



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**“PSICOTERAPIA PSICOANALITICA PARA EL
TRATAMIENTO DEL AUTISMO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA
MARIA JUDITH ARZOLA ESCOTO

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. REBECA PAZ PADILLA



MEXICO, D. F.

2005

0349980

AGRADECIMIENTOS

A Dios nuestro Señor por ser la belleza total, el bien infinito y la verdad absoluta que han iluminado mi camino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi Alma Mater.

A la Facultad de Psicología, en donde obtuve las herramientas que me abrieron el camino para realizar mi vocación.

A mis maestras:

Rebeca Paz, Araceli Lámbarri, Paty de Buen, Rocío Páez y Margarita Molina; por su valiosa orientación, por exhortarme a seguir adelante, por el tiempo que me dedicaron y por transmitirme un cúmulo de conocimientos que contribuyeron de modo fundamental en mi formación profesional y en la elaboración de este trabajo.

A todas mis maestras, que a través de sus enseñanzas me contagiaron el amor por mi profesión.

A mis queridas amigas:

Laurita, Teté, Susi, Lulú, Francis, Carmelita, Magda, Maru y Eva, por su afecto y apoyo durante mi estancia en esta Facultad.

A la Lic. María Ayala Ojeda, por su contribución en la configuración de este trabajo.

Y a todas aquellas personas que no menciono y que me brindaron su ayuda y amistad desinteresada.

GRACIAS

DEDICATORIAS

A mis padres

**Por haberme dado la vida,
y apoyarme incondicionalmente
a lo largo de todos mis estudios.**

***A tí papá* por sembrar en mí el ejemplo
de honradez, disciplina y perseverancia.**

***A tí mamá* por ser la guía en la construcción
de mis valores.**

Los quiero mucho, Dios los bendiga siempre.

***A la memoria de mi Abuelita Amalia*
Por ser la piedra angular de mi familia
y ser ejemplo de bondad y valores.
Sé que esto representaría para tí
una gran alegría.**

Donde estés "ABUE", sabes que te amo.

A mis familiares

**de quienes recibí cariño y apoyo
siempre que lo necesité.**

Que Dios los bendiga siempre.

***A esos seres mágicos*
En quienes están inspiradas
estas páginas; con la ilusión de
ayudarlos a regresar a la realidad.**

A mi gran y único AMOR

**Por ser el motor y la fuerza de mi vida,
Por amarme así, con ternura y pasión,
Por la paz que me da tu sonrisa y por
Tu maravilloso e invaluable apoyo.
Gracias por todo AMOR.**

Te amo con toda mi alma.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL AUTISMO	3
CAPÍTULO II. APROXIMACIONES TEÓRICAS ACERCA DEL AUTISMO	20
Frances Tustin	20
Bruno Bettelheim	25
Donald Winnicott	28
Margaret Mahler	30
Francoise Dolto	33
Maud Mannoni	35
CAPÍTULO III. EL VÍNCULO MATERNO INFANTIL EN EL AUTISMO	39
CAPÍTULO IV. POSIBLE TRATAMIENTO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA PARA EL AUTISMO	47
La Escuela Francesa	47
La Escuela de Relaciones Objetales	52
La Escuela de Psicología del Yo	57
CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	66

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis es un estudio documental enfocado al padecimiento autista y su tratamiento por medio de la psicoterapia psicoanalítica.

La causa del autismo sigue siendo un misterio, algunas evidencias sugieren que puede deberse a factores genéticos.

Algunas investigaciones mostraron que este desorden es el resultado de niveles anormales de ciertos neurotransmisores, (sustancias que transmiten mensajes entre las neuronas) como la dopamina y la serotonina. (Paluszny, 1999.)

La dopamina es una sustancia mediadora: es una base bioquímicamente anterior a las hormonas de la adrenalina y la noradrenalina, que se forma en la médula suprarrenal y a cuya activación contribuye.

La serotonina es un neurotransmisor que vincula los impulsos entre las células nerviosas, se forma en el cuerpo humano a partir de un aminoácido esencial: el triptófano que siendo esencial es suministrado al organismo con la ingesta de los alimentos.

El autismo es un padecimiento que en los últimos años ha pasado de la Psiquiatría y la Psicología a un trastorno Bio-neurológico, en el cual el problema fundamental es una falta de comunicación profunda del niño al nacer, que se exterioriza por incapacidad de adaptación y comunicación desde el punto de vista social.

A lo largo de la historia de este padecimiento y al haber usado distintos tratamientos terapéuticos, como el conductual, el cognitivo, la musicoterapia, etc; surgieron diferencias entre los especialistas, que se han ocupado de este problema, respecto al trabajo con niños autistas han buscado además de un tratamiento adecuado la raíz de dicho problema, es decir, su etiología y revisando la perspectiva histórica, cabe recordar un postulado que el tiempo ha demostrado: Para cualquier enfermedad los síntomas deben ser tratados mientras se busca la causa, Esto quiere decir, que los esfuerzos realizados en el campo del autismo deben orientarse en una dirección que proporcione una terapia adecuada.

En la actualidad los diferentes tipos de terapia que se emplean están enfocados a los síntomas específicos o a fomentar el crecimiento adaptativo del sujeto.

El presente trabajo es tan importante como la necesidad de dar soluciones reales a problemas que existen y que se ha intentado dar otras que no han funcionado, más que en cierta medida, como es el caso de cambiarles la dieta, medicarlos, etc. Es un proyecto que trata de una revisión bibliográfica, que sólo se limita al abordaje de algunos puntos específicos del tema de la terapia analítica en el autismo infantil.

Esta orientación analítica, se basa en la idea de que una vez descubiertos y elaborados los mecanismos del niño, este podrá relacionarse con su terapeuta de manera normal. La postura psicoanalítica, plantea que la génesis del autismo es psicógena.

La presente investigación se dirige en torno a esta postura analítica, en la cual se incluyen algunas investigaciones de diferentes teóricos psicoanalíticos como: Mahler, Tustin, Dolto, Bettelheim, Winnicott y Mannoni, que hicieron importantes contribuciones a este padecimiento, con la finalidad de dar una visión con diversidad de teorías y tratar de integrar lo esencial de las diferentes posturas en relación al autismo infantil.

También se enfoca al papel que tiene la madre en este padecimiento, ya que cuando un niño autista se le enseña y aprende a realizar hábitos de autocuidado, como el aseo personal, comer sin ayuda, etc. tales acciones pueden repercutir en mayor aislamiento, ya que al cubrir sólo estas necesidades, paradójicamente, el niño autista al verse por sí mismo, tenderá a encerrarse aún más en su mundo y la idea es que logre hacerse autosuficiente sin perder la socialización con su entorno.

La tesis consta de cuatro capítulos, que en su conjunto pretenden colaborar, a que el tratamiento analítico sea tomado en cuenta, al ser expuesto de la manera más sencilla posible, para que de este modo la propuesta llegue a más gente.

En el capítulo I, se hace una revisión histórica del autismo, su etiología y los conceptos analíticos de algunos autores, así como también aspectos biogenéticos del autismo.

En el capítulo II, se revisan diversos conceptos analíticos de algunos autores como: Tustin, Bettelhiem, Mahler, Winnicott, Dolto y Mannoni, que contribuyeron al abordaje de la psicoterapia psicoanalítica.

El capítulo III, está dedicado a considerar al niño en la edad temprana como una unidad indisoluble con su madre y el medio que lo rodea. Por lo cual es indispensable el estudio del maternaje, al analizar el proceso psíquico en la infancia.

Y por último, en el capítulo IV, se hace una revisión de los modelos analíticos de las siguientes escuelas: la francesa, la de relaciones objetales y la de psicología del yo.

Para finalizar se presenta la conclusión de este proyecto. Como estudiosa del Área Educativa e interesada en el problema del autismo, apoyo como una alternativa la psicoterapia psicoanalítica, como una propuesta que complemente los tratamientos hasta ahora empleados para lograr conductas y actitudes que faciliten la integración del niño autista en el entorno tanto familiar como social.

CAPÍTULO

I

" ANTECEDENTES HISTORICOS DEL AUTISMO"

*"MILLONES VIERON LA MANZANA CAER,
PERO SÓLO NEWTON PREGUNTÓ POR QUÉ."*

BERNARD BARUCH

El presente capítulo se abordará a partir de una revisión histórica realizada por Bruno Bettelheim (1967) y Carrero F. Sigg (1992) acerca del autismo, así como su etiología y algunos conceptos esenciales para la comprensión del tema, además de diversos aspectos bio-genéticos, en torno a este padecimiento, buscando dar un panorama lo más amplio posible.

Bettelhiem (1967), hace una revisión histórica acerca del autismo, en el cual cita a diversos autores como: Benda, Goldstein, Bosch, Rimland, Escalona, etc.

En el año de 1911, cuando Bleuder utilizó el término de autismo por primera vez, fue para indicar la retirada al mundo de la fantasía que presentaban los pacientes esquizofrénicos. Su definición fue la siguiente:

" La esquizofrenia se caracteriza por una muy peculiar alteración de la relación entre la vida interior del paciente y el mundo exterior. La vida interior adquiere un predominio patológico; este apartamiento de la realidad, unido a la predominancia relativa y absoluta de la vida interior es lo que denominamos el autismo." (Brauner A. y Brauner F.1981)

Treinta años más tarde, en 1943, el psiquiatra infantil de nacionalidad norteamericana Leo Kanner, utilizó el nombre de "autismo infantil precoz" para describir una patología que se caracteriza principalmente por una clara tendencia al retraimiento. Al realizar su informe sobre 11 casos, bajo el título "Las alteraciones autistas de contacto afectivo", encontrando en ellos características comunes las cuales formaban un síndrome único. Así mismo hace una descripción de los niños autistas:

"Los rasgos característicos consisten en una retirada profunda de todo contacto con las personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación muy hábil con los objetos, la retención de una fisonomía inteligente y pensativa, además de mutismo o de un tipo de lenguaje que no parece destinado a la comunicación interpersonal."(Bettelheim, 1967)

El niño autista obliga a las personas que lo rodean a obsesionarse más que él mismo. Si se observa a esta clase de niños por cierto tiempo, se pone de manifiesto que, salvo cuando están completamente solos, la mayoría de sus

actividades están totalmente dedicadas a la tarea grave, solemne y sacerdotal de preservar la identidad absoluta.

Kanner (1943), a diferencia de la opinión de otros autores, como Bleuler (1911), no veía al autismo como una categoría de la esquizofrenia, sino como un padecimiento o patología aparte. Reconociendo por ejemplo; que si el esquizofrénico se retira del mundo, el autista no ha entrado jamás en él.

Desde la época de Kanner se le daba ya importancia al lenguaje de estos niños, considerándolo comunicable en la medida en que quien los escucha podía entender, porque pareciera que hablan desde otra perspectiva, (la de su encapsulamiento); sin embargo se dejó de lado porque la tesis principal de Kanner era la no-relación del autista y el estudiar por ejemplo, su lenguaje o su relación con los padres era precisamente ir en contra de dicha tesis.

Eisenberg, (1968) sólo menciona que una educación demasiado estricta donde se exija perfección, exceso de actividades, memoria infalible, etc. pueden ser experiencias abrumadoras que provoquen el autismo.

En 1943 Kanner (citado por Sigg 1992) introdujo el término de autismo infantil temprano, describiendo varios rasgos, entre los que están: una soledad extrema, incapacidad de relacionarse con otras personas desde el principio de la vida, falta de postura anticipatorio para ser levantado en brazos, retraso en la adquisición del habla, utilización no comunicativa del lenguaje, una vez adquirido, ecolalia retardada, inversión pronominal, actividades de juego repetitivas y estereotipadas, insistencia obsesiva en la preservación del mismo estado de las cosas, carencia de imaginación, buena memoria mecánica y aspecto físico normal.

Las investigaciones de Kanner demostraron que las anomalías del trastorno aparecen en los primeros treinta meses de vida. Mencionaba, tanto la importancia de factores congénitos, como emocionales, vinculados en la relación padres-hijos.

Benda (citado por Bettelheim, 1967), ve la fuente del autismo, no en la incapacidad para relaciones afectivas, sino en la incapacidad de abstraer que tiene, una forma inadecuada de actividad mental, que se manifiesta en su actividad de simbolizar y asumir actividades abstractas.

Goldstein (1970), cree que el autismo es una defensa secundaria contra una enfermedad orgánica, a diferencia Bettelheim que si bien cree que es una defensa, no se debe a una enfermedad orgánica sino a la interpretación que el bebé hace de un medio ambiente como hostil y destructivo.

Bosch (citado por Bettelheim, 1967) llegó a la conclusión que el inicio clínico del autismo tiene relación con acontecimientos durante el segundo año de vida del niño, no con su nacimiento o los días posteriores a este, de la misma manera que Schlain y Yanett, que mencionan que la mayoría de los padres de los niños

autistas que trataron, situaban el inicio del comportamiento anormal en el segundo año de vida.

Rimland (citado por Bettelheim 1967) hizo estudios con gemelos y concluyó que era prueba sólida que no había una etiología psicogénica del autismo, sin embargo, los gemelos han podido estar en idénticas o muy parecidas condiciones paternas, pero con un solo par de gemelos en que uno sea autista y el otro no, se viene abajo la hipótesis genética y no la psicológica porque los padres pueden reaccionar de diferente manera ante cada uno de los gemelos.

Escalona (citado por Bettelheim 1967) en 1963 creía que el autismo se debía a una maternalización inadecuada.

Posteriormente Polaina (citado por Sigg, 1992) hace una revisión de la sintomatología en los años setentas y concluye que el diagnóstico del autismo incluye una soledad extrema o dificultad para desarrollar conductas de interacción personal y la insistencia a mantener rígidamente invariables los estímulos ambientales.

Sigg (1992) cita a varios autores que a continuación se mencionan en el orden cronológico en que hicieron sus aportaciones:

En 1962, Tinbergen enfatiza la falta de sostenimiento ocular, esto entendido como la falta de sostenimiento y fijeza de la mirada, en 1965 Lovaas, hace hincapié en el retraso intelectual, en 1966 Makista observa la edad en que comienzan las alteraciones conductuales, en 1967 Ruter y Jockey sintetizaron los síntomas para el criterio del autismo y agregaron un retraso del lenguaje, caracterizado por una disminución de la comprensión, ecolália e inversión pronominal, en 1968 Ornitz y Ritvo sistematizaron las alteraciones de la percepción y la psicomotricidad autistas; en 1969, Rende-Short reelaboró los criterios diagnósticos; de 1970 a 1980 se incorporaron investigaciones neurológicas, farmacológicas y bioquímicas.

En el cuadro No. 1(anexo), aparece en orden cronológico la recopilación histórica del autismo.

ETIOLOGÍA

El autismo puede ser causado por diversos factores, que suelen presentarse juntos y con efectos bidireccionales.

Debido a esta multicausalidad, la variedad de los cuadros clínicos es extremadamente rica.

Diferentes trabajos de investigación han analizado las ondas cerebrales de niños autistas, las cuales han sido ondas cerebrales aceleradas y a la vez planas. Este tipo de ondas evidencia una hiperexcitación de la corteza cerebral que coincide con las que caracterizan a los trastornos esquizofrénicos.

Además del perfil especial de las ondas, se encontraron cambios en el EEG (electroencefalograma), como los que caracterizan a los daños cerebrales de origen orgánico. En una tercera parte de los autistas hay que considerarlos con daño cerebral.

Las ondas aceleradas y planas no se presentan en casos de retraso mental, excepto cuando van acompañadas de un trastorno autista. Sin embargo, el tipo de síntomas encontrados no permiten deducir que los EEG (electroencefalograma), sean capaces de detectar un rasgo distintivo del autismo.

Con la ayuda de ordenadores capaces de registrar las ondas electromagnéticas se han llevado a cabo análisis (resonancias magnéticas nucleares y tomografías) que mostraron anomalías en el cerebelo. Los lóbulos VI y VII y la vérmis del cerebelo parecen haberse detenido en un estadio primitivo del desarrollo. (Paluzsny, 1999)

Análisis radiológicos convencionales, han confirmado la sospecha de la existencia de anomalías cerebrales en la zona del lóbulo frontal y temporal. En el lóbulo frontal (en el hemisferio izquierdo), se encuentra el centro motor del lenguaje, descubierto hace 130 años por el francés Paul Broca.

Tanto los estímulos eléctricos directos como el test de Wada, ¹han demostrado que, en un 95% de los diestros, el lenguaje se controla desde el hemisferio izquierdo, al igual que en el caso de más de un 70% de los zurdos. Los problemas verbales de los niños autistas, que ha menudo son zurdos, contrastan llamativamente con sus dotes extraordinarias.

Hasta ahora se han postulado varias hipótesis y teorías sobre las posibles causas del autismo, estas teorías se dividen en dos grandes grupos: biogénicas y psicogénicas.

La teoría biológica, sostiene que en el autismo hay una o varias anomalías en el cerebro y que estas son producidas por uno o varios factores biológicos, tales como los genes, las complicaciones durante el embarazo ó el parto y las infecciones víricas. (Baron-Cohen y Bolton 1998)

¹ Test de Wada : Llamado así por Jonh Wada, su descubridor, se utiliza para localizar la función del lenguaje y consiste en anestesiar un hemesferio (la mitad del cerebro), inyectando en la carótida izquierda o derecha una sustancia anestésica. Cada carótida abastece con sangre al hemisferio correspondiente. Cuando la anestesia llega a la zona del cerebro que controla el lenguaje, la capacidad de hablar desaparece durante algunos minutos.

Posibles causas biogénicas:

Virales

En la actualidad se conoce que ciertas enfermedades virales durante la gestación pueden causar daños en el feto y que están asociados con el trastorno autista, por ejemplo:

Rubéola: El virus de la rubéola, es especial si se contrae durante los tres primeros meses del embarazo, puede dañar el cerebro del feto. Se ha encontrado que algunos niños que presentan autismo estuvieron infectados del virus durante la gestación (Baron-Cohen y Bolton, op. cit.). Por lo tanto, parece que el daño que produce la rubéola en el sistema nervioso central puede dar origen al trastorno autista.

Citomegalovirus: Provoca una infección intrauterina que puede producir una discapacidad mental y raramente autismo. (Baron-Cohen y Bolton, op. cit.).

Herpes encefálico: Este virus puede infectar el cerebro del bebé y provocar una inflamación cerebral conocida como encefalitis. Ocasionalmente, los niños que desarrollan una encefalitis héptica, también desarrollan autismo. (Baron - Cohen y Bolton, op. cit.).

Sin embargo, muchos niños que sufren una infección cerebral no desarrollan autismo, y la mayoría de los niños con autismo no tiene un historial de infección cerebral. En resumen, los virus que afectan al cerebro de los bebés o de los fetos, pueden contribuir a la causa del autismo.

Genéticos:

Síndrome X frágil: Consiste en un sitio frágil del brazo largo del cromosoma X que caracteriza al niño por presentar retraso mental, malformaciones de manos y pies, los niños que se ven afectados por este tipo de alteración cromosómica poseen algunos aspectos del cuadro autista, aunque no todos; una tendencia al retraimiento ocular y táctil, dificultad en el lenguaje y tendencia a la perseverancia (hablar de continuo), existe con frecuencia un alto nivel de ansiedad que aumenta con los cambios repentinos de situación (aparición de personas inesperadas, cambios de rutinas, etc.), en contextos ruidosos y presencia de ruidos fuertes. El síndrome X frágil solo se presenta en una pequeña porción de niños con autismo; menos del 10% (Cohen y Bolton op. cit.; y Zappella, 1998).

