sea con el entrevistador o con la madre.

Dentro de este rubro se identifican tres pautas que se definen a continuación :

-Omnipotente : el pequeño espera ser entendido a través del sólo pensamiento, la mirada o algún acto ritual que está muy lejos de poder asociarse lógicamente con un signo. A nivel conductual puede observarse cuando el pequeño inicia algún acto ritual o entra en desorganización cuando no se le adivina , o puede ser que utilice alguna parte del cuerpo del otro (mano generalmente) moviéndola como si fuera parte de sí mismo para expresar lo que desea que el otro haga. Dentro del juego el niño desarrolla su propio juego, dándole significados no compartidos a lo que hace. Esta pauta también se refiere al autismo propio del juego psicótico en donde no hay un interlocutor ni una simbolización propiamente dicha, sino una confusión entre lo material y lo mental que lleva a una **comunicación inteligible desde afuera y que no busca dirigirse a nadie.**

-Gestual : el pequeño ante sus dificultades de lenguaje ha desarrollado una **serie de signos gestuales y de sonidos, una mímica, que trata de expresar,** de alguna manera, alguna cosa, y que tienen cierta relación con el referente.

-Verbal : el pequeño utiliza algunas **palabras y símbolos lingüísticos que le permiten comunicarse.** No importa si los pronuncia correctamente sino si le ha dado al lenguaje verbal la categoría de un medio de comunicación. El niño sabe que las palabras sirven para comunicarse aunque no las pueda emplear muy bien.

La jerga verbal, como descarga, no entra en esta categoría.

b) Modo de evaluación :

Evaluación no paramétrica. Clasificación conductual.

1=Omnipotente

2=Gestual

3=Verbal.

4.- Interacción en el juego

a) Definición :

Capacidad de hacer del juego una actividad compartida. De realizar intercambios sociales durante el mismo.

b) Modo de evaluación :

Evaluación paramétrica :

Tiempo en minutos (de cinco) que el pequeño dura en interacción.

0 = correspondería a aislamiento (ausencia de interacción en el juego).

5.-Tipo de juego :

a) Definición :

Podría clasificarse el tipo de juego que desarrolla el niño durante la sesión en cuatro grandes categorías.

-**Errático** : el niño no tiene aparentemente ningún objetivo en la actividad que realiza. Deambula por la habitación, toca objetos, los deja, o permanece sentado meciéndose.

-**Sensoriomotor** : el niño está desarrollando una actividad sensoriomotriz. Si hay un objetivo en sus repeticiones pero estas son del carácter de un esquema de acción .

-**Simbólico** : el pequeño desarrolla una actividad en dónde hay simbolización. Esto puede calificarse con el sólo hecho de que utilice la imitación diferida.

-**Relato** : está dentro del juego simbólico, sin embargo se refiere a un nivel más evolucionado en donde el pequeño desarrolla un argumento, cuenta una historia. No importa lo coherente que ésta sea. La historia se convierte en un vehículo de expresión de su mundo interno.

b) Modo de evaluación :

No paramétrico. Clasificación de conductas :

1=Errático

2=Sensoriomotor

3=Simbólico.

4=Relato

6.-Utilización de material y tipo de juguetes.

a) Definición :

Se refiere a la clase de material que utiliza el pequeño durante la sesión para jugar. Se han planteado dos categorías :

-Objetos inanimados : el niño prefiere la utilización de cualquier material que represente objetos "no vivos". Prefiere los juguetes de tipo mecánico, construcción, prender y apagar aparatos del consultorio, etc. O bien utiliza muñecos pero los trata como representantes de objetos inanimados, es decir : los sacude como sonaja, los chupa, los avienta, los trata de "ensamblar". No hay una conducta simbólica en la manera en que los utiliza en el juego. Esto correspondería a lo que Malher denomina "inanimación de lo animado" o "mecanización del mundo" (Malher, 1970).

-Objetos animados : el niño prefiere utilizar juguetes que representan a personas, animales. Utiliza muñequitos dándoles animación, creando un argumento.

b) Modo de evaluación :

No paramétrico. Clasificación de conductas.

1=objetos inanimados.

2=objetos animados.

F) PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN.

Se elaboró una hoja de registro, misma que se incluye en el apéndice, en dónde se anotaron las conductas a evaluar y la frecuencia, tipo o tiempo, según correspondía a cada ítem.

En los casos en los que no se contó con el permiso de videogravar este registro tuvo que hacerse durante la entrevista para lo que se requirió de la presencia de un observador ajeno al juego y que llevaba el registro.

En los casos en los que se contó con videogravación este registro se realizó más tarde y se solicitó a otro observador hacer un registro en base al video con el fin de contar también en estos casos con un criterio externo.

En todos estos casos los evaluadores no estaban enterados del grupo al que pertenecían el sujeto ni el tipo de tratamiento (s) que estaba recibiendo.

G) INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.

Otro de los aspectos a evaluar en todos los casos lo constituye la actitud de la madre durante el proceso de evaluación.

En este sentido se dió total libertad a la madre de participar o no en la evaluación, permanecer dentro o fuera del consultorio, participar o no e el juego especificándole que lo hiciera según ella eligiera de acuerdo al modo en que suponía un mejor desempeño del niño.

En este sentido, aunque no era uno de los objetivos centrales de la evaluación, este rubro aportó información muy interesante.

Los aspectos a evaluar fueron :

A) Presencia física de la madre :

- 1.- La madre prefiere no entrar al consultorio.
- 2.- La madre decide entrar al consultorio.

B) Contacto emocional.

- 1.-La madre no establece ningún tipo de contacto, más bien pone distancia durante la evaluación.
- 2.-La madre está tensa y parece querer contrlar todo lo que sucede con el niño.
- 3.-La madre está muy a la defensiva y enojada. No se logra establecer rapport con ella.
- 4.-La madre niega el problema del niño o no alcanza a distinguir la trascendencia del mismo.
- 5.-La madre está tensa pero cercana, se siente muy confundida de cómo ayudar a su hijo.
- 6.-La madre está preocupada por el desempeño del hijo e interesada en recibir orientación.

C) Participación en la entrevista.

- 1.-No participa de ninguna manera.
- 2.-Participa intentando continuamente controlar el desempeño del niño.
- 3.-No sabe cómo participar y cambia continuamente su actuación durante la entrevista.
- 4.-Prefiere mantenerse al margen puesto que considera que esto redituará en una evaluación más objetiva.
- 5.-Tiene capacidad para participar y para respetar el espacio del niño. No es intrusiva y conserva el contacto.

Es importante señalar que a diferencia de los otros parámetros de evaluación éstos no se consideran medidas discretas en un proceso evolutivo determinado, sino que se trata simplemente de conductas descriptivas a partir de las cuales no se intenta ninguna conclusión inferencial sino simplemente complementaria a la parte central de la investigación.

H)ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Para el análisis de resultados se utilizarán la pruebas estadística de :
Ji cuadrada para la comparación de dos grupos.

En base a esta prueba se hará el análisis de si existen o no diferencias significativas entre los grupos formados para el diseño.

IX - RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS.

A) VACIADO DE RESULTADOS POR CADA UNO DE LOS CASOS EVALUADOS.

Criterios de evaluación.

1.- Contacto visual

Frecuencia= número de veces.

2.- Tolerancia a la cercanía física :

1= NO

2= SI

3.-Pauta primordial de comunicación :

1= Omnipotente

2= Gestual

3= Verbal.

4.-Interacción en el juego :

Tiempo en segundos de interacción (Máximo 5 minutos = 300")

5.- Tipo de juego :

1.- Errático

2.- Sensoriomotor

3.- Simbólico.

4.- Relato.

6.- Uso del material de juego.

1.- Objetos inanimados

2.- Objetos animados.

DIFERENCIA.

Registro de la evolución en cada uno de los aspectos evaluados.

M = mejoró

NM= no mejoró

GRUPO I.

1.-Hector.

(6 años 11 meses)

Grupo I

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	6	12	M
Tolerancia cercanía fis.	1 *	2	M
Pauta primordial de com.	3	3	NM
Interacción en el juego	60"	125"	M
Tipo de juego.	3	4**	M
Uso de material	1 ***	2	M

*Cuando trato de acercarme se voltea hacia otro sitio o pone una mayor distancia física.

**A pesar de que había desde antes ya un juego simbólico, en la segunda evaluación organiza ya un argumento

***Los muñecos son tratados como objetos se avientan, se aplastan, se encajan. Prefiere utilizar material referente a objetos inanimados. (Denisse)

2.- Román.

(9 años 9 meses)

Grupo I

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	3	8	M
Tolerancia cercanía fis.	1	2	M
Pauta primordial de com.	2	3*	M
Interacción en el juego	60"	150"	M
Tipo de juego.	3	4	M
Uso de material	1	2	M

*Siguen existiendo importantes problemas de lenguaje y su comunicación regresa a un nivel gestual conforme está más cansado o estresado. (Magdalena)

3.- Juan.

(4 años 2 meses)

Grupo I

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	8	14	M
Tolerancia cercanía fis.	2	2	NM
Pauta primordial de com.	2*	3	M
Interacción en el juego	300"	300"	NM
Tipo de juego.	3**	4	M
Uso de material	1	2	M

*En este rubro hubo una dificultad para evaluar a Juan ya que aunque utilizaba palabras el lenguaje funcionaba frecuentemente como una actividad de descarga más que como una pauta de comunicación (ecolalia, preguntas sin real interés por la respuesta). Para hacer la diferencia con el siguiente desempeño se decidió calificar en 2, aunque realmente se encontraba entre 2 y 3.

**A pesar de que ya se está dando la actividad simbólica (imitación diferida) en el juego aún no hay un argumento. (Denisse)

GRUPO II

4.- Andy

(3 años 2 meses)

Grupo II

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	10	10	NM
Tolerancia cercanía fis.	2*	2	NM
Pauta primordial de com.	1	2	M
Interacción en el juego	39"	132"	M
Tipo de juego.	2	2**	NM
Uso de material	1	1***	NM

*Aunque tolera la cercanía física no permite que intervengan en su actividad.

**Es un juego sensoriomotor, aunque ya empieza a haber indicios importantes de juego simbólico, todavía muy pegado a la acción.

***A pesar de que utiliza muñecos, los trata como objetos inanimados, incluyéndolos en un esquema sensoriomotor. (Denisse)

5.- Sergio.

(2 años 6 meses)

Grupo II

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	3	5	M
Tolerancia cercanía fis.	1	2*	M
Pauta primordial de com.	1	2	M
Interacción en el juego	0	135"	M
Tipo de juego.	2	2	NM
Uso de material	1	1**	NM

*A través de la exploración "en pareja" se ha dado un importante acercamiento, incluso buscado por el pequeño.

**Seguimos dentro de esquemas de acción, aunque ya se vislumbra la actividad simbólica a través de la imitación. (Magdalena)

6.-Chico

(4 años 2 meses)

Grupo II

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	0	0*	NN
Tolerancia cercanía fis.	1	1**	NM
Pauta primordial de com.	1	1	NM
Interacción en el juego	0	30"	M
Tipo de juego.	1	1	NM
Uso de material	1	1	NM

*Evita el contacto visual al inicio de la entrevista, sin embargo, mientras avanza la sesión sí se dan algunos contactos visuales, solo que no se dan dentro de los primeros cinco minutos de la sesión por lo que no se registran.

**Sigue habiendo una enorme necesidad de que se respete la distancia física. Si me acerco "demasiado" se mete debajo del escritorio. (Magdalena)

GRUPO III.

7.- Max.

(1 año 9 meses)

Grupo III

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	6*	16	M
Tolerancia cercanía fis.	1	2	M
Pauta primordial de com.	1	2	M
Interacción en el juego	05"	65"	M
Tipo de juego.	1**	2	M
Uso de material	1	2***	M

* En este rubro es muy importante señalar que los contactos visuales iniciales estaban acompañados de una mirada de angustia. Los contactos visuales de la segunda evaluación fueron disfrutados por el niño, lo cual se hacía manifiesto a través de una franca sonrisa.
 **En un primer momento no puede haber ni siquiera juego. La preocupación primordial del pequeño está en evitar mi contacto.
 ***El juego de las escondidillas es un juego eminentemente social.
 (Nina)

8.- Chantall.

(10 años)

Grupo III

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	3	10*	M
Tolerancia cercanía fis.	1	2**	M
Pauta primordial de com.	1	2	M
Interacción en el juego	28"	72"	M
Tipo de juego.	2	3***	M
Uso de material	1	2	M

*Es importante señalar que Chantall cambia su postura desde una postura encochada hacia una erguida en donde se posibilita el contacto.
 **En dos ocasiones incluso ella se acerca físicamente para favorecer la interacción del juego.
 ***Es un juego simbólico incipiente, pero ya está presente.
 (Nina)

9.-Antonio

(3 años 5 meses)

Grupo III

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	2	7	M
Tolerancia cercanía fis.	1	2	M
Pauta primordial de com.	3	3	NM
Interacción en el juego	30"	270"	M
Tipo de juego.	3*	4	M
Uso de material	1	2	M

*Es un juego simbólico muy pobre en el que simplemente se juega a "aplastar", "matar", "lastimar" pero sin un argumento o historia, como actos meramente aislados.
 (Nina)

GRUPO IV.

10.-Juan Manuel

Grupo IV

CRITERIOS	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Contacto Visual	0	0	NM
Tolerancia cercanía fis.	1	1	NM
Pauta primordial de com.	1	1	NM
Interacción en el juego	0	0*	NM
Tipo de juego.	1	1	NM
Uso de material	1	1	NM

*No solo no interactúa, sino que en el momento que intento una interacción activa él hace evidente su desacuerdo (Nina)

GRUPO V.

11.-Andy(2)

(3 años 8 meses)

Grupo V

CRITERIOS	SEGUNDA EVALUAC.	TERCERA EVALUAC.*	DIFERENCIA
Contacto Visual	10	12	M
Tolerancia cercanía fis.	2	2	NM
Pauta primordial de com.	2	3	M
Interacción en el juego	132"	200"	M
Tipo de juego.	2	3	M
Uso de material	1	2	M

*Hay un avance cualitativo evidente en esta tercera evaluación. Las respuestas de Andy corresponden a otro nivel madurativo (Denisse)

Para el análisis de los datos se aplicará Ji cuadrada con corrección por tratarse de una tabla de 2X2, en dónde :

$$Ji \text{ cuadrada} = \frac{N \left((BC - AD) - \frac{N}{2} \right)^2}{(A+B)(C+D)(A+C)(B+D)}$$

Dentro del cuadro de las frecuencias observadas donde :

	TRATAMIENTO I	TRATAMIENTO II	TOTAL
MEJORO	A	B	A + B
NO MEJORO	C	D	C + D
TOTAL	A + C	B + D	A+B+C+D

B) VACIADO DE DATOS POR CRITERIO TERAPÉUTICO.

TRATAMIENTO CON FACTOR VS NO TRATAMIENTO CON FACTOR

1.- Contacto visual.

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	6	12	M
Roman	3	8	M
Juan	8	14	M
Max	6	16	M
Chantall	3	10	M
Antonio	2	7	M

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	10	10	NM
Sergio	3	5	M
Chico	0	0	NM
Juan Manuel	0	0	NM

FRECUENC. OBSERV	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORÓ	A=6	B=1	7
NO MEJORÓ	C=0	D=3	3
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 10.49
Gl = 1

Diferencia significativa al 99% de confianza

2.-Tolerancia a la cercanía física :

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Roman	1	2	M
Juan	2	2	NM
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	2	2	NM
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM
Juan Manuel	1	1	NM

FRECUENC. OBSERV.	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORO	A = 5	B = 1	6
NO MEJORO	C = 1	D = 3	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 6.26
 GI = 1

Diferencia significativa al 95% de confianza.

3.-Pauta primordial de comunicación en el juego :

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	3	3	NM
Roman	2	3	M
Juan	2	3	M
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	3	3	NM

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	1	2	M
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM
Juan Manuel	1	1	NM

FREC. OBSERVADAS	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORO	A= 4	B= 2	6
NO MEJORO	C= 2	D= 2	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 1.40
 GI = 1

La diferencia no es significativa al 95% de confianza.