Fenilcetonuria: Supone una incapacidad orgánica para descomponer el agente químico conocido como fenilalanina trayendo como consecuencia un incremento de toxinas que pueden dañar el cerebro y producir autismo. (Cohen y Bolton, op. cit.).

Neurofibromatosis: Trastorno que afecta a la piel y a los nervios identificándose por manchas de color marrón, aparece de manera infrecuente y ocasionalmente los niños con este trastorno pueden presentar autismo. (Baron- Cohen y Bolton, op. cit.).

Esclerosis tuberosa: Trastorno que produce un crecimiento del cerebro, pigmentación rara de la piel y presencia de tumores cerebrales. Puede dar lugar a un tipo de epilepsia conocida como espasmos infantiles, y aunque es muy infrecuente puede causar autismo. (Baron - Cohen y Bolton, op. cit.).

Factores hereditarios: En estudios sobre gemelos se ha encontrado que la concordancia de autismo en los dos miembros del par gemelar se produce en un alto porcentaje de gemelos monocigóticos (36% en el estudio de Folstein y Rutter, 1977; 95% en el de Ritvo, 1985), y disminuye mucho en los gemelos dicigóticos (0% en el primer estudio; 23.5% en el segundo) (citados en Riviére, 2001). Sin embargo, entre los gemelos idénticos, puede darse el caso de ser hermano gemelo autista y no padecer autismo. El autismo es 50 veces más frecuente entre los hermanos de autistas que en el conjunto de la población (Smalley y otros, citados en Happé, 1998). Entre los hermanos que no son autistas existe una incidencia mucho mayor de otros trastornos cognitivos, como trastornos del lenguaje y de tipo social. (Bolton y Rutter citados en Happé, op. cit.).

Neurogénesis: Otra hipótesis sobre la influencia genética en el autismo, sugiere un funcionamiento inadecuado de genes que regulen la formación del sistema nervioso humano entre el tercer y séptimo mes de desarrollo embrionario. El defecto podría consistir en una "neurogénesis" excesiva, más que escasa. Las consecuencias de esa neurogénesis inadecuada se manifestarían después, sobre todo desde el segundo año de vida, en el que tienen que desarrollarse funciones complejas y muy específicas del hombre, entre los 9 y 18 meses de edad del funcionamiento frontal. (Riviére, 2001).

Metabólicas:

También es muy frecuente la existencia de anomalías neuroquímicas:

Serotonina: Un 40% aproximadamente, de los autistas muestra un aumento, en las plaquetas sanguíneas, de un neurotransmisor muy importante, la serotonina. Esta sustancia neurotransmisora va disminuyendo su presencia en la sangre a lo largo del desarrollo normal. El hecho de que no disminuya en autistas se ha empleado como prueba de una falta de maduración de su sistema nervioso. (Riviére, op. cit.)

Exceso de péptidos: Shaley y Panksepp (citados en Riviére, op. cit.), han defendido que el aislamiento autista, podría relacionarse con un exceso de péptidos, sustancias semejantes al opio producidas de forma endógena por el cerebro, y que proporcionan efectos placenteros. En los niños normales, esas

sustancias son liberadas por ejemplo, cuando las madres brindan atenciones y mimos a sus hijos. Los autistas no se sentirían estimulados a la relación por su exceso de opiáceos endógenos.

Se ha demostrado que la administración de una sustancia que bloquea los efectos de esos opiáceos naturales mejora los síntomas autistas, en algunos casos, y disminuye dramáticamente las autoagresiones. (Turkington, citado en Riviére, op.cit.).

Ácido Úrico: En un estudio realizado por Colman (citado en Paluzsny, 1999). Se elevaron los niveles de ácido úrico en la sangre y la orina de 67 niños autistas y se encontró que el 22% de los niños presentaba aumento de ácido úrico en la orina más no en la sangre y se le asocia con el trastorno autista.

Enfermedad celiaca: Tipo de síndrome de absorción defectuosa caracterizada por intolerancia a las grasas y al gluten que se encuentra en el trigo. Esta enfermedad se ha identificado en varios niños con autismo y han disminuido los síntomas cuando se les somete a un régimen dietético libre de gluten. (Goodwin y Goodwin citados en Paluzsny, op. cit.).

Sistema Nervioso Central:

Existen evidencias de anomalías en varias regiones del cerebro, estas se han encontrado en el lóbulo frontal, prefrontal y temporal de la corteza cerebral y a ciertas estructuras del llamado sistema límbico (implicado en la regulación emocional), tales como la amígdala y quizá el hipotálamo; en el tronco encefálico, cuarto ventrículo y en el cerebro (implicado en la coordinación motora). (Courchesne citado en Riviére, op.cit.).

Recientemente se ha descubierto un hecho sorprendente: el cerebro de muchos autistas es, de un tamaño considerablemente mayor que el normal (1.537cc frente a 1.437cc por término medio), tal como se refleja en estudios de resonancia magnética.(Piven citado en Riviére, op. cit.).

La epilepsia es más común en niños autistas que en niños normales y por lo común se manifiesta durante la adolescencia o en adultos jóvenes. La frecuencia de la epilepsia es un indicador clínico de una disfunción cerebral.

Dificultades en el embarazo y el parto:

Los problemas que tienen lugar durante el embarazo y el parto se encuentran asociados con el autismo, pero estos factores por sí solos no son causa suficiente del trastorno. Los siguientes factores de riesgo que han sido descritos en relación con el autismo son:

Madres de 35 años de edad en el momento del nacimiento del niño.
Orden del nacimiento (el primero, o el cuarto o los nacidos más tarde presentan un riesgo ligeramente mayor).
La ingesta de medicamentos durante el embarazo.
La presencia de meconio (las primeras deposiciones del bebé) en el fluido amniótico durante el parto.
Las pérdidas de sangre durante el cuarto y octavo mes de embarazo.
La incompatibilidad "RH" entre los grupos sanguíneos del niño y la madre. (Baron - Cohen y Bolton, op.cit.).

Teorías psicogénicas: Kanner, postula que una de las causas del autismo esta relacionada con la naturaleza o crianza donde menciona, que los padres de los niños con autismo son muy inteligentes, de clase socioeconómica alta, bien educados, comúnmente distantes y poco expresivos. Especuló acerca del factor ambiental como básico en la causa de la enfermedad. (Paluzsny, op.cit.).

Bettelheim, fue el inductor de la teoría de la madre "refrigerador", es decir, de la idea de que los niños manifiestan el autismo, como una mala respuesta de adaptación a un ambiente amenazante y carente de amor. (Happé, 1998).

A continuación se presenta una tabla en la cual se mencionan las diferentes formas de psicosis en el autismo: (De Villard, 1986).

TABLA I.

LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ

3 o 4 casos por cada 10,000 nacimientos.
3 niños por cada niña en todas las razas.
en todos los medios socioeconómicos,
intelectuales o afectivos.
La afección es más grave en las niñas,
las alteraciones existen desde el nacimiento,
de manifestación variable, probablemente de
origen multifactorial.

LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ HABITUAL

El retraimiento autista:
-ausencia de comunicación,
-aislamiento,
-ausencia de relación afectiva,
-indiferencia,
-desinterés paradójico,
-mirada periférica.

Necesidad de inmutabilidad:

- ritos, acostarse, vestirse, alimentación,
- comportamiento de exploración.

Los estereotipos:

- ritmias, retraso del lenguaje.

Aspecto:

- inteligente, gracioso,
- ejecuciones, físicas paradójicas,
- manipulaciones precisas.

LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ SEVERA

El retraimiento autista:

- precoz y más grave,
- más importante y cerrado.

Necesidad de inmutabilidad:

- es menos clara o no existe.

Los estereotipos:

- las ritmias son importantes,
- autoagresión, ausencia de lenguaje.

Aspecto:

- menos esbelto, más grotesco, malformaciones,
- un retraso motor global, antecedentes neonatales,
- afecciones sobreañadidas: epilepsia.

LA PSICOSIS AUTISTA PERCEPTIVA PRECOZ LIGERA

Comienzo aparentemente más tardío.

El retraimiento autista es poco importante o imperceptible.

Angustia grave en su vertiente física.

Necesidad de inmutabilidad:

- es muy clara e importante con personas y objetos,

Los estereotipos son particulares:

- más localizados, las ritmias más raras,
- el lenguaje aparece tardíamente, pero más fácil y normal.

Aspecto:

- general normal.

CONCEPTOS DEL AUTISMO

El autismo es un síndrome que se manifiesta desde la infancia, con trastornos del desarrollo, que invalida la capacidad de captar, representar y responder a la realidad. (CIE-10, 1992).

Tiene características muy definidas y determinantes: carencia de habilidades para la comunicación, falta de relaciones sociales, rituales compulsivos y persistentes, gran resistencia al cambio. Este síndrome comienza a hacerse evidente durante los tres primeros años de vida. Algunos imitan sonidos o desarrollan patrones de lenguaje (ecolalia) comprensibles y otros son mudos, sufren de ataques convulsivos. (CIE-10, op. cit.).

Se desconoce la causa del autismo, pero está clasificado como un trastorno neurofisiológico.

En ocasiones, el autismo se desarrolla en niños de apariencia normal y que después sufren alguna regresión inexplicable.

La incidencia entre los niños autistas es de más del doble que entre las niñas, es decir, que por cada niña existen cinco niños con autismo.

En su obra "Vivir con un niño autista" Brauner (1981), afirma que en el niño autista existe una predisposición biológica, que se desencadena por una emoción que todo niño sano puede sufrir, sin volverse por ello autista. Poniendo el autismo en un terreno debilitado por una lesión, una malformación cerebral, o un sufrimiento, ya que en sus investigaciones encontró que más de un 30% de los autistas presentaron irregularidades en los trazos de los EEG (electroencefalograma) e incluso episodios epilépticos.

"Cuando un individuo no tiene ninguna posibilidad de ser y de existir en relación con el mundo que lo rodea y no puede comunicarse con sus semejantes, se hunde progresivamente en una organización autista. Así pues, este síntoma aparece como el talón que oculta el escenario, en el cual se desarrolla realmente la alteración propiamente dicha". (De Villard, 1986).

Uno de los autores más contemporáneos es, Frances Tustin (1987), quien concibe el autismo de la siguiente manera:

"Seres que por esconder en su interior unas heridas permanentes e intensamente dolorosas y sensibles, se acorazan con una armadura que les permite esconderse del intolerable, hostil e intrusivo mundo de los estímulos". (Tustin, 1987).

Considera que estos niños erigen un muro frente a ellos casi infranqueable, que los mantiene aislados y protegidos de su entorno, manteniendo solamente el mínimo nexo con el mundo exterior. Para ella, esta condición autística se manifiesta desde el nacimiento; esto da como consecuencia, la discusión, si este

cuadro es generado por un factor hereditario y constitucional, o por una deficiencia ambiental en el proceso del aprendizaje.

Los prejuicios

El autismo infantil precoz es un trastorno del desarrollo tan grave como inusual, de manera que la gente no llega a conocer en toda su vida a un niño con una patología autista tan marcada. La ignorancia y los prejuicios dificultan el reconocimiento tanto de esta enfermedad como de las formas en que se manifiesta.

Los niños autistas no reaccionan ante las personas, evitan mirar a los ojos, el trastorno cognitivo y el relacional puede manifestarse de maneras múltiples.

Ningún autista presenta todos los síntomas al mismo tiempo.

Las causas del autismo son absolutamente desconocidas, los descubrimientos son tan numerosos que es difícil seguir hablando de una "enfermedad misteriosa" en lugar de tomar en cuenta los últimos descubrimientos en materia de etiología y patogénesis.

A continuación se presenta una tabla de los síntomas característicos del autismo:

TABLA II.

TRASTORNOS SOCIO-RELACIONALES:

1. Empatía ausente o deficiente: se tiende a ignorar la existencia o los sentimientos de los demás.
2. Ausencia de la necesidad de pedir consuelo en situaciones anímicamente angustiosas o de estrés, o hacerlo de forma anómala.
3. Ausencia o deficiencia de la capacidad mimética o de la disposición a la mimesis.
4. Conducta lúdica anómala o inexistente.
5. Deficiencia de la interacción social.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN:

1. Disposición y capacidad comunicativa deficientes.
2. Comunicación no verbal inusual o anómala.
3. Capacidad limitada para participar de las fantasías de otras personas: ausencia de actividad imaginativa.
4. Forma inusual del lenguaje: anomalía grave en el contenido del habla.
5. Intercambio conversacional diferente, incluso en individuos con una competencia verbal altamente formada y desarrollada.

REPERTORIO RESTRINGIDO DE ACTIVIDADES E INTERESES:

1. Movimientos estereotipados con la cabeza.
2. Repetición inusual de las mismas actividades.
3. Malestar ante la oposición en la transformación del entorno cotidiano.
4. Insistencia obstinada en la repetición exacta de las actividades habituales (rutinas).
5. Espectro limitado de intereses y actividades.

Para cerrar este capítulo, a continuación se exponen las definiciones de Psicoterapia, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoanálisis, además veremos los criterios diagnósticos respecto al síndrome autista mencionados en el DSM-IV (Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales), detallados en el cuadro No. 2. (anexo)

PSICOTERAPIA

En su significado antiguo y literal, psicoterapia significa "curación o tratamiento del alma (de la mente)" y puede decirse que en términos generales aun conserva este significado.

En la enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía, la psicoterapia se define como:

"Conjunto de técnicas que tienen por objetivo el tratamiento de las afecciones mentales y que utiliza los más diversos procedimientos psíquicos (sugestión, análisis de sueños, subnarcosis, etc.). Se distingue como variante la psicoterapia individual (frente a frente, dual) y la psicoterapia de grupo. (Pelicier, 1980).

Laplanche y Pontalis, (1994) en su Diccionario de Psicoanálisis dan la siguiente definición:

A) En sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos y de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo: hipnosis, sugestión, reeducación psicológica, persuasión, etc. En este sentido, el psicoanálisis es una forma de psicoterapia.

B) En sentido más estricto, a menudo se opone el Psicoanálisis a las diversas formas de psicoterapia, por diversas razones, especialmente la función primordial que en él desempeña la intervención del conflicto inconsciente, y el análisis de transferencia, que tiende a su resolución.

C) Con el nombre de "psicoterapia psicoanalítica" se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa.

PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

La psicoterapia psicoanalítica, es aquella que se funda, tanto en su estructura conceptual y teórica como en su metodología operativa en el cuerpo de la doctrina psicoanalítica. Es ante todo un método de investigación clínica. (Joaquín, P. 1998).

La ventaja que tiene la psicoterapia psicoanalítica es que parte del supuesto de la existencia de determinados conflictos intrapsíquicos que permanecen inconscientes para el paciente, y que el fin que con ella se pretende es el solucionar parcialmente, dichos conflictos a través de la relación interpersonal paciente-terapeuta.

En esencia la psicoterapia psicoanalítica consiste en permitir al paciente un acercamiento a sus relaciones objetales básicas, gracias a lo cual podrá disponer de una perspectiva distinta a la simple visión externa de aquello que está sucediendo en su vida cotidiana.

La psicoterapia psicoanalítica se ha mostrado consistentemente superior al no -tratamiento, pero esta evidencia es aplicable solamente a aquellas modalidades que han sido objeto de investigación sistemática en el último medio siglo (principalmente las denominadas convencionalmente de "expresión", "apoyo" y "breve").

No es arriesgado decir, que el camino de la psicoterapia psicoanalítica bordea siempre dos peligros frente a los cuales a de procurar mantener un equilibrio si no quiere perder su individualidad y su razón de ser, el primero de ellos es el de intentar seguir al pie de la letra los principios técnicos del Psicoanálisis, sin los medios apropiados para ello, ya sea por escasa frecuencia de las sesiones, menos de cuatro por semana, por falta de preparación del terapeuta o por dificultades motivacionales o de insuficiente incapacidad por parte del paciente. El segundo estriba en que, generalmente por un problema de incompetencia técnica, la psicoterapia psicoanalítica se transforme en una psicoterapia de apoyo, perdiendo las características del proceso descubridor al que me he referido.

De alguna manera podemos decir, que la psicoterapia psicoanalítica se halla en un punto intermedio entre el psicoanálisis y las psicoterapias de apoyo y directivas, sin poder alcanzar las profundas y fundamentales modificaciones del primero, ni limitarse a los resultados tal vez rápidos, pero únicamente sintomatológicos superficiales y temporales de las segundas.

Una característica de la metodología de la psicoterapia psicoanalítica estriba, precisamente, en una cuidadosa evitación de la regresión transferencial.

PSICOANÁLISIS

Acerca de la elección del término "psicoanálisis", nada mejor que ceder la palabra a quien acuñó el término en la misma época en que efectuaba su descubrimiento: "Llamamos psicoanálisis al trabajo mediante el cual traemos a la consciencia del enfermo lo psíquico reprimido en él". (Freud, S. 1900).

Freud, (1900) utilizó primeramente los términos análisis, análisis psíquico, análisis psicológico y análisis hipnótico. Solo más tarde utilizó el término psico-análisis en el artículo sobre la etiología de las neurosis, publicado en francés.

El empleo del término "psicoanálisis" consagró el abandono de la catarsis practicada bajo hipnosis y de sugestión, y el recurrir a la única regla de la asociación libre para obtener el material.

Esta definición de psicoanálisis, es posible verla desde diferentes teorías psicoanalíticas, sin embargo, para el encuadre de la presente tesis, se tomaron las definiciones realizadas por: Frank J. Bruno, Friedrich W. Doucet y la que dan Laplanche y Pontalis.

Frank J. Bruno, (1988) emplea el término psicoanálisis en dos sentidos fundamentales:

En primer lugar, es un método para el tratamiento de trastornos psíquicos que utiliza técnicas como la asociación libre y la interpretación de los sueños.

En segundo lugar, es una teoría de la personalidad basada en conceptos de motivación inconsciente, como los del yo, ello y super-yo. (DSM-IV).

Se considera que el psicoanálisis, es la primera de las psicoterapias verbales modernas. Sin embargo, los términos psicoanálisis y psicoterapia no deben equipararse, ya que aquel no es más que una especie de psicoterapia.

Friedrich W. Doucet, (1975) en su Diccionario define el psicoanálisis como:

"Denominación generalizada con la que se designa la doctrina y la escuela de psicología profunda, fundada por Freud y que consiste en la teoría de la libido y la técnica de la investigación del inconsciente".

La técnica psicoanalítica, nace de un método de tratamiento muy sugestivo, que tiene como objetivo una descarga afectiva de naturaleza catártica en los pacientes histéricos.

Las bases fundamentales del psicoanálisis desarrollado por Freud, son la elaboración analítica del fenómeno de la transferencia, la interpretación de los sueños, la interpretación de los actos fallidos y la asociación libre.

La técnica psicoanalítica de la psicología del individuo, se basa en primer lugar, en una conversación analítica sobre la historia de la vida del paciente. Al mismo tiempo, se tienen en cuenta sus movimientos expresivos, como por ejemplo, mímica, gesticulación, comportamiento, forma de hablar, forma de andar, voz, mirada, etc.

Laplanche y Pontalis (1994), se refieren al psicoanálisis como:

"Disciplina fundada por Freud y en la que, con él, es posible distinguir tres niveles".

A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantiza la validez de la interpretación.

La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas, para las que no se dispone de asociaciones libres.