4.- Interacción en el juego :

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	60"	125"	M
Roman	60"	150"	M
Juan	300"	300"	NM
Max	05"	65"	M
Chantall	28"	72"	M
Antonio	30"	270"	M

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	39"	132"	M
Sergio	0"	135"	M
Chico	0"	30"	M
Juan Manuel	0"	0"	NM

FREC. OBSERV.	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORO	A = 5	B = 3	8
NO MEJORO	C = 1	D = 1	2
TOTAL.	6	4	10

Ji cuadrada = 1.27
 GI = 1

La diferencia no es significativa la 95% de confianza

5.- Tipo de juego :

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	3	4	M
Roman	3	4	M
Juan	3	4	M
Max	1	2	M
Chantall	2	3	M
Antonio	3	4	M

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	2	2	NM
Sergio	2	2	NM
Chico	1	1	NM
Juan Manuel	1	1	NM

FRECUENC. OBSERV	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORO	A = 6	B = 0	6
NO MEJORO	C = 0	D = 4	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 14.60

Gl = 1

La diferencia es significativa al 99% de confianza.

6.-Uso del material :

GRUPO A = (GRUPO I + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Roman	1	2	M
Juan	1	2	M
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M

GRUPO B = (GRUPO II + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Andy	1	1	NM
Sergio	1	1	NM
Chico	1	1	NM
Juan Manuel	1	1	NM

FRECUENC. OBSERV	FACTOR	NO FACTOR	TOTAL
MEJORO	A = 6	B = 0	6
NO MEJORO	C = 0	D = 4	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 14.60

Gl = 1

La diferencia es significativa al 99% de confianza.

C) VACIADO DE DATOS SEGÚN CRITERIO TERAPÉUTICO.

TERAPIA PSICOANALÍTICA VS NO TERAPIA PSICOANALÍTICA.

1.- Contacto visual.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	6	12	M
Román	3	8	M
Juan	8	14	M
Andy	10	10	NM
Sergio	3	5	M
Chico	0	0	NM

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	6	16	M
Chantall	3	10	M
Antonio	2	7	M
Juan Manuel	0	0	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORÓ	A = 4	B = 3	7
NO MEJORÓ	C = 2	D = 1	3
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 0.178 La diferencia no es significativa
GI = 1

2.- Tolerancia a la cercanía física.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Román	1	2	M
Juan	2	2	NM
Andy	2	2	NM
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M
Juan Manuel	1	1	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORO	A=3	B=3	6
NO MEJORO	C=3	D=1	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 0.0173
 G1 = 1

No hay diferencia entre ambos grupos.

3.-Pauta primordial de comunicación.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC	DIFERENCIA.
Hector	3	3	NM
Román	2	3	M
Juan	2	3	M
Andy	1	2	M
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	3	3	NM
Juan Manuel	1	1	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORO	A = 4	B = 2	6
NO MEJORO	C = 2	D = 2	4
TOTAL	6	4	10

$$J_i \text{ cudrada} = 1.40$$

$$G_i = 1$$

La diferencia no es significativa al 95% de confianza.

4.-Interacción en el juego.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	60"	125"	M
Román	60"	150"	M
Juan	300"	300"	NM
Andy	39"	132"	M
Sergio	0"	135"	M
Chico	0"	30"	M

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	05"	65"	M
Chantali	28"	72"	M
Antonio	30"	270"	M
Juan Manuel	0"	0"	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORÓ	A = 5	B = 3	8
NO MEJORÓ	C = 1	D = 1	2
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 1.27
 G1 = 1

La diferencia no es significativa la 95% de confianza

5.- Tipo de juego.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	3	4	M
Román	3	4	M
Juan	3	4	M
Andy	2	2	NM
Sergio	2	2	NM
Chico	1	1	NM

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	1	2	M
Chantail	2	3	M
Antonio	3	4	M
Juan Manuel	1	1	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORÓ	A=3	B=3	6
NO MEJORÓ	C=3	D=1	4
TOTAL	6	4	10

$$J_i \text{ cuadrada} = 0.0173$$

$$G_I = 1$$

No hay diferencia entre ambos grupos.

6.-Uso de material.

GRUPO C = (GRUPO I + GRUPO II)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Román	1	2	M
Juan	1	2	M
Andy	1	1	NM
Sergio	1	1	NM
Chico	1	1	NM

GRUPO D = (GRUPO III + GRUPO IV)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M
Juan Manuel	1	1	NM

FREC. OBSERV.	PSICOTERAPIA	SIN PSICOTERAPIA	TOTAL
MEJORÓ	A=3	B=3	6
NO MEJORÓ	C=3	D=1	4
TOTAL	6	4	10

Ji cuadrada = 0.0173
 G1 = 1

No hay diferencia entre ambos grupos.

**D)VACIADO DE DATOS SEGÚN CRITERIO TERAPÉUTICO.
 PACIENTES RECIBIENDO TERAPIA EMOCIONAL Y
 NEUROLÓGICA VS PACIENTES RECIBIENDO SOLO UN
 TIPO DE TERAPIA.**

1.- Contacto visual.

GRUPO E (GRUPO I + GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	6	12	M
Román	3	8	M
Juan	8	14	M
Andy (2)	10	12	M

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Andy	10	10	NM
Sergio	3	5	M
Chico	0	0	NM
Max	6	16	M
Chantall	3	10	M
Antonio	2	7	M

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 4	B = 4	8
NO MEJORÓ	C = 0	D = 2	2
TOTAL	4	6	10

Ji cuadrada= 4.40

Gl = 1

Hay una diferencia significativa entre ambos grupos al 95% de confianza.

2.-Tolerancia a la cercanía física.

GRUPO E (GRUPO I + GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Román	1	2	M
Juan	2	2	NM
Andy (2)	2	2	NM

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIRERENCIA
Andy	2	2	NM
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 2	B = 4	6
NO MEJORÓ	C = 2	D = 2	4
TOTAL	4	6	10

J_i cuadrada = 1.40

Gl = 1

No existe diferencia entre ambos grupos.

3.- Pauta primordial de comunicación.

GRUPO E (GRUPO I + GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	3	3	NM
Román	2	3	M
Juan	2	3	M
Andy (2)	2	3	M

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Andy	1	2	M
Sergio	1	2	M
Chico	1	1	NM
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	3	3	NM

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 3	B = 4	7
NO MEJORÓ	C = 1	D = 2	3
TOTAL	4	6	10

$$J_i \text{ cuadrada} = 0.97$$

$$G_i = 1$$

No hay diferencia entre ambos grupos.

4.- Interacción en el juego.

GRUPO E (GRUPO I + GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	60"	125"	M
Román	60"	150"	M
Juan	300"	300"	NM
Andy (2)	132"	200"	M

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Andy	39"	132"	M
Sergio	0"	135"	M
Chico	0"	30"	M
Max	05"	65"	M
Chantail	28"	72"	M
Antonio	30"	270"	M

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 3	B = 6	9
NO MEJORÓ	C = 1	D = 0	1
TOTAL	4	6	10

J_i cuadrada = 0.046

Gl = 1

No hay diferencia entre ambos grupos

5.- Tipo de juego.

GRUPO E = (GRUPO I + GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	3	4	M
Román	3	4	M
Juan	3	4	M
Andy (2)	2	3	M

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA
Andy	2	2	NM
Sergio	2	2	NM
Chico	1	1	NM
Max	1	2	M
Chantall	2	3	M
Antonio	3	4	M

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 4	B = 3	7
NO MEJORÓ	C = 0	D = 3	3
TOTAL	4	6	10

J_i cuadrada = 5.73

Gl = 1

Existe una diferencia significativa entre ambos grupos al 95% de confianza.

6.-Uso de material.

GRUPO E = (GRUPO I+ GRUPO V)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIFERENCIA.
Hector	1	2	M
Román	1	2	M
Juan	1	2	M
Andy (2)	1	2	M

GRUPO F (GRUPO II + GRUPO III)

NOMBRE	PRIMERA EVALUAC.	SEGUNDA EVALUAC.	DIRERENCIA
Andy	1	1	NM
Sergio	1	1	NM
Chico	1	1	NM
Max	1	2	M
Chantall	1	2	M
Antonio	1	2	M

FRECUENC. OBSERV.	AMBOS TRATAMIENTOS	UN SOLO TRATAMIENTO	TOTAL.
MEJORÓ	A = 4	B = 3	7
NO MEJORÓ	C = 0	D = 3	3
TOTAL	4	6	10

J_i cuadrada = 5.73

G1 = 1

Existe una diferencia significativa entre ambos grupos al 95% de confianza.

X - INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Regresando a nuestras hipótesis de trabajo podemos llegar a las siguientes conclusiones :

A) EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO.

En todos los casos estudiados que permitieron una evaluación diagnóstica neurológica se encontró que existía una patología neurológica, bien definida. En los siete casos diagnosticados, puesto que uno de los casos que inicialmente sólo entró a psicoterapia posteriormente ingresó en el tratamiento neurológico y obviamente accedió a la evaluación, (tres de ellos no accedieron a ser evaluados neurológicamente) se encontró un problema con componentes de actividad anormal en los lóbulos parietal y frontal principalmente. **Se comprueban las HIPÓTESIS ALTERNAS A.1 Y A.2 respectivamente .**

Esto tiene toda una serie implicaciones a nivel del trabajo emocional.

Entre las múltiples funciones que realiza el lóbulo parietal, encontramos una de particular relevancia en cuanto a la integración. En el lóbulo parietal se realiza parte de la integración de la información sensorio-perceptual, la integración de las diferentes informaciones que provienen de distintos receptores. Si un sujeto tiene afectada la capacidad de integración sensorio-perceptual, ¿cómo podrá vérselas con la integración del objeto y del yo que requiere el crecimiento emocional ?.

Por su parte, el lóbulo frontal está encargado, entre otras funciones, de la anticipación. También tiene una función integradora, pero no sólo eso. Es un lóbulo que tiene importantes funciones relacionadas con el comportamiento social, con la capacidad de situarse en determinado contexto, con la posibilidad de anticipar, prever, planear.

La rigidez que encontramos en el comportamiento de los niños autista de alguna manera encuentra parte de su explicación en el anormal funcionamiento de este lóbulo, es la falta de flexibilidad que se presenta ante la dificultad de poder aprovechar la información del entorno y situarse en un contexto determinado.

El estímulo social es el más cambiante de los estímulos, quizás por ello los niños psicóticos y autistas maquinizan el mundo, en un intento de poder ejercer un control hacia el mismo ante la falta de recursos para el procesamiento de este estímulo social, que requiere de una flexibilidad muy importante, y por lo mismo, de la capacidad de integración de múltiples canales de información : kinestésicos, verbales, gestuales, táctiles, preverbales (tono de voz por ejemplo) etc., etc.

No quiero plantear con este análisis que hay una relación mecánica y localizacionista entre cerebro y comportamiento, volveríamos a caer en los estereotipos que precisamente se tratan de confrontar en el presente trabajo. Simplemente se está planteando que dentro del complejo proceso del fenómeno mental en algunos componentes del mismo se hace evidente una disfunción, que necesariamente afecta,

valga la redundancia, el funcionamiento. No quiero decir que sea la única explicación etiológica y de ninguna manera de forma lineal, es simplemente un componente. Habrían muchas variables que investigar aún, **entre ellas aspectos bioquímicos y genéticos que pudieron haber determinado el que ciertos tipos de neuronas no se desarrollaran suficientemente o no hayan emigrado a sus lugares correspondientes. Hay mucho por hacer.** Afortunadamente existe una nueva generación de investigadores que están revolucionando nuestro conocimiento acerca de las neurociencias.

Dentro de mi disciplina, lo que sí puede afirmarse, como consecuencia de todas estos descubrimientos, es que para poder llevar a cabo un trabajo con un niño que tenga algún tipo de padecimiento de carácter aislante no podemos darnos el lujo de no hacer una evaluación neurológica con especialistas que estén informados de los últimos avances en esta ciencia. De otra manera corremos el riesgo de categorizar como emocionales aspectos, que si ciertamente tienen un componente emocional, no se pueden explicar etiológicamente por el mismo. La evaluación neurológica en estos casos es una práctica que debiera ser de rutina, aunque sea para descartar la posibilidad de la existencia de alguna disfunción.

B) EN RELACION AL TRATAMIENTO.

A través del análisis estadístico se pudo apreciar que el único grupo que realmente difiere significativamente de los otros en cuanto a la mejoría de los pacientes lo constituye precisamente aquél que está recibiendo el **tratamiento con el factor de crecimiento fibroblástico. Se comprueba la HIPÓTESIS ALTERNA B . 1 .**

Haciendo el análisis por cada uno de los aspectos evaluados se ve que los pacientes que reciben el factor de crecimiento mejoran significativamente en cuatro de los rubros evaluados: 1) el número de contactos visuales, 2) su tolerancia a la cercanía física, 3) su tipo de juego 4) el uso del material.

Si analizamos las implicaciones de esta mejoría podemos entender el alcance de la misma. En cuanto a los dos primeros aspectos : 1) número de contactos visuales y 2) la tolerancia a la cercanía física ; podrían resumirse en la capacidad de tolerar de mejor manera el contacto social. Esta posibilidad de contacto abre consecuentemente la posibilidad de intercambio y todo lo que esto conlleva por su trascendencia ; es como abrir una puerta que antes estaba cerrada.

Los alcances de los otros dos rubros tienen también un alcance mayor : el hablar de un cambio en relación al tipo de juego (5) nos habla de un cambio **CUALITATIVO** en relación a la interpretación y simbolización de la realidad. El cambio de una actividad errática a un juego sensoriomotor habla de la capacidad del sujeto de establecer causalidad a nivel concreto, el paso del juego sensoriomotor al simbólico, de su capacidad de iniciar la utilización del símbolo como vehículo de comunicación y de **ELABORACION**, la utilización del relato marca la posibilidad del inicio de una psicoterapia de juego como tal, en donde pueden simbolizarse a través del mismo : deseos, conflictos, temores, satisfacciones, logros, angustias. Esto habla de una posibilidad de acceso totalmente diferente a los contenidos mentales. Hablar de que se da una mejoría significativa en estos cuatro rubros puede plantear la necesidad de hacer una investigación más amplia y con posibilidades de generalización de resultados, ya que lo que se puede apreciar en estos casos es digno

de ser considerado, sobre todo porque permite un acceso a un trabajo psicoterapéutico con mayores posibilidades de éxito.

En cuanto al rubro 6) uso del material, ya se habló en el marco teórico de la importancia que reviste la diferenciación de los objetos animados e inanimados. Entre las características psicóticas se habló de la maquinización del mundo y la inanización de lo animado.

El hablar de que existe una mejoría significativa en este aspecto tiene una gran relevancia porque plantea la posibilidad de una interpretación de la realidad menos distorsionada.

Es importante señalar en relación al rubro 4) interacción en el juego que éste cambió según el observador. Parece ser que el criterio no estuvo muy bien definido y esto dificultó al observador hacer el conteo de segundos ya que algunos suponían como interacción todo el tiempo que el pequeño permanecía realizando la actividad acordada y otros la restringieron solamente a los diálogos. La persona que evaluó la primera vez fue la misma que evaluó la segunda vez para cada caso. Las variaciones de criterio se dieron entonces no en relación al caso en particular, sino entre los distintos observadores, sin embargo, para los fines de la investigación se consideró este rubro como poco confiable y se le descartó en las comparaciones finales.

La pauta primordial de comunicación (3) no varía significativamente durante los primeros seis meses de tratamiento, aunque sería muy importante ampliar el período de investigación pues la tendencia de las puntuaciones parece apuntar hacia una evolución favorable también en este aspecto en relación a los pequeños que se encontraron bajo el tratamiento con FGF.

En relación a la diferencia entre aquéllos pacientes que recibieron psicoterapia emocional contra aquéllos que no la recibieron no encontramos una diferencia significativa en ninguno de los rubros, sin embargo es apreciable que tiende a mejorar la capacidad de contacto y de cercanía, a pesar de no ser significativa la diferencia. A este respecto parece ser que una evaluación posterior pudiera arrojar más datos favorables en cuanto al aumento de la interacción con el terapeuta. Sin embargo, estos logros, en los casos estudiados, parecían perderse al cambiar el contexto del paciente. Es decir, se daban de manera particular con el terapeuta, se instauraban muy posteriormente en el ambiente extraterapéutico y eran muy vulnerables a los cambios, es decir, se perdían fácilmente ante cualquier situación que el niño viviera como estresante. **Se desecha la hipótesis alterna B.2 y se acepta la HIPÓTESIS NULA.**

Mi interpretación personal de este resultado, que está sujeta a ser puesta a prueba, me lleva a la conclusión de que la atención psicoterapéutica no puede lograr mayor alcance debido a que "el aparato" con el que cuenta el sujeto para procesar su información, "su aparato de pensar" (Bion, 1957) dificulta enormemente que el trabajo psicoterapéutico

tenga un campo fértil. El terapeuta y el niño trabajan arduamente para el desarrollo de estas funciones y se logran avances muy importantes, sin embargo, la distancia entre esta estructura y una estructura normal es tan grande que no alcanza a evolucionar lo suficiente como para permitir un procesamiento simbólico de la información. Las demandas del medio siguen aumentando conforme el niño crece, lo cual aumenta el stress y el niño fácilmente recurre al funcionamiento psicótico nuevamente ante lo desbordante de la experiencia. Cuando, a través del tratamiento neurológico, se abre esta posibilidad de desarrollo normal de las funciones mentales, la elaboración ocupa un lugar muy importante en el proceso.

Esto se puede apreciar en la mejoría que se observa cuando los pacientes reciben ambos tipos de atención. Se apreció en estos grupos que había una mejoría significativa en cuanto a : 1) contacto visual, 5) tipo de juego y 6) uso de material. **Se comprueba la HIPÓTESIS ALTERNA B.3.**

Es decir, que los pacientes que fueron atendidos de manera interdisciplinaria y no solamente multidisciplinaria (que es muy distinto), tuvieron una mejor evolución en estos rubros que los pacientes que recibieron sólo algún tipo de atención. Probablemente si se hiciera una investigación longitudinal de mayor alcance podría verse, según he podido observar a través del trabajo con muchos de los pacientes con ambos tipos de atención, que el tratamiento neurológico provoca un gran avance de inicio, pero este avance, que es muy significativo y que cambia definitivamente y cualitativamente la capacidad de vinculación y de interpretación de la realidad, como se señaló anteriormente, más adelante es insuficiente en relación a la elaboración de la experiencia que ha sufrido el paciente y que requiere necesariamente de la resignificación a través del trabajo psicoterapéutico. El desmantelamiento de los objetos persecutorios no se da solamente con la atención neurológica, aunque sin ésta no es posible en estos casos. **La atención neurológica lo que posibilita es el acceso. Es como cambiar el lente con el cual se experimenta la realidad, desde uno fragmentado, a un lente que permite la experiencia completa, pero no la garantiza : la integración del objeto y del yo corporal requieren de un trabajo psicoterapéutico adicional.**

Aquí el trabajo psicoterapéutico hace una muy importante diferencia, pero esto no puede afirmarse sino como un supuesto que habrá que investigarse con suficiente detenimiento, ya que los resultados de esta investigación no son suficientes para corroborar esta hipótesis, aunque apunten hacia ella.

Esto implicaría que ante un niño que presente algún tipo de psicosis infantil habría que hacer una evaluación neurológica, y en caso de que los datos diagnósticos así lo especifiquen, este paciente deberá recibir esta atención paralelamente a la atención emocional como elemento indispensable en su tratamiento.

C) EN RELACIÓN A LAS DISTORSIONES EN LA EXPERIENCIA CONDICIONADAS POR LAS LIMITACIONES NEUROLÓGICAS.

En relación a las hipótesis que tienen que ver con la distorsión de la experiencia no entraron dentro del diseño cuasi-experimental. Son apreciaciones clínicas, que puedo

sustentar desde el análisis de casos : en todos los casos que he tenido la oportunidad de seguir bajo el tratamiento del factor, que no son pocos, este modelo teórico me ha permitido la estructuración de las interpretaciones y las experiencias psicoterapéuticas. Como un ejemplo más claro de este proceso puede hacerse uso de las videogravaciones. En este tipo de aproximación la información preverbal juega un papel decisivo y las acciones dentro de la terapia tienen un objetivo de llevar hacia la integración sensorceptual como posibilidad de entablar un contacto con un sujeto como tal, y no sólo con sus fragmentos.

Como ejemplo concreto de este proceso se puede seguir el caso de Andy, o el de Hector o de cualquiera de los pacientes que estuvieron en psicoterapia paralelamente al tratamiento neurológico. En el apartado de tratamiento son variados los ejemplos en este proceso de progresiva integración.

Si se quiere consultar algún expediente del proceso éste puede dar una idea más completa del mismo.

Baste simplemente aquí con incluir uno de los dibujos de la figura humana de Hector. Al iniciar el tratamiento Hector no era capaz de establecer una imagen integrada de su cuerpo : sus partes del cuerpo estaban representadas por rayas que ni siquiera se tocaban entre ellas.

A los cuatro meses de tratamiento Hector logra hacer una figura humana muy primitiva, pero ya integrada como una gestalt. Este avance se dió paralelamente a la identificación de muchas sensaciones corporales y a la diferenciación de objetos animados e inanimados ("la escalera no me muerde" "¿por qué es peligrosa ?", etc.).

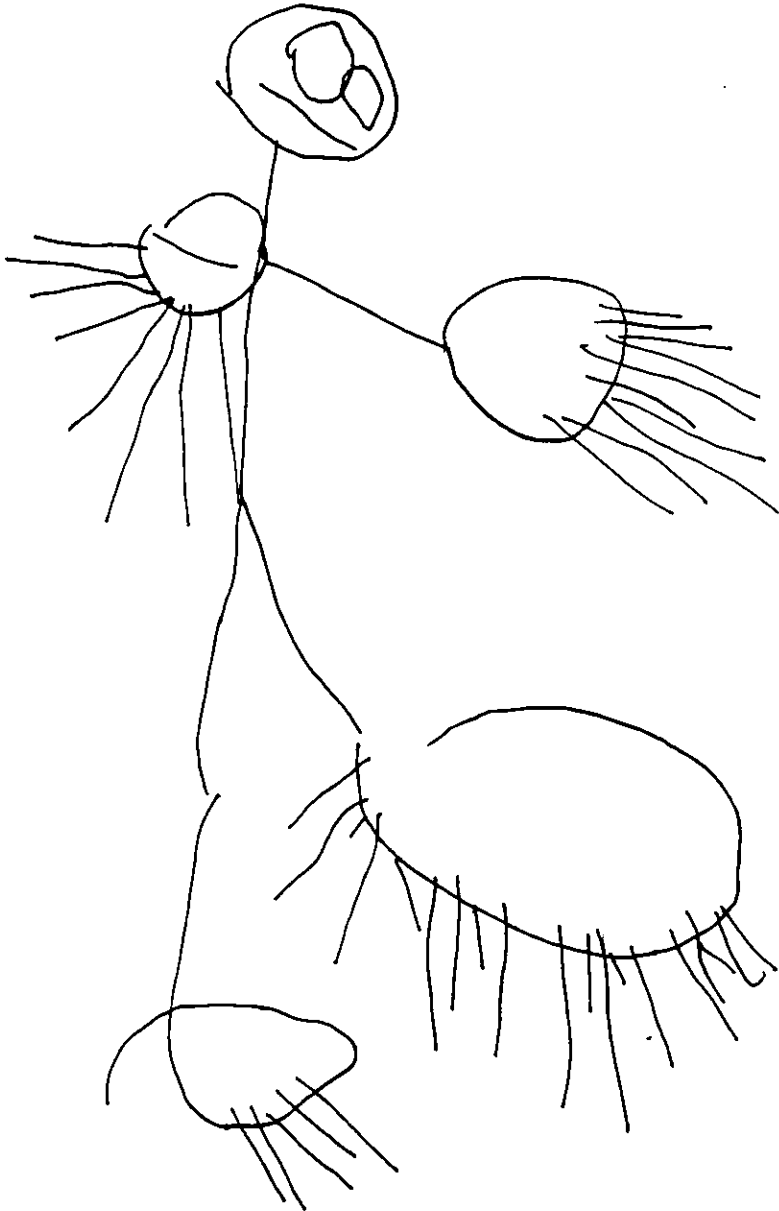
En las siguientes páginas se integran estos dibujos con el fin de que el lector pueda apreciarlos.

En el epílogo se integra también una viñeta clínica que habla de la dificultad de contacto y del aislamiento que desarrolló uno de estos pequeños como medio defensivo.



Como puede apreciarse en este momento Hector no logra o no quiere representar ni siquiera la integración de una figura humana, por muy pobre que esta sea. Simplemente dibuja rayones a pesar de distintos intentos de establecer contacto con él; de mostrarle ejemplos, dibujos, fotografías. Parecía no entender la consigna y ni siquiera estar escuchando. Comenzaba a dibujar antes de que yo terminara de hablar, como si con su actividad bloqueara la entrada de información y estableciera una barrera entre los dos.

Hector tiene 7 años



Hector obtiene una puntuación de 3 en el dibujo de la figura humana, que corresponde a un nivel normal bajo. Esto nos habla de una deficiente integración del esquema corporal y una pobre estructuración de sí mismo, sin embargo, en comparación con el dibujo anterior el progreso es asombroso, debido a que hay una primera estructuración que antes ni siquiera se vislumbraba.

Podríamos concluir a este respecto que la dificultad a nivel de la interpretación de las sensaciones y estímulos condiciona una importante dificultad para poder distinguir lo interno de lo externo, las sensaciones corporales de los estímulos ambientales, lo material de lo mental, lo cual incide en una enorme dificultad para la construcción de un principio de realidad. De esta manera, ante cualquier cambio del ambiente la situación puede ser vivida como catastrófica. Esto, aunado a la falla en la construcción de la categoría de causalidad concreta lleva a la concepción de que cualquier cosa puede provocar cualquier otra, ya que la fantasía y la experiencia no son diferentes desde el niño. **(HIPÓTESIS C.1)**

Esta falla en la integración sensorio-perceptual también incidió en una importante dificultad para relacionar la gestalt del rostro o de la presencia de la madre con la experiencia de satisfacción, de ahí que la falla en la catectización del principio materno en las psicosis autistas y la sobrecatectización del mismo en las psicosis simbióticas, pues cuando finalmente se logra esta asociación es tremendamente rígida, intensa y frágil, pudiendo perderse fácilmente, por eso se defiende con tal vehemencia. Por esta razón es que el sólo cambio de peinado de la madre puede crear una reacción catastrófica. **(HIPÓTESIS C.2)**

Esta hipersensibilidad a los cambios condicionada por esta desintegración sensorial lleva al niño al desarrollo de actos rituales y repetitivos en la fantasía de que así logra controlar la "situación", que al no poder organizar con cierta coherencia, se ha convertido en persecutoria. Pero esta rigidización lo aleja aún más del contacto humano. **(HIPÓTESIS C.3).**

Dentro de todos los estímulos, el social es el más impredecible, el menos "controlable". De ahí que el pequeño con psicosis prefiera prender y apagar un interruptor, hacer y deshacer una construcción, etc., y que cuando se presenta la necesidad de interactuar con alguna persona intente "manejarla" mecánicamente. Es esto lo que Malher (1968) denominaba "*animación de lo animado y maquinización de los objetos libidinales*" que tanto distorsionan y dificultan el contacto humano. **(HIPÓTESIS C.4).**

La fragmentación perceptual, la incapacidad de contacto, nos enfrentan a un mundo psicótico plagado de objetos parciales, fragmentados. Es como si toda la fragmentación que se experimenta a través de las sensaciones corporales, lo invadiera todo. Es una situación en donde lo que ve, lo que palpa, lo que oye, lo que huele no pudieran integrarse en una percepción global. Esta desintegración se proyecta hacia todos los objetos extremos que no pueden ser "vistos" como completos, aunado esto a la dificultad que seguramente también existe a nivel de la integración visoespacial.

Esta experiencia corporal del niño con disfunción nos permite entender el por qué de la dificultad para integrar un esquema corporal, y más allá, para poder estructurar un yo corporal como primer sustrato en la construcción de su individualidad (Malher, 1968).

Los objetos son así objetos parciales, tremendamente idealizados y persecutorios. No puede pensarse en la capacidad del pequeño de adoptar un "objeto transicional" (Winnicott, 1959) que le ayude en la elaboración del proceso de separación, ya que lo único que existen son objetos amalgamados, entremezclados, bizarros. De ahí que surja el "fetichismo psicótico" (Malher, 1968) como un modo de representar este mundo. Entonces

el pequeño pone atención en un pedazo de juguete, la caja o el papel en el que venía envuelto, una grapa o un clavo. (**HIPÓTESIS C.5**)

A través del trabajo con los pacientes que recibieron ambos tipos de tratamiento (neurológico y emocional) pudo apreciarse a nivel clínico que había una franca mejoría en los momentos en que se lograban explicitar e interpretar todas estas experiencias.

En los pacientes que sólo recibieron el tratamiento neurológico, a nivel clínico, aunque se logró un verdadero avance a nivel de su interacción con el medio no había la capacidad de introspección que se vislumbraba ya en los que recibieron ambos tipos de tratamiento.

A nivel clínico, lo niños que solamente recibieron tratamiento emocional mejoraron muy poco, los cambios eran muy paulatinos y muy dependientes del campo, es decir, se perdían ante alguna variación del contexto, por mínima que esta fuera. Se desarrolla un fuerte apego hacia el terapeuta, al igual que en los otros niños que recibían paralelamente el factor, sin embargo esto no facilitaba la introyección de funciones que pudieran favorecer un mayor grado de independencia posterior, lo que sí pasaba con los pequeños que recibían ambos tipos de tratamiento.

D) EN RELACIÓN A LA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA.

Esta información, a pesar de que no fue objeto de una sistematización ya que no se plantearon hipótesis al respecto ni se llevó un registro sistemático de conductas, puede ser muy interesante.

En general lo que se pareció en las madres que acudieron a tratamiento fue una importante mejoría, relacionada con la mejoría del pequeño. No importaba si el niño estaba muy deficiente a nivel de interacción y su mejoría los convertía en un pequeño "menos deficiente", parece ser que la sola experiencia de encontrar "un camino" desarrollaba en las madres una mayor capacidad para un contacto más cercano y tranquilo.

Esto puede apreciarse claramente en los videos. Algunas madres participando más cercana y activamente (Chantall), otras, permitiendo, sin tanto control, el desempeño del niño (Hector, Román, Juan); algunas otras manifestando una actitud mucho más tranquila durante la interacción (Max, Andy, Chico).

Esta información sería objeto de otra investigación, sin embargo pareciera ser que las madres también "se recuperan" cuando ven que su hijo empieza a mejorar, y vuelven a confiar en su capacidad de maternaje, y este es un suceso muy afortunado para todos.

XI - TRATAMIENTO

Propuesta de trabajo para la psicoterapia emocional de los niños bajo tratamiento del FGF

A) CRITERIOS BÁSICOS

El hablar de un trabajo emocional con los niños bajo el tratamiento del factor de crecimiento fibroblástico nace de la experiencia que he podido seguir en la evolución de un grupo de estos pacientes ; no sólo de la muestra poblacional de la presente investigación ; sino incluso de un numeroso grupo de pacientes que con diagnósticos menos graves que el de psicosis infantil, han seguido, sin embargo, una evolución semejante en su proceso elaborativo (48 pacientes).

A pesar de su aparente sencillez, esta propuesta engloba conceptos de gran complejidad y exige, desde mi punto de vista, comprender tres elementos directrices básicos.

- 1.- El proceso de recuperación es gradual y hay que favorecer el avance paulatino
- 2.- En este proceso se presentan evoluciones y regresiones que es importante comprender y contextualizar.
- 3.- El trabajo psicoterapéutico se aboca principalmente a favorecer la simbolización de los procesos y a la contención de la angustia

1.- Recuperación gradual.

Todos sabemos que los procesos emocionales son psicogénéticos y esto no parecería agregar nada nuevo a este hecho ya tan conocido. Sin embargo lo verdaderamente trascendente en cuanto a la evolución del niño consiste en detectar cuál es el paso

siguiente y como favorecerlo, es decir, en dónde se encuentra ubicado, qué proceso está en construcción, qué experiencia realmente resultará significativa.

Una conducta que puede representar un retroceso, en algún caso, para otro niño, por el nivel evolutivo en el que se encuentra, constituye un avance.

Es decisiva la comprensión de este proceso evolutivo, en el caso particular del niño, para poder contextualizar la conducta y evaluarla.