B) Un método psicoterapéutico basado en la investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido, se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de *cura psicoanalítica*; por ejemplo: emprender un psicoanálisis (o un análisis).

C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

EL ESPECTRO AUTISTA

Se habla mucho ahora de espectro autista en lugar de autismo, pues se ha encontrado que en realidad el autismo es un síndrome que enmascara algún tipo de enfermedad.

Existen diversas enfermedades y trastornos que entrarían bajo esta denominación y que aparentemente al presentar conductas similares pareciera la misma enfermedad, pero en realidad hablamos de diferentes problemas, con diferente origen y con diferente tratamiento en algunos casos.

Previamente, veremos que nos dice el Manual de Diagnóstico y estadística de desórdenes mentales DSM-IV en su cuarta edición, (quiero aclarar que esta parte, podría parecer muy técnica, pero transcribo textualmente lo escrito en el manual.)

"El Autismo se caracteriza por un desarrollo marcadamente anormal y disminuido de la interacción social y la comunicación y un repertorio marcadamente restrictivo de actividades e intereses." (DSM-IV, 1995).

De acuerdo a este manual una persona podrá ser catalogada como autista si presenta:

A) Al menos 6 o más de las características presentadas en los siguientes cuadros 1, 2 y 3. Con al menos dos características del cuadro 1, una del cuadro 2 y una del cuadro 3.

CUADRO 1

Deterioro cualitativo de la interacción social, manifestado por al menos dos de las siguientes características:

Discapacidad marcada en el uso de comportamientos no verbales múltiples como mirar a los ojos, expresión facial, postura del cuerpo y gestos para regular la interacción social.

Incapacidad de desarrollar relaciones apropiadas al nivel de desarrollo.

Ausencia de una búsqueda espontánea de compartir el disfrute, el interés o los logros personales con otras personas.

Ausencia de reciprocidad social o emocional (preferir los juegos solitarios a participar con otros).

CUADRO 2

Discapacidad cualitativa en la comunicación manifestando por lo menos uno de los siguientes síntomas:

Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado, (no acompañado de intentos por compensar con modos alternativos como gestos o signos).

En individuos con lenguaje apropiado, incapacidad de iniciar o mantener una conversación con otros.

Uso del lenguaje estereotípico o repetitivo.

Ausencia de juegos de representación o imitación social, variados y apropiados al nivel de desarrollo.

CUADRO 3

Patrones estereotípicos y estrictamente repetitivos de comportamiento, interés y actividades, que se manifiestan en al menos dos de los siguientes síntomas:

Preocupación en uno o más patrones estereotípicos y restrictivos de su interés que es anormal respecto al interés y la focalización que tienen otros niños.
Apego aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
Manías motoras repetitivas y estereotípicas, aleteo, contorsión de manos y movimientos complejos del cuerpo completo.
Preocupación persistente en partes de objetos (por ejemplo, ruedas de coche).

A) Retraso o funcionamiento anormal en al menos una de las siguientes áreas, que deberían aparecer antes de los tres años:

1. Interacción social.
2. Lenguaje para comunicación social.
3. Juegos simbólicos o imaginados.

B) Los síntomas no están mejor descritos que en el Síndrome de Rett o el Síndrome desintegrador de la infancia.

Es importante distinguir algunas de las afecciones que entran dentro de este espectro Autista, unos tienen un origen marcadamente genético, otros constituirían trastornos metabólicos, por ejemplo, se ha demostrado que algunos niños hipocalcémicos (con bajos niveles de calcio), presentaban una conducta típicamente autista, al ser corregido dicho problema esos niños se "conectaban"; o bien, niños que representaban un trastorno depresivo por falta de litio, o un trastorno bipolar.

A N E X O

CUADRO No.1 RECOPIACIÓN HISTÓRICA DEL AUTISMO

AÑO	AUTOR	AREA DE INVESTIGACIÓN	APORTACIONES
1943	Kanner, L.	Descripción de 11 casos Con autismo Infantil Precoz.	El primero en utilizar el término de autismo; describió características comunes en los 11 niños.
1961	Ferster, C.B.	Características Comportamentales Análisis	1ª. Publicación significativa que analiza el problema del autismo dentro del marco conductual.
1961	Schain, F. Freedman, D.	Aspectos biológicos	Impulsaron muchas de las investigaciones bioquímicas recientes.
1964	Rimland, B.	Etiología	Dió bases significativas a la biogenética del autismo. Da ímpetu para estudiar el autismo como desorden biológico.
1966	Lotter, V.	Epidemiología	Primer estudio epidemiológico.
1966	Lovaas, I. Berberich, J. Perloff, B. Shaeffer, B.	Lenguaje	Fue un avance importante en el desarrollo conductual y educativo del autismo demostrando como las respuestas de lenguaje fueron Operacionalizadas y extendidas por medio de reforzadores.
1968	Ornitz, E. Ritvo, E.	Teorías Orgánicas	Proponen que el autismo es debido a una falla en la regulación homeostática localizada en el sistema nervioso central.
1968	Rutter, M.	Sintomatología y Etiología	Investigación teórica que influyó para poder entender el autismo y motivó a muchos investigadores a publicar distintas teorías del autismo.
1971	Harmelin, B. Frith, U.	Area cognitiva	Fue un giro en el estudio del autismo, ya que proponen que el autismo no es un síndrome emocional o perceptual, sino una deficiencia cognitiva.

Continuación del cuadro No. 1 (Recopilación Histórica del Autismo)

AÑO	AUTOR	AREA DE INVESTIGACIÓN	APORTACIONES
1971	Kanner, L.	Estudio longitudinal de los 11 casos observados en 1943.	Encontró que después de 28 años los 11 niños que eran iguales, ahora había notables Diferencias entre ellos. Algunos se deterioraron y otros se adaptaron superficialmente a la sociedad.
1971	Schopler, E.	Area emocional	Descartó la idea del autismo como problema emocional y los padres como culpables del mismo. Esto ayudó a que se formaran asociaciones de padres y profesionales.
1974	Shapiro, T. Chiarandini, I. Fishm B.	Lenguaje	Relación entre lenguajes y aspectos sociales y cognitivos del autismo, lo cual permitió ver el lenguaje dentro de un contexto comunicativo.
1975	De Myer, M.	Etiología	Revisa investigaciones de 12 años a la fecha sobre la etiología del autismo. Los resultados de la autora sostienen que es debido a una disfunción neurológica.
1976	Schuler, A. Donnellan, A.	Lenguaje	La importancia de este artículo radica en que esta escrito de una manera sencilla, de modo que pueda llegar a las mayorías y proponer la forma de enseñar el lenguaje en niños autistas.
1977	Wing, L. Gould, J. Yeates, S.	Juego	Describe el uso del juego simbólico en el niño autista y deficiente mental.
1978	Coehen, D. Caparulo, B. Shaywitz, B. Brierley, L.	Diagnóstico	Investigan el diagnóstico diferencia del autismo mediante discriminaciones biológicas.
1978	Coleman, M.	Sintomatología	Describe signos y síntomas del autismo que son válidos hasta la actualidad.
1978	Damasio, A. Maurer, R.	Area Neurológica	Esta investigación trata de entender las bases neurológicas del autismo.
1978	Rimland, B. Callaway, E.	Tratamiento	Plantean el uso de la vitamina B6.

CUADRO No. 2 CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL AUTISMO (DSM-IV).

SOCIAL	COMUNICACIÓN	CONDUCTA
<p>1. Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las sig. Características:</p>	<p>2. Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:</p>	<p>3. Patrones de comportamiento intereses y actividades restringidas, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las sig. Características:</p>
<p>a) Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son: contacto ocular, expresión facial, Posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.</p>	<p>a) Retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para comenzar mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).</p>	<p>a) Preocupación absorbente para uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.</p>
<p>b) Incapacidad para: Desarrollar relaciones con compañeros al nivel de desarrollo.</p>	<p>b) En sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una comunicación con otros.</p>	<p>b) Adhesión aparentemente inflexiva a rutinas o rituales específicos, no funcionales.</p>
<p>c) Ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (por ejemplo, no mostrar, traer o señalar objetos de interés.</p>	<p>c) Utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje idiosincrásico.</p>	<p>c) Manierismos Motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo, sacudir o girar las manos o dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo).</p>
<p>d) Falta de reciprocidad social o emocional.</p>	<p>d) Ausencia de juego realista espontáneo, variado o de juego imitativo social propio del desarrollo.</p>	<p>d) Preocupación persistente por partes de objetos.</p>

CAPÍTULO
II

"APROXIMACIONES TEÓRICAS ACERCA DEL AUTISMO"

"EL PSICOANÁLISIS NO SIRVE SÓLO PARA LA CURACIÓN DE ENFERMEDADES, SINO TAMBIÉN PARA LA LIBERACIÓN ÍNTIMA DEL HOMBRE".

ERICH FROMM

Aludiendo al título de este capítulo, se presenta una revisión de algunos de los analistas que contribuyeron a definir la naturaleza del síndrome autista.

El orden en que aparecen, busca dar un esclarecimiento en torno a este padecimiento, sin perder de vista que estas aproximaciones, en su conjunto, sentaron las bases de la investigación y los logros alcanzados hasta el presente. Por lo demás, apoyarnos en la experiencia, capacidad y entrega que estos investigadores imprimieron a su trabajo, dará quizá una mayor certidumbre a nuestros pasos en la siguiente exposición. Los autores que se revisarán son: Frances Tustin, Bruno Bettelheim, Donald W. Winnicott, Margaret S. Mahler, Francóise Dolto y Maud Mannoni.

FRANCES TUSTIN

Tustin F. (1987), es un caso especial dentro de los estudios del autismo, Dedicó más de 20 años al tratamiento del autismo en Tavistock Clinic de Londres, escribió en 1972, la primera de sus cuatro obras (Autismo y Psicosis infantil) que estarían dirigidas a este padecimiento. Así mismo después de más de 30 años de psicoterapia con niños, su experiencia la dirige también a pacientes adultos.

En su casa, en un pueblo antiguo de la campiña inglesa, recibía a terapeutas, psicoanalistas y psiquiatras de todas partes del mundo a quienes brindaba orientación y con quienes se retroalimentaba.

Luego de esta semblanza de Frances Tustin, se entenderá el porque con esta psicoanalista damos inicio a la revisión histórica de algunos de los investigadores más relevantes que se han ocupado desde el enfoque psicoanalítico del tratamiento del autismo.

Esta autora hace una clasificación acerca del autismo:

"En el desarrollo normal, la pérdida de la conexión física con la madre a través del cordón umbilical, es compensada por las conexiones psicológicas con ella por medio de esa comunicación no verbal cuya denominación más adecuada sería la

palabra *comuni3n*. Cuando falta esta conexi3n psicol3gica, la conexi3n f3sica a trav3s del pez3n asume una importancia indebida. Esto es lo que parece haber sucedido con los ni1os autistas, para quienes el haberse dado cuenta, de que el pez3n no formaba parte de su boca fue un descubrimiento devastador."(Tustin, 1987).

A diferencia de otros autores, Tustin no hace hincapi3 en la relaci3n con la madre, sino en la conciencia de separaci3n que puede llegar a tener el beb3 en esa etapa temprana en la que no es capaz a1n de asimilar, que su madre no es parte de 3l.

"El rasgo diagn3stico b3sico que es espec3fico del autismo, brota del hecho de que todos los seres humanos, como los dem3s animales, tienen una disposici3n innata a guarecerse de experiencias aterradoras. As3 los infantes normales buscar3n un refugio entre los brazos de su madre (o los de una persona igualmente conocida) o se esconder3n bajo su falda. El ni1o de tipo esquizoide emplea una forma prefabricada de protecci3n frente a los terrores elementales. Ejemplo, en la ilusi3n, se envuelve en el cuerpo de la madre (identificaci3n proyectiva). Los ni1os autistas est3n envueltos en sus propias sensaciones corporales, es decir, que crean su cobertura propia. Esto significa que en contraposici3n al ni1o esquizofr3nico, que es dependiente en grado extremo, los ni1os autistas desconocen su dependencia de otros". (Tustin,1992).

El ni1o autista vive una soledad devastadora, ante la cual su "encapsulamiento"(parafraseando a Tustin) al parecer, le hace sentirse resguardado del exterior y al mismo tiempo la falta de uni3n con su madre queda de alg1n modo compensada, a la vez que se afirma su separaci3n con el mundo.

"Lo central en un ni1o psic3tico es que ha tenido una conciencia insoportable del no s3 mismo antes de un s3 mismo lo suficientemente integrado como para hacer frente a la situaci3n". (Tustin, 1987 op. cit.).

Tustin introduce originales y claros par3metros diagn3sticos clasificando al autismo en las tres formas siguientes:

1. Autismo primario anormal: El ni1o presenta un cuadro de pasividad tipo ameba con escasa capacidad de diferenciaci3n.
2. Autismo Secundario Encapsulado: En el ni1o constituye una especie de armadura, caparaz3n, o "segunda piel", detr3s de la cual puede refugiarse y protegerse del mundo exterior.
3. Autismo Secundario Regresivo: El ni1o acusa en un comienzo una sobreprotecci3n (beb3 modelo, bueno) a la que sigue un corto per3odo de desarrollo normal para desembocar finalmente a la ruptura con la realidad.

"El autismo patol3gico es un sistema de maniobras protectoras, por medio de las cuales se evita la realidad distinta del yo y que tienen como resultado el cuadro cl3nico que denominamos psicosis. Como tal, el autismo patol3gico da lugar al

surgimiento del falso self "falso sí-mismo" descrito por Winnicott". (Winnicott, 1984).

Tustin menciona dos tipos principales de reacción autista: de encapsulamiento (bloqueando el mundo externo no sí mismo) y reacción de confusión (hacen borroso pero no bloquean por completo al mundo exterior no sí mismo).

Con esto hace una clasificación del autismo:

A) Niños Encapsulados (estados autistas encapsulados). Casi invariablemente estos niños tienen cuerpos bien formados y rostros hermosos, como de otro mundo. A menudo tienen la piel tan traslúcida que parece de cuento de hadas. Sus movimientos son elásticos y graciosos aunque suelen caminar de puntitas. A veces son muy ágiles, les fascinan los mecanismos y completan el funcionamiento de los objetos que rehusan usar. Hacen girar algunos objetos obsesivamente y se llevan a la cama juguetes duros en vez de usar suaves de peluche que suelen utilizar los niños en general. Frecuentemente comen sólo alimentos blandos, pueden utilizar la mano de otra persona para abrir puertas o mover objetos. Casi siempre mudos y sin control de esfínteres, no miran a las personas y para esto giran la cara. No se les puede evaluar con tests de inteligencia corrientes, parecen sordos o débiles mentales a pesar de dejar una sensación de buena inteligencia.

Tustin los dividió en dos tipos de encapsulamiento, que son global y por segmentos:

1) Global o con caparazón: Parecen metidos en un caparazón y ahí permanecen inactivos. Sus rasgos psicodinámicos son: después de la experiencia traumática de sensación corporal, el niño virtualmente no ha tenido ninguna sensación de separación corporal. Siente que está separado de este mundo por una barrera y encerrado en un caparazón. Se portan como si estuvieran fisionados con el exterior y viven en el mundo como parte de sí. Su consciencia del yo y no yo son sólo un momento fugaz cuando comienzan a responder al tratamiento. No distinguen entre lo animado y lo inanimado, sólo tienen consciencia bidimensional de sí mismos, por lo que no hay espacio interno para las relaciones de objeto, fantasías y pensamientos, son predominantemente asimbólicos aunque no completamente.

2) De segmentos: Se encapsulan segmentos de funcionamiento, las mismas percepciones del niño están segmentadas y quedan encapsuladas. Generalmente no son mudos aunque sí ecológicos y utilizan la inversión pronominal. Sus rasgos psicológicos son que dividen a los estímulos para que el impacto de todo el espectro quede minimizado.

B) Estados confusionales. También tienen la sensación traumática de pérdida corporal, utilizan la confusión y el enredo con objetos externos. El tratamiento es más difícil que con los encapsulados por el enredo patológico con el no sí mismo y porque fragmentos de sí mismo están confundidos. Hay un enredo niño-madre,

madre-padre –niño, por lo que los padres también necesitan tratamiento. Muchos de estos niños tienen movimientos corporales torpes y mal coordinados, aspecto atontado y confuso, especialmente los mayores a diferencia de los encapsulados, que tienen cuerpos bien formados y movimientos ágiles.

El tono muscular generalmente es una característica determinante, pues los confusionales son blandos y flácidos, mientras que los encapsulados tienen cuerpos musculosos aunque no llegue a ser una diferencia tan marcada.

En cuanto a la mirada, los encapsulados la apartan y los confusionales no, llegan a mirar a las personas, pero con ojos nublados y desenfocados.

Cuando se les toma en brazos, los confusionales se “amoldan” al cuerpo y los encapsulados permanecen tensos. Los primeros responden a la gente de manera indiscriminada y los segundos muestran excesiva timidez y retraimiento. Algunos confusionales son hiperactivos, en contraste con los encapsulados que son tranquilos y suaves. Ambos pueden ser referidos como retrasados, pero sólo a los encapsulados los refieren como sordos.

Las diferencias más profundas son: el encapsulado tiene un “caparazón” protector construido en términos de yo y no-yo, los confusionales tiene mayor conciencia del yo, no-yo y “tragan” al no –yo haciéndolo parte del yo, el encapsulado por segmentos en momentos tiene una aguda conciencia yo, no-yo y cree que tiene un poderoso control sobre el exterior, mientras que el confusional se siente confundido en cuanto al control.

En los confusionales, se encuentran caos y en los encapsulados potencial indiferenciado, esto es porque los confusionales intentaron crecer en las malas condiciones en que se encontraban y deterioraron hacia el caos, el encapsulado espera manteniendo latentes sus potencialidades para unas condiciones propicias, el segundo intenta progresar, llega a un punto muerto y se encapsula.

Casi todos los confusionales hablan, los encapsulados lo hacen raramente y si llegan a hacerlo son ecológicos y hacen inversión pronominal (hablan en la tercera persona del singular refiriéndose a sí mismos.)

El habla de los confusionales es entrecortada y difusa y hacen que el que escucha deje de atender al sentido de lo que dice.

El niño confusional esta al borde de darse cuenta de la tridimensionalidad, afuera y adentro, quieren hacer madrigueras en otros cuerpos y poner partes de sí mismo en dichos cuerpos, teniendo un sentido borroso del no-yo, el yo blando, es amenazado por el no-yo duro, al que intenta ablandar confundiendo con él, el encapsulado es absolutamente bidimensional, preocupado por superficies, texturas y formas, si se envuelve en algo, no es por estar dentro, sino por estar protegido, como un escudo, se siente fusionado con el no-yo duro para formar un caparazón que proteja su vulnerable blandura.

Los encapsulados presentan un cuadro del no-integración, mientras que los confucionales están a merced de la desintegración que tiende a empeorar a medida pasa el tiempo.

“En la vida cotidiana, las ilusiones de perfección deben dar paso a la aceptación de lo que es bastante bueno...el niño psicótico está entrampado en un mundo de todo o nada, del cual no puede escapar”. (Tustin,1987 op.cit.).

Es por esto, que su comportamiento llega a ser tan estereotipado, queriendo conservar el todo bueno y desechar el todo malo, y a la vez se dificulta su expresión, porque la pérdida que estos niños viven de su madre, es preverbal y preconceptual, está llena de sensaciones difícilmente expresables, pues lo que pierden son las sensaciones confortantes y esto se siente como la pérdida de un objeto sensorial que trata de sustituir con el uso patológico de objetos autistas y confusionales.