Intentaré presentar varios ejemplos

Primer ejemplo:

Un pequeño que es tremendamente aislado comienza a interactuar con el medio pero continuamente pide recibir a cambio algo concreto: un dulce, un regalo, un aplauso. Los padres se sienten enormemente confundidos y preocupados ya que no quieren favorecer este tipo de conducta en el niño, sin embargo, para el pequeño el recibir algo "bueno" a cambio, le da una prueba concreta de que interactuar con los demás es "bueno" y esto promueve su intercambio social. Al permitirlo por un tiempo se favoreció el avance en la socialización de este niño y conforme fue experimentando los beneficios del intercambio social, solicitaba con menor frecuencia los "premios" Poco a poco se fue logrando que experimentara beneficios más abstractos de la relación humana, pero como un siguiente paso.

Segundo ejemplo:

Un niño con dificultades para el control de esfínteres a los 3 años y medio desarrolla una exagerada constipación. Retiene angustiosamente el excremento por que lo percibe como muy dañino. (La mamá además está tremendamente cansada de lavar ropa sucia). Por otro lado, la conducta retentiva produce la formación de bolas de excremento que se endurecen y al salir le provocan un gran dolor: esto confirma su fantasía de que "la popo es mala y fea". De pronto el niño empieza a ensuciar nuevamente la ropa pero ya no se contiene de defecar.

A pesar de que puede ser muy incómodo para la familia esta nueva conducta expulsiva es importante que el niño ensaye que "la popo" no es mala y entonces y solo hasta después de este ensayo pueda manejar sin tanta angustia el control del defecar o contenerse.

Tercer ejemplo:

Un niño gravemente aislado y pasivo de 4 años empieza a interactuar socialmente. Es como si percibiera por primera vez la presencia del otro como persona, pero al mismo tiempo empieza también a presentar conductas agresivas: los golpea, los empuja, los abraza fuertemente.

Los papás "piden" regresar a la situación anterior, muy triste, pero no tan difícil para la convivencia. Se tranquilizan mucho cuando pueden entender que este contacto es un avance y que el niño, al cabo de un rato, aprenderá otras pautas de relación. Esta conducta impulsiva significa una primera toma de conciencia de la existencia del otro, y esta reacción puede obedecer a la necesidad de tocar, sentir y percibir al otro, además de un acto defensivo ante la percepción de un estímulo anteriormente bloqueado.

Podría seguir con otros ejemplos, pero creo que la idea central podría expresarse como el poder situar el nivel evolutivo real en el que el niño se encuentra, independientemente de

su edad cronológica, y desde ahí partir hacia lo que se espera de él, aquí sí, de acuerdo con su edad, pero sin saltarnos los pasos previos.

Algunas veces papás y terapeutas nos asustamos mucho cuando los niños nos hacen ver que su nivel evolutivo estaba por atrás de lo que esperábamos: un niño que aparentemente es tímido al empezar a hablar más puede hacernos ver que su falta de participación no obedecía solo a su timidez, sino a la falta de desarrollo de su pensamiento, o de alguna de sus funciones cognitivas, o a su frágil estructuración emocional, por lo que preferimos la "fachada" de salud. Entonces esta angustia actúa y nos hace pedirle al niño que de un salto, que alcance rápidamente la conducta esperada según la edad cronológica.

En otras ocasiones, la disfunción neurológica ha provocado distorsiones en el proceso de estructuración de la personalidad que no se dan en un proceso normal, o no se dan con tal intensidad. Si no se permite la elaboración de estas distorsiones, si el niño no encuentra un lugar para confrontarlas, para comprobar si los introyectos terroríficos que ha construido corresponden o no a la realidad, no podrá transformarlos.

De esta manera se nos requiere ser especialmente respetuosos y empáticos para poder avanzar desde donde el niño se encuentra y no desde donde nosotros deseamos que esté.

Por otro lado en las disfunciones neurológicas hay una evolución dispareja de funciones y esto puede confundirnos. Un niño puede tener un excelente desarrollo del lenguaje verbal pero una gran incapacidad para manejar su conducta impulsiva. Estos dos niveles no se corresponden y provocan confusión. Y es que el niño sí es capaz de verbalizar muchas cosas pero su impulsividad se encuentra más atrás de esta verbalización y requiere de otras pautas de elaboración de tipo más preverbal. La explicitación juega un papel complementario, pero se requiere una intervención más a nivel de contención física e integración sensorioceptual.

Regresando a los 3 ejemplos iniciales se podría proponer que una respuesta que propicia la evolución (entre muchas otras) podría ser:

Ejemplo 1: - "Has descubierto que la gente te puede brindar cosas buenas y empieza a gustarte."

Ejemplo 2: -"Mira, puedo tirar tu "popo" y no me pasa nada. No me quema, No me lastimas. A veces me incomoda por que tengo que lavar la ropa pero que bueno que ya no te aguantas y entonces ya no te duele."

Ejemplo 3: -"Te gusta la gente nueva, abrázalo así, despacito, muy bien."

Es algo así como mostrar por dónde, dar una directriz, una luz acerca de cuál es el siguiente paso, pues para estos niños es muy difícil poder identificarlo debido a que la distancia entre la edad cronológica y su capacidad social es tanta, que lo que podría permitirse en un niño más pequeño ya es "castigado" en ellos y sin embargo, requieren algún tipo de experiencia semejante. Esto resulta sumamente confuso.

Por otro lado, como señalaba anteriormente, es la distancia que existe entre lo esperado y el desempeño real, así como la fantasía de los padres de ser responsables totales de la dificultad del niño, lo que los lleva a actuar queriendo cubrir lo más rápidamente posible esta distancia, solo que así el efecto es contraproducente y la experiencia lejos de favorecer el avance puede bloquearlo temporal o definitivamente, porque desanima al

niño de probar alternativas, de ensayar respuestas, de elaborar fantasías y puede, al contrario, confirmar sus temores y fortalecer a sus fantasmas.

2.- Progresiones y regresiones.

El proceso de crecimiento en general y de estructuración de la personalidad tiene esta característica. No se trata de un movimiento lineal, sino de un movimiento de idas y venidas, en donde, claro está, prevalece la tendencia progresiva. Estas regresiones permiten al niño hacer nuevos ensayos, retomar conflictos no resueltos con nuevas herramientas y avanzar a un paso más seguro, cuando se trata de un proceso de crecimiento. (No estamos hablando aquí de situaciones de regresión patológica, en donde la regresión irrumpe sin permitir la elaboración sino como un proceso de desestructuración).

En otros momentos un proceso de crecimiento en alguna área específica del desarrollo baja el desempeño en alguna otra, mientras se logra terminar de establecer la función en cuestión

Todo esto podemos apreciarlo claramente en un proceso normal de crecimiento.

En los niños bajo el tratamiento del FGF el proceso regresivo parece tomar dimensiones mucho mayores.

Los pequeños con alguna disfunción neurológica han avanzado en la estructuración de su personalidad con lagunas importantes, deficiencia en el desarrollo de algunas funciones yóicas y en ocasiones se nota la ausencia total de algunas otras. Su desarrollo está lleno de huecos, que han sabido compensar de alguna forma, y en estas compensaciones aparecen distorsiones, síntomas, y también desarrollo de otras habilidades. Por ej.: un pequeño con disfunción neurológica mínima puede tener un notable desarrollo de su capacidad intelectual a pesar de no tener una buena adaptación social. Nos encontramos así con niños que tienen un lenguaje adulto pero que pareciera estar estructurado desde afuera.

Otros pequeños desarrollan habilidades de tipo musical o incluso una significativa sensibilidad táctil o auditiva que es importante reconocer e integrar en su proceso de tratamiento.

La evolución en un área como se señalaba anteriormente, no necesariamente está acompañada por un desarrollo paralelo en las otras.

Los casos más difíciles de evaluar lo constituyen aquellos con una inteligencia normal o superior, en donde la disfunción pudiera confundirse con un bloqueo de tipo emocional, por el componente emocional que necesariamente siempre existe en estos cuadros, no como elemento etiológico, pero sí como elemento constitutivo de la problemática.

Es decir, estos casos generalmente desarrollan una problemática emocional grave, pero por muy grave que sea la misma, en estos casos, no es suficiente para explicar la disfunción del niño, aunque es innegable que constituye un componente trascendental de la problemática y que requiere, de manera indispensable, de un tratamiento específico.

Hay una serie de dificultades en la comprensión del proceso terapéutico. Resulta muy desconcertante concebir que de pronto un pequeño con una adaptación muy rígida empiece a desestructurarse ante el inicio del tratamiento con el factor, pareciera que de pronto el tratamiento está siendo contarproducente, pero lo que está realmente sucediendo es otra cosa: los logros adquiridos entrarían en la categoría de un falso self (Winnicott, 1959) y estaban basados más en imitaciones, que en un proceso de construcción personal, de ahí su rigidez.

El tratamiento hace evidentes las serias carencias del proceso seguido por este niño y produce una regresión muy notable. Lo que quisiera plantear aquí es que más que tratarse de una regresión estaríamos frente a una nueva puesta en marcha del proceso, pero que inicia desde el punto en que se quedó atorado como un proceso significativo para el sujeto y desde ahí comienza a "reandarse" (¹). Es como una segunda oportunidad y lógicamente desata un enorme monto de angustia tanto en el grupo familiar como en el paciente porque no saben ni en donde ni en que momento este movimiento regresivo va a detenerse.

En la medida que avanza el tratamiento el proceso en regresión va reorganizándose con una calidad y cualidad diferente y va adquiriendo una solidez que antes no tenía, pero habrá nuevamente regresiones en relación a la misma función o a otras. Estos movimientos regresivos que se presentan en todos los niños dentro de un proceso normal de desarrollo permiten volver a ensayar el proceso y afianzar logros. Constituyen idas y venidas que permiten al niño ir aumentando su repertorio de respuestas.

Como decíamos al iniciar este inciso el desarrollo normal nunca se ha caracterizado por ser un proceso lineal. Estos movimientos regresivos se presentan en los pequeños bajo el tratamiento del factor manifestándose más abruptamente debido a los huecos con los que ha crecido el pequeño y debido al impulso de desarrollo que se incrementa con el factor. Digamos entonces que no será hasta que un niño haya elaborado suficientemente una función determinada que estará trabajando con ella. En la medida en que mayor número de funciones se vayan elaborando e integrando (como segundo paso) los movimientos regresivos irán delimitando su campo de acción y no se presentarán con la fuerza que aparecen al principio del tratamiento. Por otro lado, al tener más herramientas, el pequeño "reandará" el camino cada vez más rápido. Lo importante es notar el aumento en la cantidad y calidad de sus respuestas. Si el niño logra un nivel de funcionamiento superior, aunque se regrese temporalmente podrá retomar cada vez más fácil un buen nivel de desempeño pues ya forma parte de su repertorio conductual.

La angustia es otro motor de la regresión. En ocasiones el niño bajo tratamiento se percata de cosas que antes no vislumbraba siquiera, por ejemplo: empieza a darse cuenta de que su impulsividad daña; entonces quisiera regresarse, negar lo que acaba de descubrir, y entonces parecen perderse los logros alcanzados; o es tal el sentimiento de angustia que bloquea el funcionamiento adquirido.

En este momento la regresión obedece a un enorme monto de angustia y podemos hablar de una dificultad emocional para enfrentar las situaciones a pesar de que las funciones yoicas si se hayan desarrollado ya. Es como si el niño no pudiera tolerar el

¹ Este planteamiento estaría de acuerdo con el "new beginning" de Balint.

dolor mental que le provoca tal conocimiento (Bion, 1959) y entonces regresa a conductas anteriores, pero poco a poco va recuperándose, digiriendo el nuevo conocimiento, si puede encontrar un espacio para elaborarlo, si no percibe mucha presión desde el medio ambiente y si éste puede actuar como un objeto empático que le ayude a "perdonarse" y le brinde alternativas reparatorias

Si el medio presenta al niño posibilidades de reparación (Klein, 1930) e incluso al inicio permite la reparación maniaca (los padres pueden "componer" lo destruido y enseñarle el objetivo al que puede llegar al final del proceso y ayudarlo durante el periodo de mayor angustia) y brinda una adecuada contención y empatía, el niño irá elaborando poco a poco este proceso que se le presenta tan de golpe (ya que el FGF acelera un proceso que se da en mucho mayor tiempo) y entonces el niño podrá ir retomando su funcionamiento real y detectando las ventajas de su nuevo nivel de desarrollo.

El factor de crecimiento fibroblástico, al propiciar el desarrollo neurológico, pone en marcha un proceso que se había detenido en algunos aspectos y por lo mismo se habían producido importantes distorsiones.

Sería como si de pronto pudiésemos acceder, al ponerse en marcha el desarrollo desde donde se encontraba detenido, también a aspectos emocionales, a esos puntos de fijación y regresión. Déjenme decirlo así: cuando el sujeto no cuenta con un adecuado sistema neurológico hay funciones psicológicas que no alcanzan a desarrollarse suficientemente o lo hacen muy incipientemente. El desarrollo sin embargo sigue avanzando y el pequeño tiene que ir afrontando cada vez más retos y se producen mayores distorsiones y en el caso más afortunado una falsa adaptación que se desmorona ante una confrontación significativa.

Al mejorar el funcionamiento neurológico del niño, éste puede entender el mundo de otra manera, pero entonces requiere retomar aquellas situaciones no suficientemente resueltas. Es decir, lo que se consideraría un punto de fijación, sin embargo, ahora cuenta con nuevas herramientas que le permitirán ir conformando "un nuevo aparato para pensar" (Bion, 1962).

Pero, como el camino andado ha estado plagado por distorsiones por estas mismas disfunciones, tiene que hacer muchos ensayos, retomar estas fantasías, confrontarlas con su nueva percepción del mundo, con su creciente capacidad para comprender la realidad. Entonces hace uno y otro ensayo, hasta que logra elaborarlo.

En distintos momentos el niño retoma estos conflictos no resueltos.

Por ejemplo:

Un niño con dificultades en el control de esfínteres presentó regresiones periódicas a encopresis temporales, sin embargo cada vez estaba trabajando un aspecto distinto.

1.- En un primer momento no había una clara conexión entre la expulsión y las sensaciones corporales. Esto lo angustiaba enormemente

2.- En un segundo período de encopresis el niño estaba trabajando la fantasía de que su excremento dañaba. Debido a que hubo un período de seria constipación durante este tiempo el niño sentía que su excremento era terriblemente peligroso. Confirmada la fantasía por el dolor que le producía al salir. La encopresis le permitió regularizar su expulsión de excremento y perderle el miedo.

3.- En un tercer momento la encopresis aparece ya solo ante situaciones de angustia que siente que no puede controlar. El control de esfínteres aumenta enormemente su seguridad.

4.- En un cuarto periodo el niño presenta lo que él llama "diarrea". Ya ha integrado las normas sociales ante el control de esfínteres y sólo quiere probar si el medio es tan rígido que no puede entender una falla ocasional. Dura solo un día con un muy buen manejo y una evidente evolución favorable.

Como puede apreciarse este proceso que tuvo una duración de un poco más de un año puede provocar mucha incertidumbre en el grupo familiar. Una y otra vez el niño "regresa" a la dificultad en el control de esfínteres, pero una y otra vez está trabajando aspectos distintos, cada vez más evolucionados y el nivel de angustia también es cada vez más manejable.

También podría poner ejemplos en cuanto a la alimentación o el sueño, o los temores nocturnos, sin embargo lo que quiero subrayar aquí es que se requiere una muy importante labor del medio ambiente para contener estas regresiones y permitir la elaboración de estos introyectos tan primitivos. El niño requiere de un acompañante que le brinde la seguridad de que va por buen camino a pesar de que vea la ruta al inicio plagada de "monstruos y fantasmas", y en otros momentos, llena de incertidumbre y duda.

En este tratamiento se requiere en un principio, una intervención más directa, en donde incluso habrá que andar el camino junto con el niño y llegar a presentarle alternativas que él no puede ver por el momento. Pero solo si el terapeuta o los padres van acompañándolo podrán plantear alternativas asimilables para el niño, de otra manera no le harán ningún sentido.

En la medida que avanza el proceso, la acción de apoyo y directriz va dejando de ser necesaria y se abren nuevas posibilidades de intervención. Más adelante este tipo de intervención directriz es muy ocasional y en algún momento del tratamiento debe dejarse de lado por completo por ser incluso iatrogénica. Sin embargo es esencial al inicio.

El trabajo emocional con estos niños es como un proceso de crecimiento en tiempo reducido:

- En un primer momento la contención, el sostenimiento, el apoyo (incluso físico: hay niños que piden estar cargados) es muy importante.
- Conforme el niño avanza habrá que ir respetando sus nuevas posibilidades y facilitando que las ensaye, favoreciendo experiencias estructurantes.
- Cuando el proceso ha avanzado el niño irá planteando sus necesidades y el trabajo se acerca mucho más a un trabajo psicoterapéutico más alrededor de la interpretación.

En este proceso de crecimiento también quien acompaña al niño crece mucho, porque cada niño a pesar de sus pautas comunes, anda un camino propio. Y nos enseña mucho al compartirnoslo.

3.- Simbolización y contención de la angustia.

El proceso psicoterapéutico emocional se dirige a aspectos específicos. Un pequeño con una disfunción neurológica tiene una percepción distorsionada del mundo. De este manera sus introyectos y todo su mundo interno está coloreado por esta distorsión y necesariamente esto también determina su vinculación afectiva.

El proceso psicoterapéutico estimulará en el niño esta resignificación de los objetos lléndose hasta el proceso en cuestión.

Por ejemplo: ante la percepción fragmentaria del cuerpo habrá que situarse alrededor del trabajo de enviar el mensaje concreto de integración a través de acciones terapéuticas que tengan que ver con el sostenimiento (Winnicott, 1958), como cuando se cuida del cuerpo de un bebé.

Entre otras actividades podría sugerirse :

Ir tocando la periferia de su cuerpo sin despegar las manos mientras se van nombrando las diferentes partes, sobre todo enfatizando la "continuidad".

Ante la dificultad de diferenciar entre objetos inanimados y animados se pueden "hacer experimentos" como esperar sentado toda la hora de la sesión para ver "si la escalera nos muerde".

Estos experimentos obviamente están basados en las fantasías del pequeño y nunca pueden proponerse sino en base a los contenidos traídos a la sesión. Muchas veces el conflicto que el niño trae a sesión se manifiesta de manera preverbal, por lo que es muy importante identificarlo, pero no sugerirlo.

Contamos aquí con las valiosas aportaciones de muchos autores psicoanalíticos que nos permiten acceder a la comprensión de estos materiales (Klein, Winnicott, Bion, Meltzer, Kernberg y muchos otros, sobre todo de la escuela de relaciones objetales que han trabajado alrededor de las fantasías primitivas).

En este trabajo, el favorecer la simbolización requiere de una continua preparación y búsqueda, de cuestionamiento y reflexión.

Ya se habló anteriormente del enorme monto de angustia que enfrenta el niño ante un proceso acelerado de desarrollo. Sin embargo este no es el único factor que explica el aumento de la misma.

Planteamos ya anteriormente que las distorsiones propias de los objetos introyectados de un niño con disfunción neurológica son un importante motor de esta angustia.

El enfrentarlos puede movilizar tremendamente al niño. Estos objetos generalmente están coloreados por la impulsividad y la falta de integración. Al reactivarse todas estas fantasías el niño se tensiona de manera muy significativa y hay que ayudarlo: "¿Qué tal que todos estos monstruos si existen?". "¿Qué tal que el pensarlos les da vida?".

"¿Qué tal que "destruyen" lo bueno que el niño ha luchado tanto por preservar?."

En este momento la angustia puede desbordar al pequeño y hay que ayudarlo a procesarla brindándole reaseguramiento. No se puede seguir en este momento un procedimiento de tipo ortodoxo. La angustia es mayor que las herramientas temporales del niño para procesarla. Hay que intervenir llevando al pequeño a confrontar paulatinamente y paso a paso estos introyectos con objetos externos menos amenazantes y paralelamente brindarle la posibilidad de un reaseguramiento continuo: el pequeño tiene que tener la certeza de que siempre habrá una manera de rescatarlo, de

resolver el problema y de preservar al objeto. El niño requiere esta certeza que no tuvo en una etapa previa. Si el niño logra integrar este sentimiento podrá manejarse mejor con la angustia más adelante y además los introyectos irán perdiendo su calidad omnipotentemente destructiva. Entonces la necesidad de reaseguramiento disminuirá y el niño irá progresivamente tolerando mejor las fallas de sus objetos reales sin vivirlas como una total desesperanza de encontrar algo bueno en el mundo.

B) NIVELES DE INTERVENCIÓN.

Aunque es totalmente indicada la atención emocional de estos casos, hay ocasiones en que los padres no pueden disponer de tantos recursos humanos y económicos para sustentar esta terapia junto con el tratamiento neurológico y en ocasiones una terapia de lenguaje y de aprendizaje. En este caso, y si se trata de un problema de menor gravedad, se puede optar por un modelo de intervención a través de los padres, dándoles orientaciones periódicas del manejo del pequeño en la casa y en torno a la explicitación del por qué de sus conductas, de tal manera que al tener una mayor comprensión de lo que sucede con el niño, le puedan brindar herramientas. Hay padres especialmente sensibles que han desarrollado una enorme empatía y que solo requieren un acompañamiento temporal en el inicio del tratamiento.

En otros casos el niño requiere de una psicoterapia en donde los padres pueden observar y aprender (A diferencia de la clásica intervención psicoanalítica). Es como brindarles herramientas para contactarse con su hijo y aumentar la comprensión de lo que está sucediendo con él. Es como entender que en el problema ellos también han perdido la confianza en su capacidad de crianza y no saben para dónde ir, por dónde seguir. El permitirles el acceso a esta información no es una traición al paciente, constituye una comprensión más genuina del tipo de problemática y de cómo abordarla, y es que, en muchas ocasiones, los padres se encuentran realmente confundidos e incluso deprimidos. Han querido "criar" a su hijo siguiendo las pautas educativas de su grupo de pertenencia y no les han funcionado. En muchos casos han tomado "medidas extremas" también sin mucho éxito y se encuentran pasando por un momento de incertidumbre y desconcierto: "No se como ayudarlo" y acuden a atención precisamente porque están pidiendo ayuda.

Han perdido la confianza en su propia capacidad para brindar cosas buenas al hijo. Hay que ayudarlos a recuperar la certeza de que pueden responsabilizarse de la formación de su hijo; un padre (madre) no pueden operar de otra manera.

Con una intervención temporal y la mejoría que verán en el hijo, la dinámica de estos grupos mejora notablemente en un corto período de tiempo. La familia empieza a mejorar mucho cuando se mejora el pequeño, debido a que disminuye la tensión, la angustia, la culpa y la dinámica familiar empieza a girar en torno a otros intereses, estableciéndose una retroalimentación muy benéfica entre niño y grupo familiar.

Hay otros casos en donde el grupo familiar se encontraba ya bastante perturbado y el problema del pequeño ha venido a constituir un componente más de una dinámica ya bastante conflictiva y disfuncional. Sobra decir que en estos pacientes es indispensable una psicoterapia familiar en un espacio distinto a la del pequeño para preservar su mejoría.

Lo que ocurre generalmente con estos grupos es que difícilmente cumplen el tratamiento debido a que no hay la suficiente estructura para sostener al niño durante el mismo o debido a que la sintomatología del pequeño está jugando un papel determinante en la dinámica al que no se puede renunciar.

En este grupo familiar se requiere un trabajo previo al inicio del tratamiento para que el grupo pueda realmente permitirlo, puesto que su demanda explícita dista mucho de su demanda inconsciente. Las dificultades propias del tratamiento permiten a este grupo proyectar su agresión sin responsabilizarse de la relación tan ambivalente con el niño. Es muy importante tener esto muy claro pues pueden provocar una enorme confusión al depositar en la dificultad neurológica, o en la negación de la misma, junto con la devaluación del equipo especialista, la "explicación" de las dificultades del pequeño. Es recomendable en estos grupos esperar para iniciar el tratamiento neurológico hasta que no exista una mínima alianza terapéutica y una mínima elaboración del problema. El objetivo terapéutico en cuanto al pequeño sería tratar de mantener el tratamiento y brindarle experiencias estructurantes que seguramente el grupo familiar no puede dar, así como rescatar los logros que el niño va teniendo y hacerlos "tolerables" para el pequeño (la independencia puede serle muy costosa) y para el grupo. Habría que trabajar también a nivel sistémico desarrollando nuevas alternativas de vinculación.

Estos son los casos más difíciles y generalmente abandonan el tratamiento incluso antes de iniciarlo, ante la "amenaza" de una posibilidad real de mejoría.

Podemos así hablar de tres modalidades de intervención

- 1) Orientación a padres al inicio del tratamiento
- 2) Orientación a padres y psicoterapia emocional del niño
- 3) Psicoterapia al niño y al grupo familiar

C) PROCESO DE RECUPERACIÓN.

A pesar de que, como se ha señalado, cada niño sigue un camino diferente, existen aspectos comunes que conviene destacar. En este sentido pueden identificarse cinco niveles de evolución que se explicitan a continuación. Ante una patología muy severa el niño, se ubica en los niveles iniciales y se lleva un período largo de tiempo en ir trabajándolos. Así también, entre más áreas de su funcionamiento están comprometidas, el período en que se ubica en un nivel inicial de avance es mayor, y probablemente regrese a él periódicamente ante el desarrollo de nuevas funciones.

Por otro lado no todos los niños parten desde el nivel inicial, que a continuación se presenta. Problemas muy sencillos realmente tienen una evolución muy rápida y sin mayores complicaciones. Sin embargo, en la mayoría de los casos se ve un aumento de la irritabilidad al iniciar el tratamiento que aumenta necesariamente la sintomatología durante el tiempo que tarda el niño en habituarse a la proteína (alrededor de 3 meses).

La magnitud de la irritabilidad de este período inicial tiene que ver con las áreas afectadas así como el nivel de funcionamiento general del niño, es decir las herramientas psicológicas con las que cuenta para el manejo de la misma.

Durante este período hay otras alternativas de ayuda como una medicación temporal indicada por el neurólogo que permita contener esta irritabilidad en caso necesario. Generalmente los niños que presentan problemas de impulsividad ya cuando llegan al tratamiento tomaban algún tipo de medicación para controlarla.

En la medida que avance el proceso esta medicación irá disminuyendo, sin embargo estas son cuestiones médicas que no corresponde sino solo señalar aquí y ya los especialistas podrán indicar la necesidad o no de medicación y las dosis convenientes.

A lo que pretendo abocarme es al proceso psicológico emocional en donde podemos encontrar un antes y un después de la adquisición de una función FUNDAMENTAL para la salud emocional; y este valioso concepto se lo debemos a Klein (1930-1935). Hablo de la REPARACIÓN. La evolución del sujeto antes y después del desarrollo de esta función es cualitativamente diferente. Voy a desarrollarlo con mayor amplitud más adelante, pero antes de iniciar la descripción de lo que yo vislumbro como niveles de evolución creo que es muy importante subrayar que hay un momento en que nos encontramos frente a un cambio totalmente significativo y que marca la posibilidad de una evolución totalmente distinta. Ya Klein lo desarrolló en múltiples trabajos y aquí simplemente estamos identificando un proceso ya ampliamente estudiado por la escuela Kleiniana.

Retomaré solo algunos aspectos de este valioso concepto aplicándolos a este proceso particular de recuperación.

Este logro constituye un paso evolutivo que está muy lejos de darse al inicio del tratamiento y hay que favorecerlo con experiencias previas. Al igual que se señala en el

planteamiento kleiniano, constituye un proceso largo y de idas y venidas en donde los objetos se integran para volver a escindirse ante la angustia persecutoria. La reparación constituye un nivel que requiere un importante grado de integración previa. Es importante señalar que en la medida que el pequeño se encuentre más desintegrado más largo será el proceso anterior a la capacidad reparatoria y cada integración constituirá una movilización importante, porque provocará angustia.

Conforme el niño vaya integrándose más los aspectos a integrar tendrán cada vez menor peso en relación a la integración lograda, e irán provocando menor movilización y consecuentemente también irán permitiendo que el niño acceda a niveles evolutivos más avanzados que a su vez facilitarán nuevamente este proceso hasta acceder a la capacidad de reparación, que dará al pequeño una nueva visión del enfrentamiento y resolución de los conflictos

Voy iniciar la explicitación de los niveles de recuperación en el tratamiento partiendo de los niveles iniciales correspondientes a pequeños que tienen dificultades importantes de adaptación. En otros niños la impulsividad y la desorganización no es una dificultad a resolver. Si el niño tiene una dificultad menos grosera, simplemente pasará más rápidamente por los niveles iniciales y sin mayor dificultad. Es sin embargo muy probable que haya algún aspecto por ahí que sufra una regresión significativa. Claro está que en la medida que existen menos áreas con dificultades, menos complejo resulta el proceso y más fácilmente integrable, como ya se señaló anteriormente.

1.- Nivel inicial: impulsividad, excitabilidad.

Encontramos un período inicial en donde la impulsividad se acentúa de manera importante. La impulsividad pudiera describirse como una excitabilidad ante los estímulos tanto internos como externos; como si el niño estuviera despertando a un nuevo estado de alerta distinto al anterior.

Esta excitabilidad puede manifestarse de distintas maneras y pareciera disparar conductas que se intentaban controlar: entonces el niño parece encontrarse más desorganizado.

En los pequeños en donde la irritabilidad no era una característica previa al tratamiento, esta fuerte impulsividad decrece notablemente alrededor de los 3 meses de tratamiento, pero en aquéllos en donde la impulsividad constituía una real problemática el tiempo de trabajo con este aspecto se lleva mucho más tiempo.

¿Qué habría que tener claro para ayudar al niño en este proceso?

Primero que esta excitabilidad, e impulsividad es algo que el NO SABE controlar pero QUE PUEDE APRENDER. Es decir, ante una conducta impulsiva, un regaño o un grito impulsivo lo que hacen es aumentar la excitabilidad y dificultar la inhibición de esta respuesta.

La posibilidad de manejo de esta impulsividad requiere de un trabajo y elaboración que constituyen una contención inicial por parte del adulto y una progresiva capacitación del niño para el autocontrol. Es importante que quien se encarga del cuidado del niño sepa que esta excitabilidad e irritabilidad aumentan en ambientes muy estimulantes (mucho

ruido, mucha gente), o bajo circunstancias que incrementan la tensión (presión de tiempo, situaciones en las que se siente evaluado, presión social, etc.). Se recomienda entonces evitarle al niño, en la medida de lo posible, situaciones que disparen esta conducta.

Se sugiere entre otras alternativas:

a) Sacar al niño de la situación que le está provocando tal irritabilidad y llevarlo a un ambiente más tranquilo. Si se trata de una fiesta infantil quizás aún no puede manejarse en ella o tiene más éxito si se le lleva sólo por un momento.

Si se trata de un pleito, contenerlo abrazándolo. En fin, evitar que esta espiral siga en aumento. Lo que tiene el pequeño es una dificultad para inhibir esta respuesta, hay que buscar situaciones tranquilizantes para que pueda manejarse mejor.

b) Identificar qué necesidad está subyacente a este impulso. Algunas veces los niños buscan el contacto físico con otros niños pero al no poder manejar la impulsividad dañan sin habérselo propuesto. Ayudarlo a lograr este acercamiento de una manera más tranquila puede ser un importante logro para el pequeño". Mira, quieres abrazarlo, pero un poquito más despacio, así, ¿ves?" . Lo mismo con los animales u otros seres vivos. Incluso con las cosas ayudándolo a que su impulsividad no lo lleve a destruir algo que le gusta o que valora.

El niño en este nivel no tiene totalmente claras las consecuencias de sus actos impulsivos, o por lo menos no las tiene claras en el momento en que se siente tan excitado. Sin embargo si se le permite "destruir" se sentirá terriblemente angustiado pues no sabe que hacer con esto que le está sucediendo. **Como si se encontrara atrapado en este cuerpo suyo que lo lleva a hacer cosas que el realmente no quiere en otro momento.**

Hay que contener esta impulsividad. A veces incluso con una medida más fuerte, como sostenerlo hasta que se calme, puede ayudarlo a reaccionar, siempre y cuando lo que se busque sea romper esta espiral. De otro modo el grito, el golpe o el castigo se convierten en un componente más de la espiral de violencia que genera la irritabilidad.

Es muy importante tener claro que el niño NECESITA INICIALMENTE QUE LO RESCATEN DE SUS IMPULSOS DESTRUCTIVOS Y POSTERIORMENTE QUE LE AYUDEN A VÉRSELAS CON ELLOS, A MANEJARLOS PROGRESIVAMENTE, PASO A PASO.

c) Después de haber pasado el período impulsivo y que el niño este más calmado buscar un lugar tranquilo, en donde se pueda poner en palabras lo que sucedió. Estas explicaciones permiten al niño ampliar su comprensión e ir manejándose mejor.