La comunicación de estos sucesos de pérdida por el nacimiento psicológico prematuro debe hacerse a través de metáforas y analogías.

“El tacto es el modo de aprehensión que implica que el sujeto se mantenga en una estrecha proximidad con los objetos. Por eso, objetos que sean tocados pueden parecer parte del cuerpo del sujeto, sin que traigan consigo la perturbadora sensación de algo separado. Ahora bien, una preocupación excesiva por la sensación táctil distrae la atención con las modalidades perceptivas de larga distancia, la visión y la audición.” (Tustin,1992 op.cit.).

Es por esto, que llegan a parecer ciegos y/o sordos, se estrellan contra las cosas como si en realidad no las vieran. La integración de sensaciones táctiles y visuales permiten la percepción tridimensional, que los niños autistas no tienen y esto hace que no tengan el espacio para la simbolización “bloqueando la posibilidad de experimentar una reunión estática tras un periodo de ausencia” por no concebir espacio entre dos objetos.

Tustin (1987), crea el concepto de objetos autistas, los cuales son utilizados obsesivamente de manera idiosincrásica y resultan perjudiciales para el desarrollo mental de quien tiene este padecimiento ya que esto agudiza su alejamiento con la realidad. Dichos objetos los usan fundamentalmente los autistas encapsulados.

El autismo y los objetos autistas, están dominados por las sensaciones, lo que hace que no exista una discriminación normal entre los objetos, así, al niño autista le da lo mismo por ejemplo, tener en la mano un coche u otro para sentirse protegido, no está especialmente identificado con los objetos transicionales, los cuales no son sustitutos mientras el objeto no esté presente como en el caso del objeto transicional, sino que el objeto autista es el objeto-madre en el niño.

El objetivo de su uso es apartar las amenazas corporales y de aniquilación total, pero en vez de ser una ayuda real, le impide realizar medios de protección más genuinos, ya que no distingue lo imaginario de lo real.

Una diferencia más que se podría ver en los objetos autistas y transicionales es que los primeros son la primera posesión yo del niño, mientras que los segundos son la primera posesión no-yo del niño, lo cual nos habla del autismo como una no-separación del yo con el medio que sirve únicamente para desviar la atención, evitando una conexión con distracciones excesivas que sólo ayudan a incrementar la separación con su medio en vez de integrarse a él.

Al percibirse distinto de la madre, el niño percibe los agujeros que hay en él, y en vez de verlos como medios de comunicación con el exterior, conexiones agradables, los siente como zonas donde pueden entrar cosas dolorosas, por esto utilizan a sus objetos autistas para taparlos con la esperanza de estar seguros al bloquear los canales de comunicación y esto en vez de ayudarlos los debilita más psíquica, emocional y socialmente, porque de este modo se van aislando de la realidad.

La manera en que los niños psicóticos creen que crecen es arrancando pedazos de los demás y poniéndolos en ellos mismos, por lo que temen que los otros niños les quiten sus pedazos para crecer también ellos y tienen el riesgo de devastarse, esto les hace tener sensaciones de fragmentación y en vez de sentir gratitud con el medio ambiente o madre que le provee el ambiente adecuado para desarrollarse, lo que siente hacia el medio es temor.

Las diferentes investigaciones permitieron distinguir por sus síntomas, las características propias del autismo infantil precoz, de la esquizofrenia infantil como veremos en el cuadro No. 3. (anexo)

BRUNO BETTELHEIM

Bettelheim fue profesor en la Universidad de Chicago en 1939, allí trató a niños psicóticos, con su terapia que consiste en hacer que el paciente recupere la estima propia que ha perdido.

Al igual que Tustin dice que "La ausencia de respuestas gratificadoras por parte de los que se ocupan de él, puede forzar al niño demasiado pronto, a contemplar el mundo como algo puramente frustrante, antes de haber tenido la posibilidad de obtener un convencimiento pleno de que el mundo es esencialmente bueno". (Bettelheim, 1967).

Ambos autores coinciden en su opinión en cuanto que el niño autista percibió una realidad que no puede soportar.

Para este autor, "El autismo infantil nace del convencimiento original de que uno no puede hacer absolutamente nada respecto a un mundo que ofrece ciertas satisfacciones, pero no las que uno desea y esto sólo de manera frustrante... el niño autista tuvo una vez una vaga imagen del mundo gratificador, se mueve hacia éste, no mediante la acción, sino a través de la fantasía. Y si actúa, no es para mejorar su suerte sino únicamente para alejar todo peligro suplementario". (Bettelheim,op.cit.).

Bettelheim (1967) explica que las defensas que utiliza el autista, en vez de ayudarlo a tener un yo fuerte y funcional, a pesar de que le sirven para disminuir un poco el dolor psíquico, con el tiempo van debilitando al yo y dejando al individuo cada vez más débil y menos funcional.

"La mayoría de los niños autistas no sólo han abandonado toda acción dirigida a un fin y a la comunicación de sentimientos, sino también la predicción". (Bettelheim,op. cit.). Pierden la capacidad de anticipación, lo que puede pasar por encerrarse como lo hacen en sí mismos, de tal forma que no se sienten capaces de modificar su entorno en alguna medida, no rien, no lloran, por lo que no sienten que puedan llamar la atención de la madre o cuidador si no se tiene la capacidad de hacer algo para proveerse de lo elemental como la sola presencia de la madre, se va perdiendo poco a poco la intención de buscarlo porque no se encuentra respuesta.

Los rituales que experimentan son sus intentos por predecir o impedir consecuencias nefastas, de esta forma intentan controlar el medio de manera parcial al hacer lo mismo cada vez en sus rituales. En este defenderse y debilitar sus sensaciones, reaccionan de forma débil ante los estímulos tanto internos como externos.

Bettelheim (1967) cita el caso de un niño autista para ilustrar esta falta de reacciones normales incluso ante el dolor.

"Este niño tenía el apéndice perforado y no se protegía, ni se doblaba ante las revisiones médicas, no reaccionaba ante éstas como la gente normal. Pese a esto dice "existe la posibilidad de que estos niños sean más sensibles al dolor que cualquier clase de niños normales y que por esto hayan construido unas defensas desusadamente fuertes contra él".

"El autismo infantil es un estado mental que se desarrolla como reacción al sentimiento de vivir en una situación extrema y totalmente sin esperanza." (Bettelheim,op.cit.). Dividiremos en dos esta patología para ser más claramente entendida:

VISTO DESDE FUERA

Desde este punto de vista, hay un desarreglo grave de la comunicación con los demás que se dan en este proceso lento. La comunicación empieza cuando el niño es amamantado, es desde ahí que el proceso de desarreglo comienza, con la incorrecta interpretación por parte del bebé, hacia el dolor, la incomodidad y la angustia que siente la madre en estas primeras veces que lo alimenta, o bien por la correcta interpretación que el niño hace de los sentimientos negativos de la madre. Esto hace que el bebé comience a separarse de ella y del mundo.

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

“La retirada debilita a un yo joven que emerge de la fase de indiferenciación y conduce a un desequilibrio psíquico aún mayor...el aparato mental, sólo se utiliza con un objeto único: Proteger simplemente la vida no haciendo nada respecto a la realidad exterior. Toda la energía disponible se concentra en la protección, y no quedando nada para la construcción de la personalidad. Detrás de todo ello está la convicción de que cualquier cosa que se sea o que se haga, producirá una respuesta desastrosa”. (Bettelheim, op. cit.).

VISTO DESDE DENTRO

El desarreglo de la comunicación es ocasionado por una angustia aplastante. Si la retirada no es temporal, puede quedar atrapado en un círculo vicioso en el que la angustia le conducirá a retirarse de la realidad, permanente y drásticamente.

El grado de angustia es el que hace que se deforme en mayor o menor medida la realidad. Si la angustia es insoportable, se pierde el contacto con la realidad.

“Para quien vive en un mundo tan sin razón, impredecible, lo mejor, la única protección, consiste en no hacer nada. Si cualquier acción nuestra nos acarrea desastres, la única seguridad posible es no actuar”. (Winnicott, 1975).

Este mundo sin razón es donde el pánico invade y paraliza, donde cualquier esfuerzo humano no es suficiente para conseguir hacer un cambio estable en el medio, pues todo lo que se consigue es algo tan agresivo y catastrófico, que es mejor no actuar. Cualquier estímulo, ya sea interno o externo, tiene como fin provocar una acción, es por eso que los autistas se insensibilizan de la forma que lo hacen ante los estímulos, sólo así pueden permanecer sin movilidad y sentirse seguros.

Bettelheim (1967), basa sus aportaciones en que los niños autistas sí establecen relaciones con las personas aunque no de manera positiva.

En un continuo de sentimientos, desde el más positivo hasta el más negativo, en el extremo negativo puede aparecer un apartamiento total que es el que parece existir en el autista.

Bettelheim (1967), observó que atrás del apartamiento aparente había un odio inmenso que no se ve con la conducta manifiesta del niño, y atrás de este, lo que había era un deseo ahogado, pero no abandonado del otro que no encuentra respuesta y le produce un gran dolor. Estos niños buscan una persona que nunca cambie porque otro cambio para ellos significa una pérdida y otra pérdida, la muerte.

Bettelheim (1967), afirma un desarrollo, aunque limitado, del sí mismo en el autista en forma muy desigual, pero que sí alcanza a ser defensivo ante nuevos daños.

DONALD WOODS WINNICOTT

Winnicott nace en Plymouth, condado de Devon (Inglaterra), en el seno de una familia protestante. En 1920 obtiene su Diploma de médico; en 1923 inicia su labor como psicoanalista con James Strachey. Ocupa dos cargos en hospitales: uno en el Queen's Hospital Children y el otro en el Paddington Green Children's Hospital, donde ejerció durante cuarenta años.

De 1956 a 1959 y de 1965 a 1968 es elegido presidente de la Sociedad Británica de Psicoanálisis. Muere en Londres el 25 de Enero de 1971.

A lo largo de su obra, Winnicott hace hincapié en la influencia del medio sobre el desarrollo psíquico del ser humano.

Para Winnicott, aproximadamente durante los seis primeros meses de vida, el niño se encuentra en un estado de dependencia total respecto del entorno, representado en esta época por la madre o un sustituto.

La base de la teoría de Winnicott, es el hecho de que el bebé desconoce su estado de dependencia, ya que considera al niño como una unidad indisoluble con la madre y el medio que lo rodea, dejando ver que el estudio de la función materna es inseparable del estudio del proceso psíquico de la infancia. Poco a poco el niño se va separando y diferenciando de la madre y obtiene así su self verdadero.

Según Winnicott, (1975). "el verdadero self es la persona que es yo y solamente yo; dicho en otros términos, es la persona que se construye fundamentalmente a partir del ejercicio de sus tendencias innatas". Al comienzo de la vida, el verdadero self no es mucho más que la suma de la vida sensoriomotriz, que se manifiesta a través de un gesto espontáneo, ese gesto espontáneo es el verdadero self en acción.

La integración del self se logra a medida que el niño aprende a dominar las pulsiones a través de que la madre se las regrese neutralizadas así aprende a ver un no- yo diferente de sí mismo y aceptable gracias a la neutralización y contención de la madre suficientemente buena.

Como se puede ver, las necesidades del lactante son indudablemente de orden corporal, pero también existen necesidades ligadas al desarrollo psíquico del yo. La adaptación de la madre a estas necesidades de su hijo, se concreta por el cumplimiento de tres funciones maternas:

- La presentación del objeto, el cual está representado por el pecho o biberón.
- El holding, que significa mantenimiento, es decir; la madre protege al bebé de los peligros físicos, tiene en consideración su sensibilidad cutánea, auditiva, visual, su sensibilidad ante una caída, su ignorancia respecto de la realidad exterior. El mantenimiento psíquico consiste, en sostener el yo del bebé en su desarrollo, es decir; ponerlo en contacto con una realidad exterior simplificada, repetitiva, de modo tal que el yo naciente se haga capaz de hallar los puntos de referencia simple y estables que se necesitan para llevar a buen término el trabajo de integración en el tiempo y en el espacio.
- El handling, esta tercera función de la madre se ejerce a través de la manipulación del bebé en la prestación de cuidados. La madre cambia al bebé, lo baña, lo arrulla, etc. El ejercicio de esta tercera función de la madre es necesario para el bienestar físico del niño, quien se experimenta poco a poco viviendo en su cuerpo y realizando así una unión entre su vida psíquica y este. Unión que Winnicott, denominaba personalización.

La capacidad de la madre de identificarse con su bebé es lo que permite cumplir con su función de maternaje y brindar al hijo la oportunidad de instaurar las relaciones objetales. La "buena madre" para Winnicott, "es la que cumple con su trabajo en forma tan satisfactoria, que el bebé puede vivir una experiencia de omnipotencia". (Winnicott, 1984).

Cuando las relaciones encuentran eco en una buena madre, la repetida experiencia de satisfacción de la necesidad de dar lugar a la vivencia de haberlo creado. En este momento, la fantasía y la realidad se fusionan, el infante se vuelve el creador del mundo, estando este bajo su control. Sin embargo considera que esta relación ideal totalmente satisfactoria no debe prolongarse todo el tiempo, ya que al no romperse la fusión con la madre, se provoca una castración en el niño porque no se le da la oportunidad a él de pedir la atención de la madre. También destaca el gusto de la madre por atender y satisfacer las necesidades del hijo.

Winnicott (1975), considera que "el desarrollo del niño se va dando cuando pasa de un estado total de dependencia respecto a su madre, a uno de independencia, en donde él niño se considera así mismo como un ser individual a través de tres

etapas que son: dependencia absoluta, dependencia relativa y hacia la independencia".

En la etapa de dependencia relativa, aparecen en muchos niños los objetos transicionales, que es cualquier juguete por el que, el niño siente una predilección especial con características como el olor, la textura, etc. Que en el caso de los niños autistas no se da, pues ellos prefieren en ocasiones juguetes duros, como trenes o coches que, además de ser duros, no guardan el olor de la madre, característicos de los clásicos objetos transicionales como ositos de felpa o cobijas.

MARGARET S. MAHLER

Mahler(1968), observó las reacciones de los niños pequeños ante la ausencia de la madre y basándose en ellas destacó tres fases evolutivas: la autística, la simbiótica y la fase de separación e individuación. Al término de estas fases, más o menos a los cuatro años de edad se conforma la identidad.

Según Mahler, los trastornos de esta evolución pueden volverse patológicos. Considera por ejemplo, que el origen de los trastornos fronterizos, radica en un desarrollo defectuoso de la fase de separación e individuación.

Mahler (1968) nota que hay niños que no pueden ser analizados por el método analítico clásico, gradualmente se da cuenta que el autismo es una defensa psicótica contra la falta de la necesidad básica de una simbiosis con su madre o sustituto que se da en el primer año de vida. Esto, aunado a la falta del niño de una "esperanza normal" de rescate o de gratificación, de hambre de afecto de su madre, es para Mahler la principal característica del autismo infantil temprano.

Al igual que Tustin, Mahler (1968) dice: "Fue la separación emocional de la simbiosis con la madre lo que activó como disparo inmediato para desconectarse psicóticamente de la realidad". (Mahler, 1968). Es decir, el bebé no soporta la realidad de estar solo por esa realidad de desconexión, el niño recién nacido y mientras esté pequeño, debe ser cuidado física y emocionalmente para que, a través de esta dependencia, se estructure el individuo ya separado de su madre. Lo sano es entonces, que exista primero una dependencia y la individuación de las personas.

La estructuración se da por medio de las fallas que tiene la madre, las que Bettelheim consideraba necesarias para el desarrollo del individuo, Mahler lo menciona como "Las secuencias de gratificación-frustración que promueven la estructuración". (Mahler, op. cit.). Es importante también no dejar que el bebé permanezca en tensión por mucho tiempo pues con algunas fallas del compañero simbiótico (madre), el niño tendrá que desarrollar recursos prematuramente, como lo dicen los autores ya revisados, es para el bebé muy fuerte el golpe de darse cuenta tan tempranamente de la separación de su madre.

“En la psicosis infantil, la relación simbiótica, o es distorsionada muy gravemente o falta... por lo tanto el trastorno central en la psicosis es un defecto en la utilización intrapsíquica del niño, de la compañía materna durante la fase simbiótica y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno, para su polarización”. (Mahler, op. cit.). Es decir, el niño se encuentra incapacitado para percibir y utilizar a la madre, para conservar el equilibrio interno para la vida, en otras palabras, no tiene la capacidad de utilizar a la madre para neutralizar las pulsiones.

“El rasgo sobresaliente en la psicosis infantil, es que en la individuación no se alcanza un sentido de identidad individual”. (Mahler, op. cit.). Esto es, que para formarse la identidad, los estímulos no deben de ser tan fuertes como para prevenir la formación de la estructura y porque sin un organizador interno, el compañero simbiótico debe ayudar a distinguir lo interno y lo externo dando límites y percepción sensorial lo que se puede hacer, como menciona Dolto, verbalizando al niño, lo que está sintiendo, así como lo que esta pasando en su mundo interno y externo.

Las experiencias repetidas de una fuente externa buena y satisfactoria de las necesidades del bebé y que lo alivian de la tensión interna son, lo que ayuda al pequeño a discriminar el ser y el no ser (yo y no-yo) “la anamnesia de los niños con una psicosis primariamente simbiótica o predominantemente autista no indicaba que una separación de la madre, de una duración significativa, había ocurrido realmente”. (Mahler, op. cit.).

Los niños psicóticos no pueden usar normalmente a su madre, a pesar de que esté o no presente, por lo que tienen distintas formas de mantener su vida. Sus mecanismos principales son esencialmente autísticos y simbióticos (inanimación, indiferenciación, desvitalización y fusión) a los que Mahler llama “mecanismos de mantenimiento”.

Los mecanismos de deshumanización y reanimación sirven al yo para intentar adaptarse cuando fracasa su capacidad integrativa perceptual, entonces el yo se ha convertido en la víctima pasiva de los impulsos destructivos no mitigados. Nuevamente se ven los conflictos psicóticos cuando él ya no tiene la madurez necesaria para integrar las pulsiones que se presentan en el desarrollo.

La negación psicótica alucinatoria y negativa provoca que las percepciones internas, que están saturadas de agresión, se hagan poderosas.

Con el fin de enfrentarse a estos estímulos, como los percibe, llenos de agresión, el yo psicótico trató de diferenciarlos inanimándolos.

“Puesto que el niño psicótico, al igual que el normal, ve el mundo en su propia imagen, en la realidad del niño psicótico todos los objetos adquieren la misma cualidad de máquina preter humana que tiene su propia imagen corporal. En caso

de un autismo primario, la angustia organística de dicha magnitud afecta al organismo en una etapa tan temprana de madurez, que realmente destruye la percepción de la madre como funcionando en su favor". (Mahler, op. cit.).

"Los diferentes tipos de psicosis en los niños, pueden ser atendidos como distorsiones psicopatológicas de las fases normales del desarrollo del yo y de sus funciones dentro de una relación primaria madre-hijo". (Mahler, op. cit.).

Con esto señala la autora, que no es normal el pasar de ese modo por las etapas de desarrollo, que no es cierto que los niños autistas se han quedado fijados en la etapa del autismo normal que propone en su teoría, sino, que es un desarrollo patológico en esas etapas.