Hay que tratar de entender junto con el niño qué lo llevó a actuar así y plantearlo de una manera CORTA Y SENCILLA y pensar alternativas para estas ocasiones. Muy probablemente al principio el niño participará muy poco y lo que más bien le hará será la sola escucha de una voz tranquila y que se dirige a él, esto, a pesar de su aparente sencillez, irá sentando las bases para una progresiva verbalización

2.- Enojo y agresión.

La diferencia central entre la impulsividad y el enojo la situaría en el hecho de que mientras la impulsividad se dispara sin saber por qué, el enojo es un sentimiento dirigido a alguien o que se genera ante una situación frustrante cuando no se consigue el objetivo deseado. En este sentido constituye una respuesta más evolucionada y plantea un nivel de integración mayor a pesar de que pueda seguir representando una importante dificultad para su manejo por el medio ambiente que rodea al niño

El niño empieza a percatarse de que en algunas conductas su desempeño es deficiente en relación a la norma poblacional. Esto lo vive como una injusticia: "feo", "tonta", "mala". "Siempre me regañan", o cuando este enojo se dirige hacia sí mismo "soy malo" "soy feo".

En este momento la reacción más fácil que puede provocar el niño es también el enojo del medio ambiente, reacción natural y esperada. Si estamos conscientes de esto podemos ayudar al niño, si no, es muy probable que nos dejemos llevar por el enojo. En este momento el niño está enojado y se siente víctima del enojo que provoca en el ambiente sin poder identificar muy bien como llegó a tal situación.

El niño durante este período no "alcanza a ser bueno" está enojado, y con razón, las cosas le han sido difíciles. Pero tampoco puede permitírsele que su enojo invada sus relaciones.

Requiere que le ayuden a entender como es que provoca tal reacción de enojo en el medio y como podría resolverlo.

Creo que una buena alternativa en estos casos para los papás es "hacer relevos" y enfrentar la situación quien se sienta mejor haciéndole ver al niño lo que no está siendo adecuado, utilizando medidas disciplinarias de corta duración y no muy dolorosas para que el niño pueda tolerarlas: (dos minutos de castigo, cinco minutos sin ver televisión, etc.) que le permitan al pequeño integrar que no puede hacer lo que está haciendo pero que esto no destruye la coherencia de su ambiente y que hay manera de solucionarlo, cada vez mejor.

Cumplir un castigo para un niño es muy importante. Baja la culpa. Los fantasmas internos se desmoronan cuando ante una conducta inadecuada la autoridad real actúa benevolentemente, pero con consistencia, percatándose de lo que está sucediendo. Así, el enojo no provocó la retaliación destructiva por parte de los objetos reales, pero tampoco la ignorancia de lo que está sucediendo, es decir, son objetos que lo cuidan de su propia destructividad, lo contienen a través de medidas concretas; no lo persiguen pero sí lo cuidan, y esto necesariamente va modificando poco a poco los objetos internos, les va restando omnipotencia ... los acerca.

Durante este período es importante, cuando sea posible, recordarle al niño situaciones en donde ha logrado un mejor desempeño y reconocer esta posibilidad. Esto ayuda mucho a la integración de experiencias.

Es un trabajo de tiempo y constancia, pero finalmente el niño empieza a percatarse de que su mundo interno se ha ido modificando poco a poco en un mundo más amable. Esto abre la posibilidad de "querer ser bueno"

3.- La afortunada aparición del sentimiento de tristeza.

Cuando el pequeño empieza a sentir que el mundo es más querible, es capaz de sentir tristeza al percatarse de que su enojo o su impulsividad generaron algún daño. Esto puede provocarle mucha angustia y a veces pareciera regresarse a la fragmentación propia de la impulsividad, como buscando no pensar y huyendo de este sentimiento nuevo que le parece temible y lo asusta tanto (Klein, 1935).

En este momento el niño puede sentirse muy asustado porque puede fantasear que no hay manera de reparar el daño causado y no sabe manejarse con la culpa y puede deprimirse o aislarse significativamente.

4.- La reparación maniaca.

Puede intentar "desaparecer" el daño o mágicamente repararlo. O querer ser un "superheroe" que haga cosas "sobrehumanas" para desbaratar lo hecho.

Quizás una ayuda importante es temporalmente "hacer" por el niño aquello que podría esperarse de él con el fin de que él pueda, por efecto de demostración, integrar que hay un camino viable que podrá tomar en una experiencia posterior.

Por poner un ejemplo: si rompió algo de la casa que se puede reparar, hacerlo junto a él, explicándole que todos tenemos errores, y lo importante es repararlos.

Si rompió o dañó algo que físicamente no puede componerse, ayudarlo a brindar al perjudicado algo bueno, inicialmente muy concreto: un juguete, un dulce, y señalarle como esto puede ayudar a que se reanude la buena relación.

5.- Reparación propiamente dicha.

En la medida que el niño va avanzando, cada vez el podrá desarrollar mejor esta función, por él mismo, con sus propias ideas y nos admiramos de la riqueza que estaba oculta en el pequeño que logra acceder a este nivel.

Los sentimientos a partir de este momento empiezan a diversificarse enormemente. Aparecen inicialmente la compasión y el respeto a las normas mínimas de convivencia. Poco a poco esto va dando lugar a capacidades de vinculación más evolucionadas: generosidad, colaboración, empatía, capacidad de integración a un grupo, etc., etc.

Este camino, sobra decirlo, no es lineal, y el niño que de repente avanza hasta este nivel en algunos aspectos puede presentar dificultades en otros. O puede ir y venir entre un nivel y otro durante un periodo largo, sin embargo la tendencia evolutiva parece ganar cada vez mayor fuerza. **No estoy queriendo decir con esto que la sola "inyección" del FGF haga mejores seres humanos, lo que si estoy planteando es que la salud que les brinda este tratamiento a nivel neurológico les da la posibilidad de acceso a un buen desarrollo emocional.** La otra parte, obviamente, corresponde al medio ambiente emocional y educativo que se le brinde y al tiempo que el pequeño haya vivido con todas estas distorsiones que seguramente han determinado cierta modalidad en la estructuración de su personalidad. Estaríamos aquí integrando los aspectos trabajados previamente de acuerdo con concepto manejado en el marco teórico sobre series

complementarias. De ahí la importancia de una detección temprana del problema y de un diagnóstico certero.

D) AUTONOMÍA E INDIVIDUACIÓN.

En los casos evaluados se hizo evidente un desarrollo significativo a nivel de la autonomía, un avance a un grado de mayor independencia. En algunos de estos casos este avance fue impresionante, en otros hubo un avance de menor trascendencia pero todos lograron un mejor desempeño en esta área.

Habría que evaluar si este desarrollo de la independencia se debe a la mejoría de sus funciones cognoscitivas, motoras y perceptuales o si existe en el tratamiento independientemente de esto, también una estimulación del proceso de individuación en sí mismo y de la conformación del self. Esto requerirá de una nueva investigación y significaría replantearnos la posibilidad de encontrar un basamento funcional orgánico de estas funciones psicológicas. Se que lo que estoy diciendo puede encontrar innumerables controversias, espero que así sea, pero permítaseme aclarar que solamente estoy planteando la posibilidad de pensarlo, de cuestionarlo, y si no es así, desecharlo como cualquier otra hipótesis de investigación.

Habría que ver qué sucede con aquéllos niños con un buen funcionamiento a nivel electroencefalográfico pero con dificultades en el proceso de separación-individuación. Creo que bien vale la pena realizar esta investigación, pero tendríamos que trabajar de manera importante a nivel de la selección de la muestra y de control de variables.

Por el momento solo podemos plantear que se favorece la autonomía y la individuación y esto es algo que redunde de manera muy importante en la valoración que el pequeño hace de sí mismo (su autoconcepto), aunque no podamos, por el momento, medir los alcances de esta afirmación, ni identificar exactamente a qué se debe esta mejoría tan evidente.

Dentro de este proceso de mayor autonomía e individuación encontramos este mismo movimiento de idas y venidas. El niño, inicialmente puede incluso desarrollar un apego exagerado a la mamá o a la figura que sienta como protectora como un medio para obtener la seguridad que le permitirá enfrentar los retos que se le están presentando.

En algún otro momento de la evolución la rebeldía puede constituir un primer intento de independencia y los padres pueden sentirse bastante confundidos debido a este contraste frecuente entre la rebeldía y el apego exagerado, que parece alternarse por un largo período.

El pequeño está haciendo ensayos de independencia y tiene que andar el camino. Todavía no logra separarse suficientemente, por eso se rebela porque peleándose siente que es diferente. Cuando ha habido un período tan largo de dependencia, por las propias características del niño, la rebeldía puede ser muy fuerte. **Por otro lado la madre está**

acostumbrada a un tipo de vínculo con el pequeño y le será difícil ir integrando las capacidades crecientes de su hijo y puede incluso dificultarlas por angustia.

Malher (1977) ha estudiado y desarrollado brillantemente este proceso de separación-individuación, entre otros trabajos, en su libro de "El Nacimiento Psicológico del Infante Humano". podríamos decir, con riesgo de ser muy simplistas, que este proceso se presenta en estos niños solo que tardíamente y más groseramente. El niño parece debatirse entre estas angustias contradictorias tan claramente explicitadas por la autora, de abandono y reengolfamiento, y requiere pasar por un período mayor de dependencia que los niños con aparato neurológico funcional. Y esto tiene una razón lógica. El pequeño se "agarra" de la madre como una respuesta inteligente ante las dificultades para manejarse por él mismo.

Todos los niños utilizan a la madre como yo auxiliar. En este caso el niño la requiere con mayor fuerza, y desarrolla, en muchas ocasiones, un apego excesivo, incluso ante funciones que podría realizar tan sólo, pero él no lo sabe, solo alcanza a percibir que por alguna razón él no resuelve los retos que su grupo de pares enfrenta con éxito, lo que aumenta enormemente su agresión, daña su autoconcepto y lastima seriamente la relación con los padres. No se aprecia el gozo del que nos habla Malher (1977) cuando el pequeño puede disfrutar de sus nuevas habilidades.

El proceso de autonomía, que sigue avanzando de alguna manera ante el desarrollo de las habilidades motrices y lingüísticas, necesariamente integra este apego excesivo y se genera un alto nivel de ambivalencia por ambos componentes de la diada. El niño puede sentir que la madre no lo deja separarse, la madre puede sentirse enojada y desilusionada, en otros momentos el pequeño puede sentirse abandonado y la madre muy culpable. **El proceso es bastante complejo por el nivel tan alto de ambivalencia, además porque está implícito, en la mayoría de los casos, un largo período de experiencia de fragmentación que requiere ser trabajada durante mucho tiempo.**

A nivel terapéutico se trabaja favoreciendo la integración sensoperceptual y la elaboración de esta ambivalencia enfrentando las angustias, simbolizándolas y ampliando el margen de operación entre madre e hijo. Generalmente este margen se va abriendo automáticamente conforme mejora el pequeño. La madre se siente mucho más segura de su capacidad de maternaje y puede ver con mayor confianza las capacidades de su hijo. El niño, obviamente, se siente con mayores habilidades y capacidad de integración, lo que le brinda una mayor seguridad para separarse de la madre.

Este aspecto fue el más relevante de toda la investigación y considero indispensable dedicar un siguiente trabajo para profundizar sobre el mismo. Por ahora se podría simplemente subrayar que el trabajo alrededor de este proceso de separación-individuación a través de una disponibilidad afectuosa y estructurada, permitirá al pequeño diferenciarse cada vez mejor del entorno y reconocerse como un sujeto

E) PRONÓSTICO Y EDAD DE TRATAMIENTO.

En la medida que se atienda más tempranamente una dificultad habrá un mejor pronóstico, claro, dentro de las implicaciones que conlleva el padecimiento neurológico, y la capacidad empática y continente del medio ambiente del sujeto.

Conforme va avanzando el tiempo el niño con disfunción neurológica va estructurando su personalidad con distorsiones importantes que se van complejizando a través del proceso de desarrollo.

Por otro lado el sistema familiar y escolar aprenden a "esperar" determinada respuesta e incluso condicionan aspectos de la misma. El síntoma va formando parte de la dinámica familiar. En ocasiones, no podría negarlo, encaja perfectamente con las necesidades del grupo y cumple deseos inconscientes en el sentido que plantearían Dolto (1979) o Manoni (1964).

Sin embargo lo que se ve en la mayoría de las familias de un niño con dificultades neurológicas es una enorme culpa por no haber "sabido" responder a las necesidades del hijo y un gran enojo ante la impotencia y el señalamiento social. (generalmente los niños son tachados de mal educados o mal criados) en algunos otros grupos nos encontramos desafortunadamente con una respuesta depresiva o paranoide ante una "atención psicológica" que ha aumentado la culpa y la sensación de haber dañado irremediablemente al hijo. Hay otras familias en donde enfrentamos una sensación de cansancio ante la demanda de atención tan importante que ha surgido a partir del problema, y el deseo de una solución rápida y mágica. La actitud hacia el hijo es tremendamente ambivalente principalmente porque no se alcanza a comprender su pobre respuesta ante tanto esfuerzo, que en muchos casos se revierte hacia un abandono sobreprotector.

La sintomatología en la dinámica familiar mejora notablemente cuando.

- 1.- Se da un diagnóstico claro y certero.**
- 2.- La familia puede comprender el por qué de las dificultades del niño.**
- 3.- El pequeño empieza a mejorar.**

Si conseguimos rescatar los aspectos sanos del hijo y de los padres y favorecer la interacción entre los mismos, la evolución es mucho más afortunada. Y esto tiene una fundamentación :

A nivel psicodinámico estamos disminuyendo un superyo primitivo, omnipotente y cruel y la culpa paranoide que esto implica.

A nivel sistémico estamos incluyendo nuevas pautas.

A nivel del self estamos favoreciendo la construcción de estructuras compensatorias.

A nivel del contacto con la realidad estamos desmantelando el delirio de ser omnipotentemente dañinos.

A nivel integración estamos favoreciendo la reparación.

A nivel profesional nos estamos contactando con un grupo que viene a nosotros por que está requiriendo de nuestras herramientas técnicas para favorecer el desarrollo y a nivel humano nos ponemos en contacto con las dificultades, las frustraciones y la búsqueda de quienes acuden a nuestro consultorio a pedir ayuda.

XII-CONCLUSIONES.

A pesar de la sencillez de la presente investigación, implica conclusiones que pueden ser de trascendencia, aunque algunas de ellas se planteen aún como hipótesis a ser corroboradas por subsiguientes estudios según se señaló ya anteriormente.

Entre los puntos que se derivan como corolarios del presente trabajo me gustaría subrayar los siguientes :

1.- El sujeto es un complejo funcional en donde los aspectos constitucionales y ambientales no pueden separarse. Nuestro aspecto constitucional determina nuestra aproximación e interpretación de la realidad ; pero también nuestras experiencias se registran biologicamente, reestructurando nuestro bagaje, estableciéndose así un interjuego en donde la interacción está muy lejos de ser un proceso lineal, y se presenta más bien como un entrecruzamiento de elementos en donde conforme avanza el desarrollo la explicación del comportamiento tiene que ver más con un híbrido y no con aspectos que puedan distinguirse como ambientales o genéticos. Estaríamos de acuerdo con Freud (1915, 1917) y su concepto de *predisposición*, como una resultante de la dotación congénita y la historia infantil, que determinan el cómo se enfrenta al suceso ambiental, como elementos constitutivos de complejo interjuego que se implica en las *series complementarias*.

2.-Dentro de estos elementos, sin embargo, cuando existe una disfunción importante y de base, ambiental o constitutiva, la jerarquización de la atención es indispensable.

En el caso de una disfunción neurológica, que es el que nos presenta esta investigación, en un niño pequeño, es necesario atender a este aspecto antes de que el desarrollo dé como resultado una deficiente estructuración de personalidad.

Cuando se trata de la primera infancia las posibilidades de resignificación de la experiencia son mucho mayores.

3.-Así, en la atención de niños que presenten cuadros regresivos importantes, es indispensable hacer una evaluación neurológica del paciente.

4.- Como trabajadores de la salud mental no podemos estar ajenos a los descubrimientos y al progreso científico tan importante de disciplinas afines con el fin de poder solicitar la interconsulta correspondiente y hacer así una interpretación más justa del problema.

5.- Este contacto con otras disciplinas no implica la pérdida de la especificidad de lo psicoterapéutico, ni de lo psicoanalítico. Simplemente se integran estos conocimientos en un cuerpo de comprensión más amplio del sujeto.

Nuestras posibilidades de lograr una simbolización y elaboración de la experiencia se amplían enormemente.

La atención neurológica no sustituye a la atención emocional en estos casos, sino que la posibilita.

6.-El Factor de Crecimiento Fibroblástico y el trabajo realizado por el Dr. Luis Carlos Aguilar Cobos y su grupo de colaboradores, constituye una valiosísima alternativa para los pequeños que presentan este tipo de problemática.

Las hipótesis que planteaban una mejoría en la capacidad de vinculación de los niños que recibieron tratamiento con el FGF o ambos tratamientos (FGF y psicoterapia) se comprobaron con un elevado nivel de significatividad.

7.-Las observaciones clínicas de un buen grupo de pacientes permitieron hacer inferencias importantes en relación al proceso emocional que siguen estos niños, mismas que se presentan en el capítulo de TRATAMIENTO, que resume una propuesta terapéutica específica para estos pacientes.

8.-La evolución de los casos estudiados bajo tratamiento con el FGF revoluciona nuestro concepto de este tipo de psicosis infantiles, y nos obliga a revisar profundamente las concepciones etiológicas de este tipo de padecimiento.

EPÍLOGO

A manera de epílogo me gustaría terminar este trabajo con una canción que surgió de la experiencia de trabajo con uno de los pequeños que inició con tratamiento puramente psicoterapéutico para continuar con tratamiento neurológico y psicoterapéutico a lo largo de más de un año. El trabajo psicoterapéutico continúa hasta la fecha con otro especialista debido a que cambiaron su lugar de residencia a los Estados Unidos.

Andy, como llamaré a este paciente, me permitió entrar poco a poco a su mundo. El se tapaba con una sábana al principio del tratamiento cuando no quería que los estímulos del exterior lo molestaran, entre ellos yo misma.

Poco a poco su aislamiento fue cediendo y me fue haciendo partícipe de sus juegos y actividades. Hubo un momento en que me "invitó" a entrar en este "aislamiento": teníamos que meternos debajo de la sábana los dos, y en ocasiones estar solamente así, en otros momentos podíamos jugar dentro de esta "cápsula protectora", en algunos otros, Andy traía objetos del "exterior" para incluirlos en "nuestro mundo", pero muchas veces él quería estar "afuera" en el mundo mientras yo debía permanecer dentro de la "cápsula", lo entendí como un modo de poder garantizar su regreso a este "aislamiento compartido" si así lo deseaba.

Es en una de estas experiencias que surge esta "canción de cuna". Andy, siendo hijo de padre mexicano y madre norteamericana estaba acostumbrado a escuchar tanto el inglés como el español. Sin embargo cuando comenzó a hablar, a utilizar el lenguaje verbal, el idioma que utilizó fue el inglés. Esto me decidió a trabajar con él en este idioma y por eso la canción también está escrita en inglés.

El avance, los movimientos progresivos y regresivos, el miedo al cambio, la seguridad que brinda conservar "una base en la cual refugiarse" me hizo experimentar el proceso de crecimiento que todo ser humano seguimos, la serie de duelos que tenemos que resolver en el proceso de crecimiento, la dificultad para enfrentar los nuevos riesgos de una realidad desconocida y lo importante que es conservar un vínculo confiable en el cual apoyarse durante toda la vida para poder continuar con este complejo proceso de convertirnos en personas.

La reedición del proceso de separación individuación se presenta ante cada nuevo reto de crecimiento

For Andy.

You don't have
to be outside
if you don't want,
just be calm
take your time.

You can see
the world outside
if you want
take your time.

You and me
just here alone
and no more
inside this world.

You outside,
enjoy the world
What do you see ?
You're glad to be.
I'm glad to see.

You can see
the world outside,
just be calm
take your time.

Margarita.

Apéndice.

ENTREVISTA A PADRES.

Forma I

INDICACIONES:

Los datos que les solicitamos a continuación pueden sernos muy útiles para entender el proceso que han seguido Ustedes y su Hijo. No existen respuestas adecuadas o inadecuadas, sólo queremos comprender cómo el niño ha podido ir estableciendo sus relaciones y organizando su mundo, qué ha podido hacer y qué no ha podido hacer todavía, y también de esta manera poder apreciar con mayor claridad los avances que vaya teniendo conforme avance su tratamiento.

La idea de presentarles tantas opciones como verán en el cuestionario no es para que se sientan en la obligación de llenarlas todas, sino simplemente para sugerirles temas sobre los cuales nos puedan ampliar la información. Cuando alguno de los puntos no corresponda a la descripción de conducta de su hijo por favor anote simplemente " no corresponde" , si la descripción que le presentamos es diferente a lo que pasa con su hijo o es totalmente opuesto a lo que preguntamos por favor háganoslo saber.

Le agradecemos de antemano llenar la forma con letra de molde y ser claro y sintético en la medida de lo posible.

MUCHAS GRACIAS.

DATOS GENERALES.

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Escolaridad _____ Escuela _____

Teléfono _____ Dirección _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

ANTECEDENTES GENERALES.

- 1.- ¿Qué le preocupa de su hijo?. ¿Por qué lo trae a consulta ?
- 2.- ¿Le han dado algún diagnóstico neurológico previo?
- 3.- ¿Le han dado algún diagnóstico pedagógico , psicológico o de lenguaje?
- 4.- ¿Recibe algún tipo de terapia?

Si tiene algún tipo de informe o reporte de evaluación previa le pedimos que anexe una copia fotostática del mismo.

ANTECEDENTES PERINATALES

- 1.- ¿Cómo fué su embarazo?
- 2.- ¿Y el parto?
- 3.- ¿Recuerda el APGAR que le dieron ?
- 4.- ¿Qué tan fácil o difícil le fue organizar los horarios de sueño y comidas del bebé ?

DESARROLLO PSICOMOTOR

1.- ¿ A qué edad sostuvo la cabeza? _____ ¿Se sentó? _____
¿Gateó? _____

Si no recuerda los datos señale si notó alguna diferencia en relación a niños de su edad. _____

2.- En la exploración de su ambiente Usted lo describiría como :

- a) muy pasivo, se quedaba en el lugar que lo pusiera.
- b) muy pasivo, prefería estar cargado
- c) muy miedoso ante cualquier reto. Prefería estar cerca de alguien que lo reconfortara o hacer siempre las mismas actividades
- d) manifestó cierta torpeza motora
- e) se golpeaba mucho
- f) tremendamente activo, mucho más que cualquier otro niño de su edad
- g) no se veía ningún tipo de organización en su actividad
- h) era ágil pero no medía sus capacidades, se lastimaba frecuentemente

- i) activo, interesado en aprender cosas nuevas

CONTROL DE ESFINTERES.

- 1.- ¿Avisa para hacer popo y pipi sin ningún problema?
- 2.- Todavía no controla bien, a veces se le “escapa” ¿pipi o popo?
- 3.- ¿En qué situaciones se presentan estas dificultades?
- 4.- ¿Con qué frecuencia?
- 5.- ¿Cómo lo han manejado ?
- 6.- ¿Con qué resultados?

En caso de que ya controle esfínteres sin problema.

- 7.- ¿A qué edad adquirió este aprendizaje?
- 8.- ¿Le fué fácil o difícil ?

IRRITABILIDAD Y CAPACIDAD DE ADAPTACION

- 1.- De bebé : ¿lloraba mucho? , ¿casi no lloraba?
- 2.- ¿Se calmaba fácilmente o con dificultad?
- 3.- ¿Qué tan berrinchudo ha sido?
- 4.- Actualmente llora fácilmente, grita o se enoja con facilidad?
- 5.- Ante qué situaciones
- 6.-¿ Es fácil calmarlo?
- 7.- ¿Cómo reacciona ante situaciones de cambio de rutina : viajes, entrada a clases y cualquier evento que signifique una demanda adaptativa?
- 8.-¿Cómo reacciona ante la presencia de gente extraña o que hace tiempo que no ve?
- 9.- ¿Cómo reacciona ante lugares en que hay mucha gente como fiestas infantiles o algún otro tipo de evento ?
- 10.- ¿Cómo reacciona ante ruidos fuertes, luz intensa o cualquier sensación corporal intensa?.
- 11.- ¿Cómo reacciona cuando está muy cansado, tiene hambre o sueño?
- 12.- ¿Cómo maneja las sensaciones táctiles y de contacto corporal ?

IMPULSIVIDAD Y AUTOCONTROL

- 1.- Podría describirlo como un niño impulsivo o agresivo?.
- 2.- ¿En qué circunstancias?
- 3.- Cuando se enoja ¿puede controlarse fácilmente o reacciona golpeando o gritando?
- 4.- ¿Cómo reacciona cuando las cosas no son como le gustaría?
 - a) ¿Escucha razones?
 - b) Tarda un poco en aceptarlas pero finalmente entiende
 - c) Generalmente se enoja y no hay manera de retomar una situación agradable
 - d) Lo acepta sin ningún tipo de objeción, como si no constituyera un interés especial.

DESARROLLO Y VINCULACION SOCIAL.

- 1.- ¿Desde pequeño ha buscado el contacto físico?
- 2.- No le gusta ser tocado, besado, acariciado
- 3.- Rehuye la mirada. No establece contacto visual o sólo con gente muy familiar
- 4.- Es especialmente demandante de contacto físico, especialmente de la madre. Pide estar continuamente cargado o apapachado.
- 5.- Requiere de tener bajo su contacto visual al papá o a la mamá. No tolera que se le desaparezcan de su vista.
- 6.- A qué edad comenzó a sonreír.
- 7.- ¿Tenía preferencia por alguien de la familia?.
- 8.- ¿Qué tan exclusiva es esta relación? ¿ Es muy celoso o posesivo ?
- 9.- ¿Cómo es su relación ante la gente en general?. ¿Le gusta?. ¿La tolera?. ¿La evita?.
- 10.- Es extremadamente generoso.¿ Se deshace fácilmente de sus cosas?.
- 11.- No tiene un amigo en especial. Juega con todos.
- 12.- Es muy difícil que logre integrarse en un grupo, generalmente es o se siente rechazado.
- 13.- Prefiere jugar con nintendo o cualquier juego mecánico antes que con niños de su edad..
- 14.- ¿Ha tenido algún objeto preferido como almohada, muñeco de peluche, cobijita o algo que utilice para dormir o calmarse?

15.- ¿Cómo es su relación con los adultos?

Alguna observación que quiera añadir en cuanto a estos aspectos.

INDEPENDENCIA PERSONAL.

- 1.- ¿Es extremadamente demandante de atención?
- 2.- Puede hacer muchas cosas sólo pero prefiere que las hagan por él
- 3.- Pareciera no tener voluntad sino sólo para algunas cosas
- 4.- Cuando algo le es muy difícil ¿Acepta ser ayudado por otros?
- 5.- Es extremadamente independiente, no parecen importarle los otros.
- 6.- Otro.

JUEGO

- 1.- ¿A qué le gusta jugar? .
- 2.- ¿Presenta algún tipo de juego de imitar? (Hacer como si fuera papá o mamá)
- 3.- ¿Juega con muñequitos y arma una historia? .
Descríbala .
- 4.- Realmente no le gusta mucho jugar, prefiere ver tele
- 5.- Juega a aventar o tirar

MANERISMOS Y CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS

- 1.- ¿Tiene algún tipo de ritual o conducta repetitiva aparentemente sin función?.
- 2.- Presenta algún movimiento repetitivo o algún tic
- 3.- Alguna conducta que pudiera describirse como extraña o poco común
- 4.- Alguna fobia o miedo excesivo a algo o alguien

SUEÑO

- 1.- Cómo duerme.
- 2.- ¿Sufre insomnio ?.
- 3.- ¿Terroros nocturnos?
- 4.-¿ Pesadillas?

DESARROLLO DEL LENGUAJE

1.- Cuando era bebé ¿Usted podía identificar distintos tipos de llanto para diferentes necesidades o siempre lloraba igual. Su llanto era constante y agudo?

2.- ¿Ha tenido problemas de lenguaje?

3.- A veces parece que no entiende o que no oye

4.- Entiende lo que le conviene

5.- No parece poder seguir instrucciones

6.- Maneja adecuadamente el uso de los pronombres yo , mi tu, te , el se,?

7.-Se refiere a sí mismo en tercera persona (El quiere comer o diciendo su nombre por ej. Mario quiere ir a jugar)

Otras observaciones .

MUCHAS GRACIAS.

ENTREVISTA DE JUEGO

Forma 1.

- 1.- MODALIDADES DE COMUNICACIÓN MADRE HIJO.
- 2.- UTILIZACION DE LA MADRE COMO YO AUXILIAR.
- 3.- EXPLORACION Y ACTIVIDAD ESPONTANEA.
- 4.- RESOLUCION DE PROBLEMAS. TOLERANCIA AL FRACASO.
- 5.- CONTACTO FISICO Y VISUAL.
- 6.- RELACION CON OBJETOS ANIMADOS E INANIMADOS.
- 7.- CONTENIDO DEL JUEGO.
- 8.- REACCION ANTE ESTIMULOS NUEVOS.
- 9.- ESTRUCTURA Y RESPETO A LIMITES Y NORMAS.
- 10.- ADAPTACION GENERAL A LA SITUACION DE LA ENTREVISTA.

HOJA DE REGISTRO.

NOMBRE _____

fecha evaluac. _____

EDAD _____

número de toma _____

FECHA DE NAC. _____

inicio de la observ. _____

término de la observ. _____

ASPECTO A EVALUAR.

OPCIONES.

Contacto visual

de veces _____

Tolerancia a la cercanía física

1.- NO

2.- SI

Pauta primordial de comunicación.

1.-Omnipotente 2.-Gestual 3.-Verbal

Interacción en el juego

Tiempo en min. y seg. _____

Tipo de juego

1.-Erratico 2.-Sensoriomot. 3.-Simb.
4.-Relato

Uso del material de juego.

1.-Obj. inanimados 2.-Obj. animados

Nota : registrar las justificaciones de las respuestas no paramétricas al reverso de la hoja.

Rhode Island Hospital

A Lifespan Partner

Child Development Center

593 Eddy Street
Providence, RI 02903

Tel 401 444-5685
Fax 401 444-6115

June 3, 1996

Dr. L. C. Aguilar
Institute for Investigation of Neuroblast DES CEL
Division of Genetics
UIBO, IMSS
Guadalajara
Mexico

Dear Dr. Aguilar:

I have read with interest your work related to fibroblast growth factor. Have you or other investigators ever used fibroblast growth factor for children with Down syndrome? I would appreciate your providing me with information on this subject.

Sincerely yours,



Siegfried M. Pueschel, MD PhD MPH
Professor of Pediatrics
Brown University School of Medicine

SMP/LC

**THE
CENTRE
FOR
NEUROLOGICAL
REHABILITATION, INC.**



DIRECTOR
John F. Unruh, Ph.D.

July 22, 1994

Dr. Luis Carlos Aguilar Cobos
Instituto de Investigaciones en
Neuroplasticidad y Desarrollo Celular
A.P. 3920
Guadalajara Jal Mexico

Dear Dr. Aguilar:

This is just to let you know that Dr. Eugene B. Spitz and I continue to be enthusiastic regarding the possibility of a research project using your treatment here in the United States.

At this moment, I am waiting to hear from the FDA who will send me an exact plan to follow in order to get such a project underway.

Once I hear from the FDA, I will let you know how we must proceed.

I have also enclosed a recent book which doesn't explain much about the various treatment methods that I use but it does explain much about how I feel about issues and parents.

I hope you enjoy reading my book.

Sincerely,

John F. Unruh, Ph.D.
Director

Enclosure

CONSENSUS BOARD
William Burnett, M.D.
Pediatric Orthopedics
P. N. Kingsham, D.D.
Developmental Optometry
G. Dean MacEwen, M.D.
Pediatric Orthopedics
Marshall Mandell, M.D.
Allergy/Bio Ecologic Disorders
Eugene B. Spitz, M.D.
Neurology/Neurosurgery
Paul C. Vitt, D.O.
Family Medicine
F. Jack Warner, M.D.
Pediatrics/Down Syndrome



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA C.M.N. SIGLO XXI
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA

Chiapas
Guerrero
Morelos
Querétaro
3 Suroeste del D.F.
4 Sureste del D.F.