"El ser del niño, aún el ser corporal, parece no ser distinguido de los objetos inanimados del medio. Parece haber una falta innata primaria, o una pérdida de esa diferenciación primordial entre la materia viva e inerte... podría discutirse si esa conducta alucinatoria negativa es una defensa adquirida, específica y activa en contra de la madre". (Mahler, op. cit.).

Mahler no se opone a la etiología del autismo, a pesar de que no descarta ninguna de las hipótesis ya existentes, señala sin embargo, que el autismo tiene, al parecer, una falta de discriminación de lo vivo con lo no vivo.

"En su conducta, el niño primariamente autista difiere del orgánico, así como del niño psicótico predominantemente simbiótico, por su satisfacción aparentemente autosuficiente únicamente si lo dejan solo". (Mahler, op. cit.).

Es decir, en esta confusión de no distinguir lo vivo de lo inorgánico, aparenta no necesitar de las personas que están a su alrededor viviendo en ese mundo creado por la necesidad de sentir la omnipotencia que todo bebé normal siente, al ser uno con la madre, pero es solo aparente por la temprana conciencia de separación de su objeto simbiótico, que es lo que no pudo soportar y de lo que se defiende.

"Pareciera que el autismo es una actitud defensiva básica de aquellos niños que no pueden utilizar el faro de orientación emocional, (el objeto amoroso primario viviente, la madre) para los cuales funcionalmente ella no existe como tal". (Ledoux, 1990).

Completando la idea, al vivirla separada de ellos, son incapaces de utilizarla como faro de orientación emocional, por lo que se ven desprovistos de ligas emocionales y no pueden afrontar los complejos estímulos externos e internos que tienen que codificar. Esto provoca que hagan una barrera al mundo tanto interno como externo y alucinen las percepciones sensoriales.

FRANCOISE DOLTO

Psiquiatra y Psicoanalista francesa dedicada al psicoanálisis de niños, publicó "Psicoanálisis y Pediatría" (1939), obra que expone los aportes teóricos del psicoanálisis y su importancia en la terapéutica infantil. En 1971 explicó su técnica psicoanalítica en "El caso Dominique".

Realizó también una tarea de divulgación (artículos periodísticos, emisiones radiofónicas) y de extensión del psicoanálisis. (Ledoux, op. cit.).

Para Dolto existen diversos tipos de autismo, en donde el destete ocupa un lugar importante por la fragilidad que presenta en cuanto al desencadenamiento del autismo por la separación entre el niño y la madre. Asocia al autismo con un extravío horroroso, pérdida de amarras, de deseo, de relación, de referencias sensoriales etc.

Al igual que Tustin y Bettelheim, para Dolto la causa del autismo es la sensación de ruptura con la madre antes de tener la madurez para poder soportar la separación.

Tomando como punto de partida los autismos sugeridos por Dolto se puede inferir que la dependencia del niño hacia su madre y la necesidad de sentirse reflejado con el cariño de esta y su mirada, es la base del desarrollo afectivo de un niño, por lo que la separación brusca o traumática de la madre es un factor importante para propiciar que se presente un cuadro patológico que desencadene el autismo, sin embargo, no solo la separación de la madre ocasiona la presencia de este cuadro.

"La depresión de su madre es para el recién nacido un fantástico llamado, que lo mueve a devolverle su propia vida, para más adelante sentirse en el derecho de abandonarla e irse. Estos lactantes sintieron que sus madres les reprochaban por haberles dado la vida así, pues, se sintieron culpables de haber tomado la vida de sus madres". (Ledoux, op.cit.).

Como lo plasma Ledoux, la empatía con la madre de un recién nacido lo hace tener sentimientos que no puede identificar, para hacerlo, necesita del espejo de esta, que le enseñe a diferenciar las distintas reacciones fisiológicas y emocionales, de manera que el bebé aprenda a nombrarlas de diversas maneras y al nombrarlas, pueda diferenciarlas, sin embargo, pueden sentir la angustia de la madre de una manera desorganizada y desorganizante y este sentimiento le ocasiona culpa, por creer que es él, el causante de esto, sin tener la ocasión de darse cuenta que son dos seres distintos, por ello intenta abandonar su vida para reparar la culpa que siente, tratando de que al ofrecer su vida, se pueda restaurar la de su madre, poniéndose en lo que el bebé considera que es el deseo de la madre : su muerte.

Sin embargo no solo la depresión o angustia de la madre pueden afectarlo. El autista entabla conversación con todo el mundo de las cosas, no de los seres humanos. De este mundo, un ruido del exterior le parece respuesta a un sentimiento actual, lo que hace imposible al niño codificar los mensajes por lo que "El autismo sería una enfermedad simbólica de la relación con el ambiente, por obra de una no-respuesta, de un malentendido". (Pérez de Plá, 1991).

Esto es, el niño trata de dar sentido a las sensaciones que tiene, y al no tener el lenguaje de la madre que lo estructure, trata de hacerlo por medio de lo que escucha del medio ambiente, ya sea el ruido de la secadora, coches en la calle niños jugando... etc.

"El niño va conociendo el mundo, porque es capaz de libidinizarlo. De aquí parte la posibilidad de ir construyendo símbolos. Si este proceso no se da, como ocurre en un niño autista, el mundo permanece desconocido, porque no tiene un sentido, no es aprehensible, no se vive como una experiencia". (Ledoux, 1994). Es decir, que el niño requiere de alguien que le traduzca lo que está sintiendo física y emocionalmente, esto idealmente lo hace la madre, al hablarle en una relación cercana, cuando dice por ejemplo al cambiar el pañal "estás mojado bebé" o lo tranquiliza después de alguna comida levantándolo en brazos para sacarle el aire diciendo "tiene cólico mi hijo"... el niño autista no tiene esta traducción, por lo que vive sus sensaciones aterradoras.

La pobre o nula codificación de los estímulos externos imposibilita al niño a la debida comprensión de su entorno, "Lo que el autismo signa es la descohesión del sujeto y el cuerpo, la desolidarización de la vida psíquica y el esquema corporal, la disociación de la imagen del cuerpo y el sujeto. El sujeto no asume, por intermedio de la imagen del cuerpo, el esquema corporal. Este vive solo". (Delgado Tijeiro C; 1994).

Al no poder integrar los estímulos externos y darse cuenta de sus propias necesidades por la falta de una persona que le codifique estos mensajes y los haga entendibles para el niño, ocasiona que no se integre como sujeto, por lo que estará disociado psíquica (lo que cree estar sintiendo por el estímulo) y corporalmente (no entenderá sus necesidades físicas ni verá como suyos sus propios órganos) por lo que no tendrá una imagen de él como sujeto, cada parte de su ser lo sentirá como independiente y no logrará asumirlo como suyo. Es decir, que se sentirá fragmentado por no poderse integrar a partir de un otro ya sea la madre o un sustituto materno.

"Cuando no se cumple la función integradora del estudio del espejo, la imagen del cuerpo fragmentado, que normalmente permanecería en los sueños y algunas manifestaciones de creación, puede irrumpir como psicosis o en otras manifestaciones de la anatomía fantasmiosa". (Mannoni M; 1994). Es aquí donde el niño al no lograr su cohesión como persona, puede desencadenar un cuadro de psicosis, considerando que para algunos autores el autismo es en sí una psicosis.

MAUD MANNONI

Psicoanalista francesa de origen neerlandés. Formada en las enseñanzas de F. Dolto y de J. Lacan, ha expuesto en diversas obras una postura crítica frente al enfoque tradicional de la enfermedad infantil, así como a la condición otorgada por la sociedad a la locura. Fue miembro de la escuela freudiana de París.

Mannoni (1994), señala que: "Uno de los efectos del trauma inflingido a la víctima del genocidio, es su dificultad para establecer, en lo sucesivo, una comunicación con los demás: ha perdido la esperanza de ser oído alguna vez".

Bettelheim (1967), asemeja a los sobrevivientes del holocausto con los niños autistas, diciendo que algo tan drástico debieron haber sufrido para cerrarse al mundo, para perder la esperanza de ser oído, como lo dice Mannoni.

Se podría decir, que esto viene siendo como una muerte en vida, en donde no existe el contacto con el afuera, al no existir éste, es difícil que el adulto tenga acceso al niño, ya sea solos o en grupo, lo que imposibilita la interacción y se crean centros tipo guarderías, al no haber el tratamiento adecuado, lo que se hace es institucionalizar la locura.

"Cuando las cosas se inmovilizan a nivel del intercambio, cuando ni el niño, ni el adulto, pueden tomar la palabra, se instala la muerte de la comunicación y ello abre la puerta a la mencionada institucionalización de la locura". (Mannoni, 1992).

El autista está separado del mundo real, alejado de sus sensaciones, no obstante no todo se queda en él mismo, por la necesidad de los humanos de tener contacto con el exterior se intenta comunicar, sin embargo, este deseo humano de comunicarse está pervertido.

Al utilizar el pronombre yo, se compromete con el mundo pues significa "yo estoy en el mundo", que es justamente lo que están evitando, evita el aceptar que tiene necesidades de otros y por esto no habla.

A los que hablan, "los salva" de alguna manera el tener voz, aunque los haga parecer más locos. Esto es por tener contacto con el afuera a través de la palabra.

"Es que en la alucinación hay por lo menos un vínculo de deseo por el otro, una tentativa de reacción imaginaria del otro, para sentirse menos abandonado". (Mannoni, 1994).

No sólo el contacto con el exterior, también tiene una necesidad de sentirse acompañado y el niño al no sentir que contiene al otro, siente que se fue con una parte de él, sustituyendo al objeto perdido por una parte de su cuerpo o por sensaciones viscerales para que se fragmente y "consigue" no sentirse solo. Se encierra en un universo de presencias alucinadas y con esto se aparta de cualquier encuentro real. (Dolto, 1990).

Esto hace que el niño autista no consiga relacionarse con otros, su sentimiento de soledad y angustia lo conducen a producir alucinaciones y sus sensaciones sobre funciones fisiológicas las utilizan para darse alguna carga emocional y con ello logra una compañía que les evite la angustia de la soledad, al evitar esta angustia con la interpretación errónea de sus sensaciones viscerales, cree no necesitar más estímulo por lo que no deseará la compañía de otra persona, además que le es doloroso el contacto con el afuera, que lo ha lastimado tanto y se creará con ello un mundo aparte, su mundo "controlado de estímulos".

"El síntoma (el no hablar) es una estrategia de defensa muda, mediante la cual el sujeto se protege del lenguaje todopoderoso de los otros". (Oroz Ibarra j; 1991).

Por esto a los niños autistas "les sirve", el dejar de hablar para alejarse del mundo real y vivir en el propio, lejos de los objetos que los dañan. Les sirve en el sentido que es una defensa, como los objetos autistas que menciona Tustin, pero al igual que éstos, en vez de ayudar a su desarrollo, lo limitan pues al no permitirse ser un "yo", por mencionar el pronombre, para no expresar así sus deseos y/o necesidades, ni utilizar el "sí", se somete a lo que cree que es el deseo de los padres: no existir.

En el intento del niño de observar a otro ideal, este deja de hablar, "no hablar implica entonces preservar una imagen idealizada del padre que linda con lo mítico, lo que en otros términos podría decirse, como mantener al otro sin tachaduras, si fuera posible que existiera otro así". (Dolto, 1982).

Los autistas no están desprovistos de inteligencia, tampoco padecen de formas de comunicación con su propio mundo.

"Los autistas tienen una comunicación extraordinariamente rica, y plena de sentido, lo que nosotros no observamos. Su espíritu creativo está constantemente en acción, pero no pasa jamás a la etapa de la realización creadora para otro, son visionarios, pintores, poetas, sin medios de comunicar ese mundo de sensaciones y de sentimientos, que los estremece de gozo y de dolor". (Champion Castro G.A; 1994).

Sus propias sensaciones no están accesibles al resto de las personas "El niño autista sonrío, sí, pero a nadie en especial, ya que su mirada siempre se encuentra perdida". (Mannoni, op. cit.).

Un autista puede sentir angustia o placer, no por los estímulos que normalmente nos parecen angustiantes o placenteros a los demás, sino por la simbolización del estímulo que él mismo determinó, por ello puede demostrar sentimientos y los demás no pueden ver a simple vista a que estímulo reacciona.

Tal parece que quisiera enseñar solamente a quien sea capaz de entender que no son débiles mentales, por ello hacen cosas como memorizar listas sin sentido, (para la gente), en un intento por ser reconocidos como los seres humanos que son, y que comprenden el lenguaje pues no repiten cosas que los involucren emocionalmente, sino cosas que los mantengan alejados.

“El niño autista se hace presente en el mundo mediante un lenguaje sin palabras en cuanto puede superar sus temores sobre su propio cuerpo, que se le aparecía hasta entonces como un cuerpo ajeno que no le pertenecía”. (Mannoni, 1994).

Esto es, que el niño autista se percibe como ajeno a su cuerpo y para empezar la cura tiene que comenzar a habitar ese cuerpo y así empezar a vivirlo como propio. Para hacerlo, requiere de otro que lo devuelva a ser él mismo en realidad y que se viva como un sujeto del deseo de otro, para que tenga la libido necesaria para libidinizarse a sí mismo y a lo que lo rodea y comenzar a conocer el afuera.

Se presenta una tabla de las descripciones clásicas del autismo, hechas por los autores aquí mencionados:

TABLA III.

1. Tustin F. Sus descripciones se fundan esencialmente en un síntoma que por lo general existe en el neonato, la ausencia de una "nutrición" correcta o "incapacidad de poder utilizarla", el niño permanece o regresa a un estadio en el que está dominado por sus sensaciones. La técnica que utilizó fue la interpretación de los dibujos y modelados.
Dividió el autismo en: -Autismo primario normal,
-Autismo primario anormal,
-Autismo secundario en caparazón,
-Autismo secundario regresivo.
2. Bettelheim B. Describe que el niño autista percibió una realidad que no pudo soportar. Lo dividió en dos puntos de vista: Visto desde fuera, es decir, la retirada que el niño sufre y por último visto desde dentro que se refiere a la falta de comunicación del autista.
3. Winnicott D. Su teoría se basa en la influencia del medio sobre el desarrollo psíquico del ser humano. Considera al niño como una unidad indisoluble con la madre y el medio que lo rodea. Describe tres funciones maternas:
La representación del objeto (pecho o biberón).
El holding, significa mantenimiento.
El handling, manipulación del bebé en la representación de los cuidados.
Utilizó una técnica para la habilitación de la fantasía y el juego (como forma de comunicación).

4. Mahler M. Describe al autismo infantil patológico y sobre todo a las psicosis simbióticas. Utilizó como técnica la interpretación dinámica (el juego).
5. Dolto F. Asocia al autismo con un extravío horroroso, pérdida de amarras, de relación, de preferencias sensoriales, etc. También aplicó: la interpretación dinámica.
6. Mannoni M. Piensa que el autismo aparece como eco al discurso de los padres cuya palabra aprisiona al niño. Y su técnica utilizada fue la interpretación del lenguaje corporal.

Finalmente y después de lo tratado en este capítulo podemos tener la certeza de que los teóricos aquí expuestos sentaron las bases para las investigaciones ulteriores que otros estudiosos del padecimiento autista han llevado a cabo.

Por lo demás, sobra decir que al ser su corriente el psicoanálisis y su técnica la psicoterapia psicoanalítica es innegable que sus aportaciones han sido, precisamente el haber logrado una mejoría en los pacientes mediante esta técnica, la cual se ha reflejado en su integración social.

Ante la deuda que tenemos contraída quienes nos hemos apoyado en sus investigaciones (incluido este trabajo de tesis documental), considero que no sólo fue útil sino necesario el haberles dedicado todo un capítulo a su revisión.

A N E X O

**CUADRO No.3 COMPARATIVO
AUTISMO INFANTIL PRECOZ Y ESQUIZOFRENIA INFANTIL:
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES.**

Autismo infantil precoz	Esquizofrenia infantil
El retraimiento data de la temprana Infancia	Síntomas graves suceden a un período de Normalidad.
Puede tener una historia temprana de Gritos y rabietas.	2. El niño preesquizofrénico es el "más fácil de cuidar, el que más rápidamente puede ser entrenado, el más limpio, en una palabra, casi un bebé perfecto". (Rimland, 1965, pág. 69, cita de muchos otros autores).
Salud excepcionalmente buena desde el nacimiento. Signo de progreso cuando comienzan a tener las infecciones y enfermedades comunes de la infancia.	3. Mala salud desde el nacimiento; son muy comunes las dificultades respiratorias, circulatorias, metabólicas y digestivas.
Cuerpos tiesos y con escasa capacidad de respuesta. No se adaptan para ser tenidos en brazos.	4. Cuando se los tiene en brazos se "amoldan" como "plástico o arcilla". Se "aferran en el vacío" y hunden la cabeza en el cuerpo de la gente.
Evitan toda forma de contacto con Otras personas.	5. "Contacto patológicamente invasor" (Bender).
6. Desvían los ojos y no miran de frente.	Ojos fuera de foco. Parecen mirar a través de la gente, más que a ella.
7. Inhibición del pensamiento	Confusión del pensamiento.
8. Virtualmente no se da el juego de la fantasía.	8. Juego de la fantasía frecuente, primitivo y confuso.
Puede permanecer mudo o dar signos de ecolálía. Ausencia de las palabras "sí" y "yo". Afirmación por medio de la repetición.	Arrastra las palabras, lenguaje confuso o monótono, tedioso.
Movimientos del cuerpo ágiles y gráciles; movimientos diestros con los dedos.	10. Movimientos sueltos, faltos de coordinación y a menudo torpes.
11. Hacen rotar los objetos con destreza.	Torpes para hacer rotar los objetos.
12. Toque ligero como una pluma en la manipulación de objetos.	12. Manipulación de objetos torpe, movimientos bruscos de los dedos.

Continuación del cuadro No. 3 Comparativo

Puede faltarle sensibilidad en dedos de la mano y del pie.	13. Falta de sensación común en las extremidades.
"El niño autista se muestra... <i>falto</i> de orientación, desapegado, parece desinteresarse por todo lo que lo rodea, y más ajeno y olvidado del ambiente que en contacto con él" (Rimland, 1965, pág.74). (Bastardillas de Tustin.)	14. "...el niño esquizofrénico parece <i>desorientado</i> , confuso y lleno de ansiedad, y a menudo se muestra profundamente preocupado por su relación con el ambiente. Se da cuenta que está confuso". (Rimland, 1965, pág. 74). (Bastardillas de Tustin.)
Potencial de inteligencia bueno o elevado.	15. Potencial de inteligencia variable.
16. Capacidad notoria para el reconocimiento de figuras y formas.	Capacidad variable para el reconocimiento de figuras y formas.
17. Organos de los sentidos hipersensibles.	-----
18. Por lo general, provienen de familias de nivel cultural y educacional elevado.	18. Ambiente familiar mucho más variado.
19. Casos infrecuentes de trastorno mental en las familias.	19. Gran frecuencia de trastornos mentales graves.
Ninguna conciencia de separación física, salvo por breves momentos.	20. Conciencia constante aunque borrosa de la separación física. Sentimientos de confusión.
21. Casi invariablemente fascinados por los objetos mecánicos. Perseveran en el uso de objetos autistas.	No se muestran invariablemente fascinados por los objetos mecánicos. Pueden utilizar un objeto <i>transicional</i> y mostrarse indebidamente apegados a él mucho después de la edad en que normalmente se hace abandono de ellos.
Un objeto causante de terror puede ser dividido en partes separadas y ser integrado por un niño a quien le parece más fácil de manejar porque cree que él mismo lo ha hecho.	22. Estos niños sufren una escisión excesiva y dispersión de sus partes, que se confunden con las de otras personas, con el fin de evitar la toma de conciencia de la separación física.
23. Niños que optan por apartarse del mundo.	Niños confusos.
24. Desarrollo detenido.	24. Regresión del desarrollo.
25. Desde el punto de vista del niño, la madre parece <i>cerrarse</i> como resultado de: a) El retraimiento del propio niño con respecto a ella. b) La madre, por naturaleza, se muestra retraída. c) La madre se muestra deprimida o preocupada.	25. Desde el punto de vista del niño, la madre parece <i>abrirse demasiado</i> como resultado de: a) La tendencia invasora excesiva del niño. b) La madre se muestra confusa y "hecha un lío". c) La madre adopta una actitud seductora y excesivamente indulgente con respecto al niño.