25 - abril - 1996

Dr. Luis C. Aguilar Cobos
Estudios de Neuroloplasticidad y Desarrollo
Unidad de Investigación Biomédica de Occidente,
Av. México no. 2798, 2o. piso "B"
Torre Diamante
Col. Providencia, C.P. 044602
Guadalajara , Jal.

Por este conducto el Instituto Mexicano del Seguro Social, el APAC y la Sociedad Internacional Pro Plasticidad Cerebral, A.C., le extienden una cordial invitación para que nos distinga con su presencia como profesor en la 2a. Reunión Internacional sobre Avances en la Restauración del - Sistema Nervioso, que se llevará a cabo en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, I.M.S.S. del día 13 al 17 de agosto de 1996.

Convencido de que contaremos con usted en tan singular evento, en breve le haré llegar toda la información correspondiente en lo referente a dicho evento.

A T E N T A M E N T E
"SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL"

Dr. Francisco Aguilar Rebolledo
Presidente del Comité Organizador
y de la Sociedad Internacional
Pro Plasticidad Cerebral, A.C.
Fax (525) 627-69-40
(525) 761-02-58

DOMICILIO PARTICULAR DE LA ASOCIACION
Cumbres de Acultzingo no. 83-202
Col. Vertiz narvarte
C.P. 03420 México, D. F.
Tel. (525) 579-58-31



July 9, 1996

L.C. Aguilar, MD
Instituto de Investigaciones en Neuroplasticidad y Desarrollo Celular
A.P. 3920
Guadalajara, Jal.
Mexico

Dear Dr. Aguilar,

I am writing from Cure Autism Now (CAN), a non-profit organization dedicated to the funding of biomedical research in autism. As we continue to gather as much information as possible about autism and other related diseases, we have come across your article, "Psychometric analysis in children with mental retardation due to perinatal hypoxia treated with FGF and showing improvement in mental development" in the Journal of Intellectual Disability Research. We found the article fascinating, as did our group of scientists and researchers. We congratulate you on your impressive achievement.

Currently, we are building an internet web page for CAN on the World Wide Web. Our hope is that the Web page will be used to inspire and stimulate new thinking and discussion about autism. May we have your permission to include your article on our Web page? Your article would be a welcome addition to the other research materials we will make available on the page.

Please let us know in the next two weeks if we may use your article, as we expect to launch our Web page very soon. Thank you for your time and consideration and especially for your important efforts in pediatric neurological disorders research.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Portia Iversen", with a long horizontal flourish extending to the right.

Portia Iversen
CAN (the Cure Autism Now foundation)



PRESIDENTE

Dr. Francisco Aguilar Rebolledo

SECRETARIOS

Psic. Eugenia Abarrán García
Dr. Eduardo Escobar Barrios
Dr. Enrique Rendón Macías

TESOREROS

Dr. Guillermo Dávila Gutiérrez
Dra. Paula Popoca James

VOCALES

Dr. Salvador Morales Hernández
Dr. Ernesto Ramírez Navamete

COMITE CIENTIFICO

Dr. Paul Bach y Rea-USA
Dr. Federico Bermudez R-MEXICO
Dr. Ignacio P. Castrovejo-ESPAÑA
Dra. Martine Desi-FRANCIA
Dr. Enrique Garrido-MEXICO
Dr. Gajanan Nilaver-USA
Dra. Graciela Omos-MEXICO
Dr. Laura Peñaloza-MEXICO
Dr. Harvey Sarnat-USA
Dr. Juan M. Saucedo-MEXICO
Dra. Soledad Toffón Ch-MEXICO
Dr. Adrón Torres-MEXICO
Psic. Susana Zairo-Mexico
Dr. Mario Mandujano vaides

DELEGADOS REGIONALES

Dr. Jorge Gallardo E. ACAPULCO
Dr. Andrés E. Zaguchi-B. C. NORTE
Dr. Eduardo Sánchez P. B. C. SUR
Dr. Moisés Rincón R. CHIHUAHUA
Dr. José A. Hernández J. COAHUILA
Dr. Hector Aguirre Gas. D.F.
Dra. Lourdes Lozada. D.F.
Dr. Saul Garza M. D.F.
Dr. José E. San Esteban S. D.F.
Dr. Arturo González M. EDO. MEXICO
Dr. Luis C. Aguilar C. GUADALAJARA
Dr. Dante Suárez M. HIDALGO
Dr. José L. Areola B. Morelos
Dr. José Ma. Ramos V. QUERÉTARO
Dr. Salomón Borbón N. SONORA
Dr. Norberto A. Luna L. VERACRUZ
Dr. Alberto Cabañas G. YUCATAN
Dr. José J. Romo O. ZARATECAS

ASESORES

C.P. Martha López G.
Lic. Mario Lasso S.
Lic. Armida Olivares
Dr. Manuel Velasco Suarez.

24 de julio de 1996

DR. LUIS C. AGUILAR COBOS
INSTITUTO DE NEUROPLASTICIDAD
GUADALAJARA, JALISCO, MÉX.

Por este conducto el IMSS, el APAC, el INO, la UNAM, la UAM, el DIF, y la Sociedad Internacional en Pro de la Plasticidad Cerebral, confirman a usted la invitación para que nos distinga con su presencia como profesor en la "2a. Reunión Internacional sobre Avances en la Restauración del Sistema Nervioso", que se llevará a cabo en la ciudad de México D.F. en la Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI, del IMSS, del 13 al 17 de agosto de 1996

Su participación dentro del evento será.

El día 13 de Agosto de 1996 a las 12:00 hrs. con el tema: *ESTUDIOS PRECLÍNICOS Y CLÍNICOS CON FACTOR DE DESARROLLO NEURONAL.*

Convencido de que contaremos con su presencia en tan singular y magno evento, quedamos a sus órdenes para cualquier comentario o aclaración en relación a las necesidades de proyectores, video o cualquier ayuda didáctica, disponibilidad de tiempo, logística de la exposición, etc.

Me despido con un afectuoso saludo y el alto testimonio de mi consideración preferente y distinguida.

ATENTAMENTE

Dr. Francisco Aguilar Rebolledo
Organizador y Presidente de la Asociación
Internacional Pro Plasticidad Cerebral
FAX (525) 627-69-40
(525) 590-68-58
(525) 761-02-58

DOMICILIO PARTICULAR DE LA ASOCIACION
CUMBRES DE ACULTZINGO 83-202 CP 03420
MEXICO DF COL. VERTIZ NAVARTE
TEL. (525) 579-58-31

BIBLIOGRAFIA.

Abraham, K. (1924) "Un breve estudio de la evolución de la libido, considerada a la luz de los trastornos mentales". En *Psicoanálisis clínico*. Cap. 26. pags 319-381. Buenos Aires. Paidós, 1959

Aguilar, L.C. y colaboradores. (1993a). "Estudios preclínicos en la administración del factor de crecimiento fibroblástico en daño cerebral. En Primera Reunión Internacional sobre: Avances en la restauración del sistema nervioso". Toluca . DIF 1993.

Aguilar, L.C., Rosique, P., Cruz, S. (1993b) "Administración del factor fibroblástico de crecimiento en disfunciones neurológicas consecutivas a hipoxia / isquemia perinatal". En Primera Reunión Internacional sobre: Avances en la restauración del sistema nervioso. Toluca. DIF. 1993.

Azcoaga, J. y colaboradores (1992) *Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto*. México : Paidós. 1992.

Balint, M. (1979) *The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression*. London, New York: Tavistock Publications. *La falta básica*. Buenos Aires, Paidós, 1989.

Bettelheim, B. (1977). *La fortaleza vacía.*, Laia, Barcelona, 1977.

Bion, W. R. (1957) "Differentiation of the psychotic from the non psychotic personalities" en *Second Thoughts*, cap 5. London: W. Heinemann. *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé. 1966

(1959) "Attacks on linking". *Int. J. Psychoa-Anal.*, 38: 266-275. También en *Volviendo a pensar*, cap. 8. Buenos Aires: Hormé, 1985

(1962) "A theory of thinking" .*Int. J. Psycho-Anal.*, 43: 306. También en *Volviendo a pensar*, cap 9. Buenos Aires Hormé, 1985.

(1963a) *Elements of Psycho-Analysis*. New York: Basic Books. *Elementos del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós. 1966.

(1963b) *Learning from Experience*. London: W. Heinemann. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1966.

Bleichmar, N. ; Leiberman de Bleichmar, C. (1989) *El Psicoanálisis después de Freud. Teoría y Clínica*. México: Eleia Editores, 1989.

Bowlby, J. (1953) *Child care and the growth of love*. London: Pelican Books, 1968.

Brailowsky, S., Stein, D., Will, B., (1992) *El cerebro averiado. Plasticidad cerebral y recuperación funcional*. México. Fondo de Cultura Económica, 1a reimpresión, 1993.

- Deutsch, H.** (1942) "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia". *Rev. de Psicoanálisis*, 25: 413-31.
- Elkaïm, M.** (1989). *Si me amas no me ames*. Barcelona, Gedisa, 1995.
- Etchegoyen, R. H.** (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Fairbairn, W. R. D.** (1944) *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock. Estudio Psicoanalítico de la Personalidad. Buenos Aires: Hormé, 1962.
- Fenichel, O.** (1945) *The Psycho-Analytic Theory of Neurosis*. New York: W.W. Norton. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- Ferenczi, S.** (1926) *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. London: The Hogarth Press. 1969.
- Ferreiro, E. ; Teberosky, A** (1979). *Los sistemas de escritura en el desarrollo del niño*. México: Siglo XXI. 3a ed 1982
- Freud, Anna** (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York: Int. Univ. Press. El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós. 1977.
- Freud, S.** (1892) *Bosquejos de la Comunicación preliminar de 1893*. Vol 1: 179-190 Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985
- (1895) *A propósito de las críticas a la "neurosis de angustia"*. Vol 3: 117-138. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1896) *La herencia y la etiología de las neurosis*. Vol 3: 139-156. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1905) *Tres ensayos de teoría sexual*. Vol 7: 109 -222. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Vol 10: 1- 117. Buenos Aires : Amorrortu Editores. 1985.
- (1910) *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*. Vol 11: 1- 51. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1914a) "Recordar, repetir y reelaborar" en *Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis*, II. Vol 12: 145 - 158 . Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1914b) *Introducción del narcisismo*. Vol 14: 65-98. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1915a) *Pulsiones y destinos de la pulsión*. Vol 14: 105-134. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985
- (1915b) *La represión*. Vol 14: 135-152. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1915c) *Lo inconsciente*. Vol 14: 153-214. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1917a) *Duelo y Melancolía*. Vol.14:235-256. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
- (1917b) *Conferencias de introducción al psicoanálisis (continuación)*. Vol 16:
- (1917c) 16a conferencia. *Psicoanálisis y psiquiatría*. 223-234.
- (1917d) 17a conferencia. *El sentido de los síntomas* 235-249.
- (1917e) 21a conferencia. *Desarrollo Libidinal y organizaciones sexuales*. 292-308.
- (1917 f) 22a conferencia. *Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión*. *Etiología* 309-325.
- (1917g) 23a conferencia. *Los caminos de la formación del síntoma*. 326-343.
- (1917h) 25a conferencia. *La angustia*. 357-374.
- (1917i) 26a conferencia. *La teoría de la libido y el narcisismo*. 375-391
- (1917j) 27a conferencia. *La transferencia*. 392-407. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985
- (1920) *Más allá del principio de placer*. Vol:18: 1-62. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.

(1923) El yo y el ello. Vol 19: 1- 66). Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1985.
(1924a) El sepultamiento del complejo de Edipo. Vol 19 : 177-188 , B.A. A.E. 1985.
(1924b) La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. Vol 19: 189-198. B.A.: A.E.
1985.

(1926) Inhibición, síntoma y angustia. Vol 20: 71-164. B.A.:A.E. 1985.

(1940) Esquema del psicoanálisis. Vol 23: 133-210. B.A.:A.E. 1985.

Hartmann, H. (1939). La psicología del yo y el problema de la adaptación. México: Pax. 1960
(1964) Ensayos sobre la psicología del yo, México: Fondo de Cultura Económica, 1969

Heiman, P. (1962). "Algunas funciones de la introyección y la proyección en la temprana infancia".
En Melanie Klein y otros. Desarrollos en Psicoanálisis. Buenos Aires: Horme. 1967.

Jacobson, E. (1967). Conflicto psicótico y realidad. Buenos Aires: Proteo. 1970

Kernberg, O. (1975). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. México, Paidós. 1987.
(1977) La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós. 1988.

Klein, M. (1926). "The psychological principles of early analysis" . Contributions to Psychoanalysis.
London: Hogarth Press Ltd. 1968.

(1927) "Symposium on Child Analysis" Contributions to Psychoanalysis. London.: Hogarth
Press Ltd. 1968.

(1928) "Early Stages of the Oedipus Conflict".Contributions.... London: Hogarth Press. 1968

(1930) "The Importance of Symbol-Formation in the Development of the Ego"

Contributions... London: Hogarth Press. 1968

(1935) "A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States". Contributions...
London: Hogarth Press. 1968.

(1940) "Mourning and its Relation to Manic-Depressive States". Contributions... London:
Hogarth Press. 1968.

(1959) Amor , Odio y Reparación . Buenos Aires: Horme. 1987

(1957) Envidia y Gratitud. Buenos Aires: Horme 1984

Kohout, H. (1971) . Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 1986.

(1977) La restauración del sí mismo. Barcelona: Paidós. 1980.

(1984) Cómo cura el análisis. México: Paidós. 1986.

Lacan, J. (1948) "La agresividad en psicoanálisis" .En Escritos 1 pags 98-116 México. Siglo XXI
.14a ed 1987.

(1949) "El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela
en la experiencia psicoanalítica" En Escritos 1 pags 86-93. México. Siglo XXI. 14a ed 1987.

(1953)" Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis" en Escritos1, pags
227-310. México: Siglo XXI. 14a ed 1987

(1957) "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud" Escritos 1,
pags.473-509. México, Siglo XXI. 14a ed. 1987.

(1958) "La significación del falo" . Escritos , pags 662-675. México: Siglo XXI. 14a ed.
1987.

Malher, M. (1968). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz.
1972.

Pine, F.; Bergman, A. (1971). El nacimiento psicológico del infante humano. Buenos
Aires: Marymar. 1977.

Mannoni, M. (1964). El niño retardado y su madre México: Paidós. 2a reimpresión. 1987.

(1976) Un lugar para vivir. Gedisa,1982.

(1977)

Moreno, M. ; Sastre G. (1980). Aprendizaje y desarrollo intelectual España: Gedisa. 1980.

Piaget, J. (1959). La formación del símbolo en el niño. México: FCE. 8a reimpresión, 1984.

Inhelder, B. (1969) Psicología del niño. España: Morata. 12a ed. 1984.

Palacios A. L. (1989) . Psicoanálisis de la detención del desarrollo emocional. México: Premia, 1989

Spitz, R. A. (1965) El primer año de vida del niño. México: FCE 11a reimpresión. 1987.

Tubert-Oklander, J. (1985a) "Los modelos de tratamiento de la terapia psicoanalítica." Cuadernos de psicoanálisis. XVII: 63-72.

(1985b) "Tipos de cura en el tratamiento psicoanalítico". Revista de psicoanálisis 42 (5): 1145-1158.

Vygotsky, L.S. (1960) El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. México: Grijalbo 1979.

(1934) Pensamiento y lenguaje. México: Grijalbo. 1978.

Winnicott, D. W. (1945). " Desarrollo emocional primitivo. En Escritos de pediatría y psicoanálisis, pags 203-218. Barcelona: Laia. 1979.

(1950) "La agresión en relación con el desarrollo emocional". En Escritos de pediatría y psicoanálisis, pags. 281-299. Barcelona: Laia. 1979.

(1951) "Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión "no-yo" En Escritos de pediatría y psicoanálisis, pags 313-330. Barcelona: Laia. 1979.

(1956) "Preocupación maternal primaria" En Escritos de pediatría y psicoanálisis, pags 405-412. Barcelona: Laia. 1979.

(1960a) "La teoría de la relación paterno-filial" En el proceso de maduración en el niño. pags. 41-63. Barcelona: Laia. 1975.

(1960b) "Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso" En El proceso de maduración en el niño, pags 281-296. Barcelona: Laia. 1975.

(1963) "El trastorno psiquiátrico en términos de los procesos infantiles de maduración". En El proceso de maduración en el niño , pags 265-280. Barcelona: Laia. 1975.