<p>Funcionan sobre la base de una dicotomía entre el "sí mismo" prematuramente integrado y el objeto externo. El "sí mismo" es "yo"; el mundo externo causante de terror, el "no-yo". El "no-yo" se borra, por lo cual no hay Conciencia del "sí mismo".</p>	<p>Funcionan sobre la base de una escisión Minuciosa (fragmentación).</p>
<p>Los procesos de envoltura por expulsión o inclusión han persistido y resultan excesivos para afrontar la experiencia traumática de la separación. Asociado con el "desborde" al que en un trabajo poco conocido de Herman (1929) se describe como antecedente de la proyección.</p>	<p>27. Los procesos de identificación proyectiva descritos por Klein se tornan excesivos para evitar la conciencia de la separación física. El doctor Herbert Rosenfeld lo describe en una obra <i>Estados psicóticos</i> (1964, págs. 170-171).</p>
<p>Estos niños se encuentran "envueltos en sí mismos", vale decir que tienen la ilusión de estar envueltos en su propia sustancia corporal y en otras personas percibidas como continuación de su cuerpo.</p>	<p>28. Madre e hijo se encuentran "envueltos el uno en el otro". Posteriormente, esos niños se pierden en la multitud, tornándose incierta su identidad. Se convierte en las denominadas personalidades inadecuadas.</p>

CAPÍTULO
III

"EL VÍNCULO MATERNO INFANTIL EN EL AUTISMO"

EL MEJOR ESTIMULANTE DEL CEREBRO DE UN NIÑO ES, SU MADRE.

PIERRE - P GRASSÉ.

Winnicott (1975), considera al niño como una unidad indisoluble con su madre y el medio que lo rodea, por lo que es inseparable el estudio de la madre al estudiar el proceso psíquico en la infancia, y por esto la importancia de incluir este capítulo en el presente trabajo.

Bettelheim (1967), menciona la importancia de la lactancia y cómo influye esto en el vínculo madre-hijo, pues en ocasiones, por no acomodar bien al bebé y que su labio superior o el pecho de la madre obstruya la entrada del aire por la nariz, hace que después de dos o tres intentos iguales, el niño rechace el pecho por la sensación de asfixia, rechazo que la madre no puede soportar y no se da lo que Tustin (1987), menciona respecto al sonido rítmico de la respiración del bebé mientras toma la leche en brazos de su madre.

La lactancia es importante porque se dan descargas físicas y emocionales tanto de la madre como del bebé, ya que en uno se satisface el hambre y el deseo de comer, mientras que en la otra lo que se satisface es la tensión en los senos y el deseo de aliviar el dolor que se llega a sentir, con esto se forman las bases de posteriores y más generales sentimientos de afecto del pequeño.

Tal parece que se espera demasiado de una madre, sin embargo, las fallas son indispensables en el desarrollo para la adaptación a la realidad.

"Las madres son seres humanos variables y falibles. Si no lo fuesen, sus criaturas tendrían pocas posibilidades de probar sus capacidades adaptativas frente a la realidad, y su comportamiento no estimularía jamás su desarrollo". (Bettelheim, 1967).

Siguiendo esta línea, el autor no está de acuerdo con la idea generalizada de que el niño debe recibir pasivamente su entorno, cuando en realidad él debe activamente adaptarse a la madre y al medio ambiente en general, para poder desarrollar sus potencialidades y no vivirse a sí mismo como un objeto de la madre o una extensión de ésta, teniendo que comportarse como ella quiera, o hacer lo que ella diga, es necesario para el bebé ir desarrollando su propia identidad, siendo el objeto del deseo del otro y no únicamente una prolongación narcisista de la madre.

"Si la madre vive el parto como una amputación y se convierte en una no-persona, no puede sostener a su hijo cuando él siente que pierde al pezón, no siendo parte

de su boca, la amputación que vive el bebé se parece tanto a la que ella ha vivenciado que no podrá sostenerlo". (Favre de Rivero T; 1994).

Sintiéndose así, no se puede diferenciar la madre del hijo y lo vivirá como una prolongación de su ser, sin darle al niño la oportunidad de crecer y reflejarle que es una persona distinta y completa sin ella, pues ella misma no se siente completa sin su hijo, de esta forma se puede ver que en ocasiones, las madres de los niños más perturbados, a su vez tienen trastornos iguales de severos que sus hijos, es por esto, que pueden llegar a enfermarlos al no darles la opción de vivir como seres diferenciados de ellas.

Hay mamás de niños autistas como en el caso de Clara y su hijo Oscuro citado por Tustin en Aizpuru (1996) que viven su embarazo como una pesadilla y desean que llegue al término, lo que puede provocar fuertes depresiones post-parto como en este caso, y el olvido del desarrollo del niño, además de que con este no deseo, no se le da al bebé la entrada a su imaginario, ni cuerpo, ni nombre y rostro.

"Durante el embarazo, la futura madre va construyendo el cuerpo imaginario del hijo, en función de todo el aparato simbólico que le precede, cuerpo con nombre y rostro, que según dice Aulagnier protegerá a la madre de vivir el parto como un duelo. En algunas madres de niños psicóticos que a su vez lo son, esto no sucede y el embarazo transcurre en el vacío de sensaciones o en la vivencia del feto como un cuerpo extraño, mutante en monstruo en cualquier momento". (Delgado T; 1994).

Este sentimiento lo transfiere al niño y una vez nacido, vive en el niño el mismo sentimiento cuando está con él, esta vivencia del bebé como monstruo le crea un sentimiento de ser rechazado y la madre a su vez, al vivirlo de esta forma, no lo mira.

"En el desarrollo emocional individual, el precursor del espejo es el rostro de la madre... si éste no responde, un espejo será entonces algo que se mira, no algo dentro de lo cual se mira". (Winnicott, 1984.).

El sentimiento de rechazo e indiferencia, el aislamiento y la ausencia de cariño conlleva a un abandono del niño lo cual es percibido por él.

"Creo que la causa inicial de la retirada, es más bien la correcta interpretación del niño, de las emociones negativas que le procuran las figuras más significativas de su medio". (Bettelheim, 1967).

Esto es, que a pesar de no buscar una madre perfecta, pues limitaría el desarrollo adaptativo del niño, es muy importante una madre suficientemente buena que sea capaz de proporcionarle a su hijo un ambiente favorable para que se viva como potencialmente modificador del medio y tenga dentro la energía suficiente, que lo lleve al desarrollo.

A continuación resumo el caso antes citado por Aizpuru (1996) por ser ilustrativo del tema: Clara y su esposo llegaron a consulta por problemas que parecían ser de pareja pues ella quería vivir en un país desarrollado y él no consiguió adaptarse. Estando en otro país, decidieron tener un hijo, Oscuro del cual la madre reporta haber vivido el embarazo como una pesadilla con el temor de que el producto muriera antes de nacer. Después de nacido él bebé, el esposo ya no toleraba la situación y decidió regresar a México y ver a su familia únicamente los fines de semana.

En la terapia de pareja a la que asistieron, Clara tomó conciencia de muchas cosas que no marchaban bien en su relación de pareja, debido a situaciones personales más que por la relación en sí. Durante la terapia, Clara pidió a Aizpuru que tratará a su hijo el cual entró con un grupo de niños en el verano, en donde la terapeuta pudo observar los problemas que le aquejaban y aplicó en él una terapia con el enfoque de Mannoni.

“Sin la intervención de una figura materna que ayude en la reducción de la tensión, el infante tiende, en ese tiempo, a sentirse abrumado por los estímulos, con un aumento de llanto y otras manifestaciones motoras del efecto negativo indiferenciado”. (Mahler, 1968).

En otras palabras: sin una madre “suficientemente buena” como se mencionaba, que sea capaz de neutralizar las pulsiones y reflejarle al niño lo que ésta sintiendo, no se puede dar un buen desarrollo.

Mahler (1968), coincide en la necesidad de que el niño requiere de una madre que neutralice las pulsiones y afectos negativos, que por lo demás es natural a todo niño. Cabe mencionar que en el caso de Clara y Oscuro, las personas que trabajaban en casa de la familia debían ayudar a la madre a saber por ejemplo, cuándo no llevar al niño a clases de natación porque tenía fiebre, es decir, que Clara no era capaz siquiera de neutralizar su propia agresión, mucho menos la de su hijo.

En los autistas “A menudo la persona que se ocupa de ellos fue también abandonada en su más tierna edad, y así transmitió el estado de abandono a ese bebé que le recordaba su infancia...No se vuelve autista un niño que siempre ha tenido, hora a hora y día a día, relaciones lingüísticas con el adulto que se ocupaba de él”. (Ledoux, 1990).

Como es el caso de Clara, madre de Oscuro, en que esta se da cuenta de que el niño no la mira, por lo que ella, a su vez, es incapaz de mirar a Oscuro, ya que su hijo es autista.

Es muy importante en la relación materna, que se establezca una comunicación tanto verbal como visual con el niño, ya que esta relación le regresa a este una visión de él como sujeto y le facilita la identificación de los estímulos externos para su codificación.

“En el inicio de la vida de un ser humano, es imposible que éste pueda interpretar sus sensaciones e impulsos, por lo cual la madre, en un cercano y conectado cuidado amoroso, los va interpretando por él y les va dando un sentido con su respuesta eficaz. Así, el pequeño, paulatinamente logra la significación de sus propias sensaciones y necesidades, que lo llevarán a un conocimiento y diferenciación de sí mismo y de su entorno y a la vivencia posterior de un cuerpo integrado”. (Cantú R. L; 1994).

A su manera, Mahler apoya esta idea diciendo que: “La fijación o regresión a un tipo arcaico de indiferenciación perceptual, parece explicar el trastorno particular del autismo, en el cual el síntoma más conspicuo es que la madre, como representante del mundo externo, parece no ser percibida por el niño”. (Mahler, op. cit.).

Esto es para la autora un desarrollo anormal, ya que no debería haber regresiones o fijaciones en alguna etapa normal del desarrollo.

Mannoni (1994), por su parte, cita a Winnicott, (1975), diciendo que: “En un espacio psíquico desinvertido no hay lugar para una representación imaginaria”. Nuevamente se ve que si la madre no libidiniza al hijo, éste no puede tener acceso al imaginario, ni al lenguaje, ni a saber quién es él, se ve entonces como parte de la madre, sin la posibilidad de vivir su vida, de ser él.

Lo cita nuevamente diciendo: “Cuando el pequeño ve la cara de su madre y lo que ésta expresa, toma conciencia de sí mismo en su ser”. Completa su idea citando a Dolto, “El niño no asistido se ve envuelto entonces presa fácil de pulsiones de muerte, le cuesta alcanzar la simbolización de una vivencia destructiva”. (Mahler, op. cit.).

La madre debe de aceptar la separación y tomar conciencia de su papel para no dañar al niño en esa etapa, si no logra ser empática y regresarle al niño lo que es “su cuerpo (el psíquico) no le pertenece, sus sensaciones fueron interpretadas de acuerdo a los propios deseos y ansiedades de la madre, quien no pudo conectarse con el cuerpo del bebé sino a condición de tomarlo como una extensión del propio, el cuerpo del bebé se convierte en una fuente de placer. Éste es la extensión placentera del cuerpo de la madre, separarse para el niño significa la muerte”. (Cantú R, op. cit.).

El niño al no vivirse como una persona separada de la madre, se siente parte de ella, por lo que si intenta alejarse siente que no va a poder vivir, ya que es parte de ella y no un sujeto de deseo distinto.

En otras ocasiones la madre es inaccesible porque se encuentra deprimida, Tustin (1992) mencionaba que conoció a varias madres de niños autistas que no se sintieron apoyadas poco antes o después del parto y se deprimieron, por ejemplo; algunas de ellas sufrieron depresión por viajes largos de trabajo en los que sus

parejas tuvieron que ausentarse, de tal forma que la madre, sola, busca consuelo y complementariedad en el hijo.

Lo que también se puede ilustrar con el caso mencionado, en donde el padre se separa de la madre y su bebé recién nacido, viéndolos solamente los fines de semana y dejando sin apoyo a la madre.

Aquí se ve nuevamente lo mencionado en el capítulo anterior, si la madre no es lo suficientemente empática con el hijo y no puede traducirle lo que esta sintiendo como "tienes hambre, ya te voy a dar de comer" de manera cariñosa, el bebé no va a aprender a distinguir lo que siente él, ni lo que siente su madre, lo que ocasiona que se convierta en el deseo de lo que cree que quiere la madre, quien tiene sentimientos negativos porque no logra entender a su hijo y esto la hiere en su capacidad de maternaje... cada vez las heridas en ambos se hacen más grandes y el resentimiento es mayor.

"La primera prioridad en el trabajo con niños autistas, es restablecer la confianza de los padres en si mismos, puesto que estos niños la socavan". (Tustin, 1992).

"En el pequeño autista podemos observar su indiferencia con relación a las personas, ellos no han desarrollado su conducta de apego". (Champion Castro, 1994).

Y no la han desarrollado, porque para apegarse, resulta necesaria la presencia de otro ser que se relacione con el niño, lo que el autista trata de evitar, porque sus relaciones, o las maneras en que llega a interactuar con otros, le han parecido tan dolorosas que prefiere vivir aislado.

"Todo el patrón de conducta y de sintomatologías del síndrome autista infantil toma forma alrededor del hecho de que el niño o infante autista no puede utilizar las funciones yojicas ejecutivas auxiliares de la compañera (simbiótica), la madre, para orientarse él mismo en el mundo externo e interno". (Mahler, op. cit.).

Sin mencionar la causa, la autora describe como el autista es capaz de ayudarse con la madre como lo hacen los niños normales, creyéndose autosuficiente, puede ser porque muy tempranamente descubrieron que su madre no es parte de ellos y no pueden, por esto sentir esa omnipotencia que todos sentimos de bebés. Es por esto, que se crean un mundo (la conducta alucinatoria negativa, llamada así por Mahler) en donde sí pueden ser omnipotentes.

"El prolongado desamparo, la existencia intrauterina, y la dependencia de la criatura humana, parece relativamente corta en comparación con la mayoría de los animales, por el contrario el recién nacido al ser lanzado al mundo lo encuentra hostil (el mundo real), y activa la diferenciación del yo y del ello, lo cual va a repercutir posteriormente en la sensación de peligro ante el exterior, realizándose así el valor del objeto único que protege de estos peligros y puede remplazar la perdida vida uintrauterina". (García Azola, 1994).

Estos factores biológicos, emotivos, psicológicos y sociales, establecen también las primeras situaciones peligrosas y crean la necesidad de ser aceptado y amado, necesidades que ya nunca abandonará

Con esto destaco la importancia del otro, en relación con el niño para la formación del yo de éste. Sin el otro es imposible que el bebé aprenda a saber quien es, porque no tiene la posibilidad de que alguien se lo diga, de que lo nombre.

Dolto encontró que los padres a su vez, muchas veces habían sido traumatizados a la misma edad del hijo. Al hacerlo consciente, los hijos se recuperaban, incluso sin que Dolto los tratara, la concientización del trauma de los padres ayuda a que no repitan los mismos patrones de conducta con sus propios hijos, con ello, se reduce el abandono y se incrementa la atención al niño.

“En el origen del autismo hay siempre, según su opinión, una ruptura precocísima del vínculo madre-hijo. Ya sea porque la madre desaparece realmente (incluso de manera transitoria), ya sea porque no sabe responder al deseo de comunicación del niño”. (Franoise, 1990).

Tustin (1987), también habla del nacimiento prematuro, que podría ser la ruptura precocísima que refiere Dolto, lo que provoca que la separación imposibilite a la madre a comprender los mensajes del niño y no lo pueda apoyar a integrar las pulsiones de vida y de muerte, así como la separación de la madre.

“El bebé necesita el apoyo de los progenitores para poder soportar el éxtasis de la unidad y la rabieta de la dualidad para que puedan producirse las diferencias e integraciones primarias necesarias”. (Tustin, 1987).

El éxtasis, es lo que siente el bebé al estar con la madre y ésta pueda contenerlo, para que ese sentimiento no se pierda y se sienta fragmentado, la dualidad es la separación de lo duro y lo blando, que también con ayuda de la madre, pueda darse cuenta, que son parte de lo mismo, que incluso él tiene huesos duros y piel blanda para que comience a sentirse como persona y a las demás personas como algo distinto de objetos inanimados.

Al nacer un niño, esa unión biológica que existe entre su madre y él, debe sustituirse por una conexión psicológica para que pueda existir un desarrollo adecuado del niño.

“La conexión mental de la comprensión viene a compensar la pérdida de la conexión física omnipresente, que el cordón umbilical proporcionaba”. (Tustin, op. cit.).

Dado que uno de los cuadros patológicos más presentes en el autismo es la psicosis, (el autismo se considera una psicosis agravada con otros cuadros patológicos, en la teoría de Dolto).

Dolto se abocó a determinar los factores que intervienen en la generación de una psicosis, y ella es la primera en decir que hacen falta tres generaciones para que aparezca una psicosis.

Es oportuno ilustrar nuevamente con el caso de Clara y Oscuro (Aizpuru, 1996) pues el niño es la tercera generación ya que la abuela no era capaz de mirar a la madre, ni enseñarle quién era, la madre crece enferma y por ello es incapaz de darle a su hijo autista, lo que necesita para desarrollarse sanamente.

Con frecuencia, la actitud de las madres de niños autistas, cuando éstos nacen, no pueden definir qué sienten ante el bebé o están incapacitadas para sentirlo. "La modalidad en la relación afectiva madre- bebé va a ser determinante para la modalidad de desarrollo que logre el bebé". (Champion Castro, 1994).

Mannoni (1994), dice que las madres de niños con problemas buscan diagnósticos que apunten a una responsabilidad etiológica distinta a su relación con el niño.

"La llegada de un niño va a ocupar un lugar entre sus sueños perdidos, un sueño que se encarga de llenar lo que quedó vacío en su propio pasado, una imagen fantasmática que se superpone a la persona real del niño". (Flores Vidales, 1991).

De otra forma, al aceptar diagnósticos que tengan que ver con el maternaje y/o el desarrollo de sus hijos, las madres se confrontan así mismas y se cuestionan lo que realmente le dan y le dieron a estos, por lo tanto, revisan sus propias carencias, para lo cual, hace falta más trabajo y esfuerzo para aceptar que todo es orgánico.

"Los niños que sufren de psicosis infantil, no deben de ser considerados como niños normales, en los cuales es inducido un proceso psicótico por una madre emocionalmente trastornada. Estos niños son constitucionalmente vulnerables o pueden estar predispuestos hacia el desarrollo de una psicosis. Es frecuente la existencia de un defecto constitucional del yo en el niño, que ayuda a crear el círculo vicioso de la relación patogénica madre-hijo, estimulando a la madre a reaccionar hacia el niño en formas que son dañinas a sus intentos de separarse e individuarse". (Mahler, op. cit.).

Con esto descarto la posibilidad de un factor genético, el que, si bien existe, no es suficiente para desarrollar un autismo, creo que es necesario un vínculo no adecuado con la madre o sustituto materno para desarrollar esta patología.

Pérez de Plá. (1991), dice que los padres de los niños autistas son adultos perfeccionistas, desafectivos, que tienen una relación de desconocimiento casi total con los sentimientos de sus hijos y con los propios, además de ser obsesivos, inteligentes y generalmente personas profesionistas.

Una característica fundamental que se les encuentra, es que idealizan su propia infancia y esto les impide tener la reflexión suficiente para ser empáticos con sus propios hijos.

Para que un niño pueda presentar autismo, debe ser más sensible que la mayoría de los demás

“Es, en efecto, el más dotado de libido de los hijos de una familia el que manifiesta las más grandes perturbaciones: ya que es él, quien por la fuerza de su deseo, despierta más que los otros en los adultos frágiles una angustia intolerable, por lo que refrenan la expresión del deseo de este niño cuya precocidad natural y riqueza de sensibilidad pueden llegar a desequilibrar su (de ellos) inesperable equilibrio libidinal inconsciente”. (Dolto, 1971).

Es de alguna manera él más fuerte de la familia, pues es la persona capaz de soportar las pulsiones agresivas del resto del grupo, y en quien se deposita toda la inestabilidad emocional de la familia, es “el loco”.

“El autismo patológico crea el llamado doble vínculo entre la madre y el niño. En éste la atención de la madre está algunas veces totalmente apartada de su hijo por preocupaciones externas y otras está adhesivamente centrada en él”. (Tustin, op. cit.).

En el cuadro No.4, (anexo), se detallan las alteraciones de las diferentes etapas en el desarrollo de un niño autista.

Con esto cerramos la idea de Dolto (citada anteriormente), en la que el niño autista está más dotado de libido; es el que tiene a la madre adhesivamente centrada en él, a ratos, y en otras ocasiones tiene un completo desapego, porque la madre desaparece para siempre o por períodos, como por ejemplo, alguna enfermedad por la que tenga que ser hospitalizada o bien desaparecer afectivamente como en el caso de alguna depresión que la imposibilite para estar emocionalmente presente con el hijo.

Antes de pasar al último capítulo, es importante señalar que el vínculo materno infantil, es decir, la relación madre-hijo que ocupó esta tercera parte de mi exposición es de gran relevancia y por ello su inclusión, ya que en sus orígenes el estudio de este padecimiento atribuyó su causa a una relación deficiente madre-hijo, no obstante que las últimas investigaciones señalan que su etiología es multifactorial.

A N E X O

**CUADRO NO.4 ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL AUTISMO.
(Normal – Patológico)**

Etapa	Nombre	Características
Primera Etapa (0 a 2 meses)	"Autismo normal"	Las principales características son: desorientación alucinatoria primaria y la satisfacción de las necesidades de una manera autista omnipotente.
Segunda Etapa (2 a 4-5 meses)	"simbiosis normal"	Empieza a existir cierto aprendizaje por medio del condicionamiento, en vista que la barrera autista empieza a fragmentarse, formando una unidad dual con una madre que funciona como un yo auxiliar.
Tercera etapa (4-5 meses a 2-3 años)	"separación-individuación"	La primera subfase es la "diferenciación", en esta ocurre una ruptura del cascarón; comienza a experimentar la separación-individuación cuyos inicios se observan cuando el niño, al ser cargado trata de separarse de la madre buscando verla a distancia.
Segunda subfase	"ejercitación locomotriz"	Se ha formado un vínculo específico con la madre existiendo la diferenciación corporal entre ambos.
Tercera subfase	"acercamiento"	Aquí el niño tiene una gran necesidad de amor objetal en vista de que su conciencia incipiente de la separación lo hace tener deseos que no siempre concuerdan. Se observa en el niño una gran necesidad por compartir sus habilidades y experiencias con la madre.
Cuarta etapa (2 a 3 años)	"consolidación de la individuación y comienzo de la constancia objetal"	El niño es más capaz de aceptar el alejamiento de la madre, aumentando el interés por los objetos.

CAPÍTULO
IV

"Posible Tratamiento de la Psicoterapia Psicoanalítica para el Autismo"

"LA PSICOTERAPIA ES UN DERIVADO COMPLEJO DEL ROSTRO QUE REFLEJA LO QUE SE PUEDE VER EN ÉL"

Winnicott, (Delgado, 1994).

ESCUELA FRANCESA

El autor principal de la escuela francesa es Lacan; esta escuela se caracteriza por ser estructuralista y tener un sistema relacional intersubjetivo que define al sujeto por su situación en la estructura interpersonal, y ante la cultura tiene un alto nivel de formalización, rigurosidad y coherencia interna.

En este apartado revisaremos a Dolto y Mannoni como representantes de la escuela que trata acerca del tratamiento psicoanalítico del autismo, cabe mencionar que la escuela francesa toma muy en cuenta la interpretación del discurso.

Para superar el autismo, Dolto "propone reanudar la comunicación a través de recordar junto al niño (por medio de la verbalización) el suceso desencadenante y reencontrar los momentos de comunicación de antaño y averiguar lo que ocurrió en esa época de ruptura; que la madre explique al niño lo que pasó entonces y se disculpe por no haber comprendido su sufrimiento de entonces, evocar un pasado y devolver al sujeto del deseo, el derecho de su esperanza en él y en los otros" (Ledoux, M. 1990), es decir, el ir dando nombre, palabras para la simbolización de los hechos y que al ser estos hechos simbolizados, puedan ser asimilados por el niño, la palabra es la que da el acceso al imaginario, es por esto que la madre y el terapeuta deben verbalizar para que así, el niño, con el tiempo también pueda hacerlo.

Dolto (1982), propone que en la psicoterapia psicoanalítica, el terapeuta cuente al niño lo que sucedió, permitiendo la regresión de este y una alianza con la parte sana de sí mismo. El niño transfiere al analista la relación con la madre, de la que posteriormente hay que liberarlos, para que puedan entrar en una nueva relación, sin apearse de manera regresiva con su tutor, que no serán el padre o la madre arcaicos, pues estos están integrados en el propio cuerpo del niño. Por esto es importante que el terapeuta solo tenga contacto verbal con el niño.

Dolto (1982), para la psicoterapia psicoanalítica recurre principalmente a la palabra, al dibujo y al modelado. Y de este modo hace representar lo que el niño dice. No interpreta realmente los dibujos, sino que trata de hacerlos vivir, sin

orientaciones ni reactivar; pregunta al niño donde estaría si fuera parte del dibujo, tratando de conseguir que el dibujo "hable", y al hablar el dibujo, consigue a su vez que el niño se comunique. Se le permite decir lo que "quiera", (pero no hacer lo que "quiera") y como consecuencia pueda expresarse con palabras, dibujos y modelados.

Así, la palabra del psicoanalista debe aproximarse al máximo a lo que siente y piensa el niño,

"En las curas de niños psicóticos, con frecuencia el analista tiene ganas de dormir". (Ledoux, op. cit.), Dolto lo toma como un hecho positivo de una transferencia indudable que permite al niño hacerse "dueño de la situación" demostrándole que se le tiene confianza y esto, por supuesto, se le verbaliza al paciente durante la terapia y en sesiones posteriores.

Es importante también tener en cuenta las relaciones transferenciales de la familia.

El tratamiento psicoanalítico con el niño psicótico se debe de dar en una situación triangular (psicoterapeuta, padre o madre, y el niño), porque Dolto considera inútil el tratamiento de niños psicóticos, si no se trabaja con la familia, ya que es en ella donde el niño pasa el mayor tiempo y con quienes más convive.

No, sólo es imposible emprender la cura del niño sin una colaboración previa de los padres, sino que además durante el trabajo con el niño este necesita que el padre, la madre o ambos vayan a abrir su inconsciente en el mismo lugar y con el mismo psicoanalista; Como se mencionó en el capítulo anterior se necesita de tres generaciones para que aparezca un psicótico, de lo que se puede inferir que la madre de éste tiene problemas emocionales, ya sea que esté consciente o no de ellos, como en el caso de Clara, quien no estaba consciente de sus problemas como madre y como persona y solamente a través de un psicoanálisis consiguió una mejoría en ambos y a pesar de los deseos inconscientes de la madre de entorpecer el tratamiento; tenía el recurso de canalizarlo verbalmente en sus sesiones y no actuar como otras madres que no participan en la terapia con sus hijos.

Para conseguir una mayor funcionalidad en la terapia, es necesario que los padres coadyuven en el avance de la misma, proporcionando un ambiente favorable en el hogar, que de algún modo represente una prolongación de los fines que con el tratamiento se desea alcanzar.

Se requiere sobre todo de este apoyo, porque cuando el niño en la terapia, comienza a dejar su protección autista surge un ser hipersensible, vulnerable, susceptible, que necesita ser comprendido más que antes por que ya no tiene al menos en parte, esa coraza protectora.

"La psicoterapia con niños autistas necesita una gran dedicación, mucha paciencia y una comprensión circunstanciada de la naturaleza y la función del autismo". (Tustin F, 1992).

Es necesario comprender que el caparazón que utilizan los autistas es para defenderse del exterior (que sienten tan amenazante) y no es cosa solamente de romper la defensa, pues el niño queda sensible, asustado e indefenso ante ese medio ambiente al que tanto teme.

Menciona también que "una psicoterapia conveniente para ellos es la que les procure tanto confrontación como apoyo". Ciertas formas sentimentales, consentidoras de psicoterapia, exageran el apoyo, mientras exageran la confrontación. Estos pacientes, necesitan respuestas empáticas de un psicoterapeuta bien equilibrado, que entre en contacto con sus estados autistas (y los miedos que nacen cuando se emerge de estos) y posea una buena dosis de sentido común, que sea capaz de ayudarlos a volver a poner los pies sobre la tierra, en sentido metafórico.

"En particular estos pacientes necesitan sentir que existe una persona protectora a quien le interesa profundamente que ellos vivan o mueran y que los afirme en su existencia hablándoles como a personas que en efecto existen". (Tustin F. 1992 op.cit.).

Dolto no recibía niños en la etapa edípica. En esta etapa tiene sesiones con los padres, para ayudarlos a tener su lugar y castración simbólica. No le importaba tanto el encuadre como la postura del analista, su receptividad a todo cuanto se diga o manifieste en la sesión.

Lo esencial son las representaciones del niño. Usa el modelado y el dibujo para que el niño exprese "los fantasmas" y los utiliza como asociaciones libres o sueños cuando el niño habla de lo que creó. Le da mucha importancia a la comunicación consciente-inconsciente, lo importante no es la interpretación, sino escucharlo en vez de interpretar, pregunta como dando "pistas" para que el niño solo, descubra su inconsciente con el poder de la palabra.

Para Dolto el análisis es un reencuentro de un trabajo de búsqueda de la verdad subjetiva, trata de reencontrar traumas, referencias, malentendidos, que desvían el impulso libidinal del sujeto.

Dolto asigna, al estudio dinámico de las relaciones inconscientes, los aspectos transindividual y transgeneracional. Es por esto la importancia de la tercera generación, en donde el trauma puede ir y va más atrás de la información a la que el niño pueda acceder.

"Siempre hay algo que debe ser comprendido en lo que dice o hace un niño psicótico".(Francoise Y, 1990). El trabajo con psicoanálisis en niños psicóticos, consiste en descifrar el código perturbador que tienen con frecuencia a ellos mismos y a su historia. El comportamiento psicótico debe comprenderse por aberrante que este sea, porque con lo que dicen, algo quieren expresar y algo significa para ellos.

“En los niños (y en los psicóticos) que no puedan hablar directamente de sus sueños y sus fantasmas como lo hacen los adultos en las asociaciones libres, la imagen del cuerpo es para el sujeto una mediación para decirlos y para el analista el medio de conocerlos. Es entonces como descifrar un acertijo, y ante esto el analista no tiene la clave. Que se comprenda bien, la imagen del cuerpo no es la imagen que está dibujada allí, o representada en el modelado, debe revelarse mediante el diálogo analítico con el niño”.(Dolto, 1984).

Con lo anterior, es innecesario señalar la importancia que tiene la palabra, el discurso para los teóricos de la escuela francesa; sin dejar de lado la contención que necesita el niño autista al salir de su encapsulamiento.

Fabre (1994), menciona que empezó a acompañar a M. haciendo sonidos con la boca equivalentes a los objetos que M. manipulaba con las manos. Lo hizo así, durante muchos meses para debilitar su barrera autista. Lo que describió a lo largo de su artículo fue precisamente que ante la imposibilidad de trabajar con la palabra, por que M. no hablaba, debía fortalecer el vínculo entre ellos para que se diera la palabra gradualmente, después de que ella trabajara hablándole.

Es una labor que requiere de mucha tolerancia a la frustración, porque no hay un tiempo determinado para que el niño acepte la entrada de otro, en lo que ya es su mundo y en un principio, convierte a la terapia en un acompañamiento, con la constancia que el paciente requiera, es la puerta de entrada a su inconsciente y a la verbalización paulatina, iniciando el analista, para después ser el paciente el que hable lo que siente, lo que desea y a través de la palabra lograr la comunicación.

De manera diferente, siendo muy empática, Aizpuru (1996) menciona como es que comenzó relacionarse con Oscuro, por medio de canciones infantiles y jugar cariñosamente con muñecos y sutilmente de este modo invitar al niño a mirarla a los ojos aprovechando canciones como “ aserrín, aserrán” para después utilizar el espejo en que el niño pase a decir “it’s a mirror” hasta decir “it’s me”. Sin dejar de ser un trabajo largo, difícil y que requiere de una tolerancia a la frustración, así como una buena preparación profesional y personal.

García cita a Mannoni, quien dice: “hay una palabra que se presenta al sujeto como tal, pero que no es él; es porque el paciente en su relación con el otro se busca como objeto, podría decirse que como cuerpo parcial, por lo que llega a perderse como sujeto: en esas condiciones se reduce la situación a una relación solo imaginaria. El síntoma del niño ocupa en el discurso familiar el vacío que deja una verdad que no se dice, por lo que en una relación así, el otro se convierte en el ser que solo experimenta deseos, pero también en el ser de destrucción, de ahí el lugar que tiene el surgimiento de la agresividad en el campo donde se despliega la locura”.(García Azola, 1994).

“Crear un hijo sano sería la prueba de que la agresión destructiva ha sido naturalizada por una libido erótica: la angustia de destrucción no es sólo miedo de destruir, sino también deseo de destruir y de disfrutar haciéndolo”. (Ruiz M.1994). Con esto, resulta evidente que los padres de los niños autistas no han neutralizado su agresión, lo que no les permite a su vez neutralizar la agresión del hijo, sino que la potencializan de forma tal, que la agresión que proyectan a través del pecho de la madre la introyectan potencializada y se viven destruidos fragmentados, no contenidos al medio ambiente, que a su vez, lo viven como destructivo y amenazador.

“La apuesta de un análisis es llegar a conocer la función que se ocupa como sujeto en el orden de las relaciones simbólicas que resumen en el campo de las relaciones humanas”. (Mannoni, 1992). El análisis sirve para ayudar al sujeto a ser capaz de simbolizar y no quedarse en lo concreto. Al llegar al trauma, el sujeto ya no tiene palabras para describirlo, en este punto es donde se dio la represión y no hubo palabras para explicarla, como se sabe, Dolto hablaba a los bebés aquello que sus padres no les había podido verbalizar y a través de esto venía la cura.

El papel del analista, es abrir las vías de acceso para comprender a través de la palabra.

“El arriesgarse a vivir requiere, en cambio, un acompañamiento que se extiende a veces durante largos años”. (Mannoni, op. cit.) Da tanto miedo el vivir en ese mundo que se percibe tan destructivo, tan agresivo, por la falta de neutralización de las pulsiones, que se requiere del tiempo suficiente para que el paciente pruebe, a través de la experiencia, con su analista que este es suficientemente bueno, que el ambiente puede ser distinto de lo que él ha conocido y que este tiempo que es necesario, puede ser muy largo para algunos de estos pacientes.

“Sólo a partir de la experiencia del espejo, el sujeto pasa de ser un yo para ti, a un yo contigo; se hace posible entonces una separación, tener el pecho suponiendo que no se lo es”. (Mannoni, 1994). Sin el otro disponible que dé la experiencia del espejo, el niño nunca deja de percibirse como uno con el pecho y sin saber quién es él en realidad, sin la posibilidad de nombrarse como sujeto del deseo.

Nuevamente viviéndose como parte de la madre y sin vida propia, con culpa por la separación de haber destruido la vida de ella al haberle amputado la parte “de esta” pues fue ella quien vivenció al hijo como su castración vivida por años.

Es por esto, que ella misma dice “Lo más de mi esfuerzo se ha dirigido a comprender y modificar las retorcidas reacciones de estos niños, que ellas desarrollaron para proteger su hipersensibilidad - vulnerabilidad. Al mismo tiempo he tratado de ofrecerles remedio y consuelo, así como nuevos modos de protección que en lugar de obstruir el desarrollo común, lo faciliten” (Tustin, op. cit.).

LA ESCUELA DE RELACIONES OBJETALES

En la escuela de relaciones objetales, la mente es concebida como un sistema de objetos internos producidos por relaciones objetales y fantasías inconscientes.

Melaine Klein es la principal representante de esta corriente y propone las relaciones emocionales agrupadas en los conceptos de las posiciones esquizo-paranoide y depresiva, los cuales organizan actitudes, vínculos y en general el funcionamiento psíquico. (Bleichmar M y Bleichmar c. 1989).

Esta escuela enfatiza la importancia de interpretar la transferencia latente y la explícita, contener y acompañar, lo que resuelve muchos problemas clínicos. Otros autores que la representan son: Donald, Meltzer, Bion, Winnicott.

"Siempre que se aborde al autismo infantil como una deficiencia innata de cualquier variedad, las actitudes resultantes hacia el tratamiento serán derrotistas. En cambio, los que atribuyen el origen del autismo al menos en parte, a la influencia del medio, serán más optimistas, pues admiten que la hipnosis es conveniente aunque no siempre válida, y los daños provocados por el medio, el mismo medio podrá también repararlos". (Bettelheim, B. 1997).

Aclara que los tratamientos para los niños autistas deben ser intensivos y prolongados, para que se puedan obtener los resultados que se desean. Estos tratamientos están basados en una nueva relación, interpretando la transferencia más que el discurso, sin dejar a éste de lado.

La finalidad de la psicoterapia para niños autistas, según Tustin es: "El objetivo de la psicoterapia es ayudar a ambos tipos (encapsulados y confusionales) de niños psicóticos a internalizar el cuidado y crianza protectora y a ponerse en contacto con el mundo común". (Tustin, 1997).

Es decir, crear en ellos esa tridimensionalidad, en la que tengan el espacio para guardar una madre buena, y una mala integradas, Tustin también cita a Bion, quien dice que la madre transmite a sus hijos no solo leche nutritiva, sino cordura y los que los terapeutas pueden hacer es brindar esa cordura por medio de su atención sensible y su comportamiento.

Bettelheim (1967), señala la importancia de ayudarlo a reconocer al niño que existen otras formas de relación y que pueda ver en las relaciones humanas la ambivalencia normal que existe en cada una de ellas.

Tustin nos dice: "Los padres de niños autistas tienen una predisposición a tratarlos no como seres humanos, sino también como seres autistas". (Loret de Mola Badillo, 1991). Esta autora muestra, cómo a través de la constancia y el neutralizar las pulsiones agresivas y devolverlas de manera benigna, en un autista se puede crear un espacio interno para las relaciones de objeto y que posteriormente el

paciente se pueda relacionar con los demás. Esto es posible con la ayuda de la contratransferencia, gracias a la cual, el terapeuta logra procesar los sentimientos que el paciente no ha podido, aunque también pueda llegar a confundir al analista, quien debe por ello realizar una buena supervisión.

Así, queda claro que en la escuela de relaciones objetales lo fundamental está en las relaciones interpersonales.

“He llegado a la conclusión de que una psicoterapia con un terapeuta capaz, les aporta justamente aquello que les ha faltado. He encontrado que en casos cuidadosamente seleccionados, si el niño tiene menos de 7 años, puede retornarse al desarrollo normal. Unos pocos niños mayores de 7 años han sido rehabilitados. Sin embargo, es un proceso lento y difícil y requiere de trabajadores profesionales con dedicación y formación profunda”. (Tustin F. op.cit.).

Lo que le faltó al niño autista es una atmósfera psicológica adecuada, sin que sea esto culpa de alguien, esta atmósfera es la que se puede dar al niño a través del análisis.

Porque precisamente en la psicoterapia psicoanalítica se trata de proporcionar el ambiente adecuado (por la forma de acercarse al niño) y esta ayuda profesional se busca que se haga extensiva a la vida cotidiana del niño.

Tustin (1987) dice que la psicoterapia psicoanalítica para los niños autistas es "Un tipo de disciplina psicoterapéutica, que consiste en ver al niño individualmente, en un período de tiempo en la misma habitación, a las mismas horas cada semana, y en lo posible manteniendo la distribución de los muebles en la habitación, cada niño tiene su propio cajón de juguetes muy simples, a los que ningún otro niño tiene acceso, pues el cajón se cierra con llave al final de la sesión. Este sencillo ambiente aporta una especie de test proyectivo, que permite al terapeuta, comparar las respuestas individuales de los niños...". Esta autora remarca la importancia del encuadre, a diferencia de Dolto y Mannoni, para quienes el discurso es lo más importante en la psicoterapia.

“Producir y aprender a expresar ideas y sentimientos vagos y caóticos en una forma que implique acción, aunque sea una acción potencial, es curativo. Dirige al paciente hacia el objetivo de volverse activo por su cuenta, si bien por un tiempo, su actividad más importante puede y a menudo debe consistir en la acción de ordenar sus sentimientos e ideas caóticas”. (Bettelheim B, op. cit.).

Esto para Tustin sería el crear en el niño el espacio para las relaciones de objeto, para pasar de la bidimensionalidad a la tridimensionalidad y con este espacio interno, poder tener lugar para las ideas, los pensamientos y la creación.

“Las técnicas que tratan de estimular a los niños psicóticos haciéndoles cosquillas, acariciándolos o mimándolos, son burdas y lo más probable es que refuercen su autosensibilidad hiperactiva. Necesitamos ayudarlos a modificar su utilización de la sensualidad patológica así como el uso asociado de objetos

autistas y confusionales. De esta forma, le ayudaremos a volverse hacia los seres humanos que cuidándolo en las pequeñeces cotidianas, la capacitación para procesar su experiencia sensorial en las relaciones con las otras personas, por medio del desarrollo de actividades expresivas y con conceptos y percepciones que lo preparen para vivir en el mundo ordinario". (Tustin, op. cit.).

De lo que se desprende, que acercarse a estos niños de manera brusca como son las cosquillas y el contacto físico tosco, les revive o confirma que el afuera es agresivo, incontrolable y algo a lo que tienen que someterse y que es invasor de su espacio, por lo que se encapsulan más en vez de mejorar su contacto con el exterior.

De lo anterior se deduce que debe ser diferente la técnica que se utiliza con un niño neurótico respecto a un psicótico (como se consideraba a un autista), lo que deja ver la necesidad de modificar el modo de acercarse a ellos.

"La psicoterapia de un niño psicótico (autista) necesita un terapeuta que haya sido formado rigurosamente en la observación detallada de bebés. Esto le dará el grado necesario de objetividad y la posibilidad de comprender las comunicaciones no verbales". (Tustin F.1987 op. cit.).

También es importante no utilizar en exceso métodos intuitivos. Generalmente se necesita la ayuda práctica hacia los padres, excesivamente preocupados por el niño, porque ya aprendieron a desconfiar de lo que creen que deben hacer como padres ante un hijo rechazante, además de que es frecuente que al inicio del tratamiento haya choques madre-hijo, por esto necesitan ayuda profesional.

Algo que puede ser útil son las visitas a la casa de la familia por una persona distinta al terapeuta, para mostrar formas distintas de relación a la relación autista que conocen, mientras que en terapia se trabaja con el niño para conseguir el ajuste y la adaptación a estos nuevos modos de relación. Para esto se le enseña al niño a tratar al terapeuta como algo distinto de un objeto inanimado o un objeto autista, sino como una persona a la que puede decir hola al llegar y adiós al salir. Esto se dificulta porque "La simbolización depende de la capacidad de sentirse separado del mundo exterior y de estar motivado a comunicar lo que está experimentando. Por lo tanto depende de la capacidad para tolerar en alguna medida la frustración". (Tustin F; 1987 op. cit.).

La capacidad de expresión simbólica en los niños psicóticos es muy limitada, predominando los estados asimbólicos que dificultan que vea al terapeuta como ajeno así mismo y que tienen una vida distinta a la que el niño le quiere dar como objeto autista.

"El niño psicótico necesita un tratamiento diferente al de un niño neurótico, porque la principal tarea es diferenciar los estados de crecimiento y ayudarlo a pasar por ellos de una manera normal y ordenada". (Tustin, op.cit.).

El vínculo primario es el punto de partida de las relaciones humanas, si éste no es adecuado, las relaciones futuras del bebé se ven resentidas e incluso pueden no desarrollarse. Una perturbación en el vínculo, significa que las estructuras esenciales internas asociadas con las sensaciones básicas, no han sido suficientemente desarrolladas.

“Antes de que pueda mantener relaciones auténticas con otras personas, el niño necesita desarrollar un sentido genuino de sí mismo”. (Tustin, op. cit.).

Posiblemente se extrañe la mención de los niños psicóticos siendo este un trabajo sobre autismo, la razón es que hay autores, la mayoría de los aquí revisados, para los que el autismo es una psicosis, como se citó con anterioridad, incluso para Dolto el autismo es una forma agravada de psicosis. En la escuela de relaciones objetales, se cree que ambos, autismo y psicosis tienen que ver con un mal desarrollo de las relaciones interpersonales y esto es lo que trata de reparar a través de la interpretación de la transferencia que muestra aquí y ahora, como fueron las relaciones de allá y entonces.

“Un descubrimiento importante y sorprendente es que las actividades cooperativas que implican un esfuerzo con personas conocedoras de la situación, y apropiadas para las capacidades del niño, pueden promover experiencias vinculantes en un estado de desarrollo posterior al normalmente habitual”. (Tustin F, 1987 op. cit.). Con la terapia, al estar ahí, el encuadre y el cooperar, se pueden crear vínculos aunque no sea la experiencia vinculante normal del niño amamantado por su madre, ni los cuidados corporales que le dan experiencias sensoriales, que es precisamente lo que crea el vínculo.

Mahler, citada por Bettelheim (1967), propone que para tratar la psicosis, hay que tratar juntos a la madre y al hijo para salvaguardar la relación de ambos y este autor (Bettelheim) rechaza esa idea diciendo que es el niño en su discurso y su acción quien dará la pauta para su tratamiento.

Propone al igual que Kanner, para los niños autistas, la asistencia de personas comprensivas y capaces de ofrecerles cariño. Personas que sean emocionalmente aptas.

Tustin (1987), resume en los siguientes ocho pasos lo que puede suceder en la terapia de un niño psicótico, a pesar de que no se den necesariamente en un orden:

1.- Al principio el niño parece impenetrable. Dominan los estereotipos y los objetos autistas confusionales patológicos.

2.- Después de un tiempo, el niño experimenta la separación corporal. En esta coyuntura, siente que su cuerpo está lleno de agujeros a través de los cuales las sustancias pueden fluir hacia adentro y hacia afuera de una manera incontrolada e incontrolable.

3.- Comienza a hacer distinciones sensoriales primarias entre bonito y feo, duro y blando, áspero y suave.

4.- Teme que a través de sus agujeros, se llenará de cosas feas; y que las cosas buenas se saldrán.

5.- A medida que el cuidado firme, bondadoso, disciplinado y disciplinante se hace sentir, el niño se siente protegido contra las cosas feas. La forma concreta de estructurar sus experiencias le hace vivir sintiéndose contenido. Esto le ayuda a sentir que su cuerpo tiene fronteras y bordes y que sus agujeros tienen mecanismos reguladores para controlar lo que entra y lo que sale. Toma conciencia de sus músculos y orificios. Por lo tanto, se encuentra menos a merced de la sensualidad incontrolada ya que empieza a incorporar experiencias de crianza debidamente reguladas y reguladoras.

6.- Sus facultades cognitivas innatas juegan un papel sobre las experiencias con el mundo exterior y se vuelve un ser pensante. Antes de ello había experimentado más el tener sensaciones que el pensar.

7.- Las integraciones primarias comienzan a producirse y el niño se percató que lo bonito y lo feo, lo duro y lo blando, lo áspero y lo suave, etc., pueden provenir de la misma fuente del mundo exterior y que estos opuestos son experiencias sensoriales de su cuerpo. Estas integraciones que normalmente se producen en el estado de autismo primario normal, son el núcleo del sentido del sí mismo. A medida que se hace revertir el autismo patológico, se ponen en marcha los procesos del autismo primario normal.

8.- Este núcleo de la condición del sí mismo, y su sensación es la base para las interacciones sociales genuinas. En el tratamiento, estas interacciones sociales se alientan con el desarrollo de la transferencia infantil.

En lo referente a la experiencia del niño, los desarrollos descritos en los primeros siete puntos, pertenecen a un nivel más corporal que social. Se producen sobre la base de disposiciones innatas que han sido descomprimidas y liberadas para coadyuvar a desarrollos más naturales y normales. Estos desarrollos primarios son muy dependientes del tono emocional de la situación de cuidado que rodea al niño. El niño vive esto de una forma concreta como un contenedor, que puede incidir de forma perjudicial o puede protegerlo.

En una situación de tratamiento bien regulada, ordenada y de comprensión profunda, el niño se siente protegido y atraviesa los desarrollos esenciales tempranos que le han faltado. Y al ubicarlos en categorías, resultan mejor definidos de lo que aparecen en el tratamiento, en el que diversos desarrollos se producen al mismo tiempo.

En la etapa que se menciona en el último punto, el niño ya puede darse cuenta de que es una criatura de carne y hueso, que está viva y es humana. Comienza a

relacionarse con las personas que lo rodean y comienza a aceptar la fragilidad humana, tanto de los demás como la suya propia.

En contra del condicionamiento operante, Bettelheim (1967), dice que en estos tratamientos, el niño no tiene respuestas auténticas, sino que hace lo que el experimentador le enseñe, reduciendo a los niños autistas al nivel de los perros de Pavlov.

Siguiendo con un punto en que coincide con Tustín al sugerir la búsqueda del habla de los autistas como comunicación, no sólo como ecolalia; para conseguir esto, se requiere como bien lo dice Tustín (1987), la creación de relaciones interpersonales y no solamente el amaestrar a los niños al decir hola al entrar y adiós al salir de los lugares porque suena bien y da la impresión de ser niños bien educados.

ESCUELA DE PSICOLOGÍA DEL YO

La escuela de psicología del yo fue desarrollada por Hartmann en los años 40 y 50 quien buscó pasar de una psicología del ello, basada en el estudio de los impulsos a una psicología del yo enfatizando los aspectos de la realidad externa y la adaptación del sujeto a ella. Disminuye la importancia del deseo humano y de la fantasía "la psicología del yo es por así decirlo, hiperrealista, lo que limita la comprensión de la compleja subjetividad humana y de las motivaciones". (Bleichmar N y Bleichmar C. op. cit.)

Otros representantes de esta escuela son: Anna Freud, Greenson, Zetzel y Mahler debido a sus aportaciones en este padecimiento.

Mahler, propone una experiencia simbiótica correctora de una relación uno a uno con el terapeuta, con la intención de hacer la relación más parecida a la simbiótica con la madre. "Solamente a través de un enfoque como este podríamos reconstruir la génesis y la dinámica de la psicosis infantil temprana". (Mahler M. 1968). En este punto es muy similar a la escuela de relaciones objetales.

"En tratamiento, la mejoría de un niño con un síndrome predominantemente autista a la simbiosis es la catexis del principio maternal". (Mahler M. op. cit.), pues da entrada a la percepción y aceptación de un otro (madre o terapeuta) que da satisfacciones porque no se es autosuficiente.

Propone para el tratamiento de un niño autista que debe ser atraído gradualmente a un contacto, casi accidental, tangencial con el objeto humano. Si este paso ocurre en una forma forzada y de frente, entonces pueden sobrevenir reacciones que se asemejan al pánico simbiótico.

"Nuestro primer esfuerzo terapéutico, en las psicosis infantiles, es comprometer al niño en una experiencia simbiótica correctiva". (Mahler M. op. Cit.).

Propone un pronóstico moderadamente favorable a pesar de una terapia cautelosa, prolongada y consistente.

Mahler (1968), coincide con Mannoni (representante de la escuela francesa) en que, un tratamiento de apoyo simultáneo con la madre, si esto fuera posible, parece constituir el manejo óptimo y más recomendable ante este problema. Se plantea tres metas en el tratamiento de niños psicóticos:

- 1.- Restauración o establecimiento de integridad de la imagen corporal.
- 2.- Desarrollo de relaciones de objeto.
- 3.-Restauración de las funciones del yo.

Mahler (1968) apoya la idea de una psicoterapia psicoanalítica individual para niños autistas para sacarlos de su estado de retraimiento por medio de una relación uno a uno y con esto reestablecer las relaciones de objeto y sólo a través de esta relación poder desarrollar las funciones del yo, no sin antes tener una idea de su corporeidad como distinta a la de la madre y no fragmentada para poder desarrollar cualquier cosa. Al igual que la escuela francesa con el discurso, es imposible restaurar las funciones del yo, si no se puede tener antes una relación con el otro, razón por la cual ambas escuelas (francesa y psicología del yo) tienen un gran apoyo en la escuela de relaciones objetales y se complementan tanto que es casi imposible separarlas, más que para fines didácticos.

Propone el modelo de la terapia tripartita madre-niño-psicoterapeuta, que le facilita al terapeuta comprender las señales de comunicación del niño, sobre todo en etapas tempranas del tratamiento, cuando la madre decodificaba la información que, a pesar de no poder satisfacer las necesidades de su propio hijo, si era capaz de entenderlo. Las sesiones eran de dos a tres horas.

Esta terapia, es diferente de la que hacía Bettelheim, pues él separaba a las madres de los hijos para poder tratarlos, mientras que Mahler lo que propone es tratarlos juntos para orientar a la madre acerca de lo que significa la conducta de su hijo, es similar a esto lo que propone Tustin en relación con las visitas de una trabajadora social a la casa, para enseñar a la madre formas distintas respecto a las conductas patológicas que ella ha observado en su hijo; Con esto se pretende socializar al niño desde su casa, iniciando un proceso que facilite la terapia en el consultorio.

La terapia tripartita tiene dos etapas que son: la introductoria y el tratamiento mismo.

En la etapa introductoria, el terapeuta debe tener mucha paciencia para conseguir una relación con el niño y poder reestablecer la relación de objeto; la etapa de tratamiento es para que el niño reviva y entienda sus experiencias traumáticas que han impedido su desarrollo, aquí hay más control yoico, proceso secundario, lenguaje y en general, más desarrollo psíquico.

En la actualidad hay dos continentes principales en los que se lleva a cabo esta psicoterapia:

-Norteamérica (también en Inglaterra) ha permitido el análisis objetivo de las estructuras psicodinámicas.

-Europa (principalmente en Alemania) se ha dado un mayor interés por potenciar la evolución de los métodos de estudio del caso único.

A continuación se presenta una tabla diferencial del Psicoanálisis y la Psicoterapia Psicoanalítica:

TABLA IV.

Psicoanálisis:

Fundado por Freud (1900)

basada en el discurso,

se utilizan 4 técnicas y son:

-La asociación libre,

-La interpretación de los sueños,

-La interpretación de la libido y los deseos o fantasías,

-El análisis de transferencia.

Objetivo:

Proceso mediante el cual los sentimientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes, a través de las diferentes técnicas que el psicoanalista emplea en el comportamiento del paciente.

Diferencias:

El psicoanálisis aspira a la más completa restauración de la personalidad, a través del despliegue y resolución de las neurosis transferenciales.

Analiza la transferencia hasta las raíces genético-dinámicas, de la vida psíquica infantil del paciente.

Psicoterapia Psicoanalítica:

Representantes después de Freud,
F. Alexander y T. French (1946),

Tiene 2 tipos de función:

- La interpretación psicodinámica (considerada el equivalente en psicoanálisis extratransferencial).
- La transferencial (utilizada para analizar al niño autista).

Objetivo:

Consiste en permitir al paciente un acercamiento a sus relaciones objetales básicas, gracias a la cual podrá disponer de una perspectiva distinta a la simple visión externa de aquello que está sucediendo en su vida cotidiana.

Diferencias:

Intenta menos ambiciosamente aclarar y modificar algunas áreas determinadas de la estructura mental del paciente, resolviendo las perturbaciones derivadas del conflicto intrapsíquico fundamental.

Reconoce utilizar e interpretar cuando es preciso la transferencia en sectores parciales de la relación paciente-terapeuta, con límites determinados de profundidad y sin favorecer la regresión de la misma.

Para finalizar aparece el cuadro No.5 (anexo) Comparativo de las escuelas revisadas en este capítulo.

2

A N E X O

CUADRO No. 5 COMPARATIVO DE LAS ESCUELAS DEL CAPÍTULO. IV

ESCUELAS	AUTORES	CARACTERÍSTICA	CONTRIBUCIÓN
ESCUELA FRANCESA	Autor Principal Lacan Representantes Dolto y Mannoni	Estructuralista. Sistema Relacional. Intersujetivo. Toma en cuenta la interpretación del discurso.	Lograr que el paciente se reencuentre con su lenguaje a través del discurso sin dejar de lado la contención que necesita sobre todo un niño autista.
ESCUELA DE RELACIONES OBJETALES	Autor Principal Klen Representantes Mahler, Bowbly, Tustin Meltzer y Bettelheim.	La mente es concebida como un sistema de objetos internos producidos por relaciones objetales y fantasías inconscientes.	Concluyeron que la génesis del padecimiento autista, es emocional debido en gran parte a fallas severas en el vínculo materno infantil, en los primeros meses de vida del neonato.
ESCUELA DE PSICOLOGÍA DEL YO.	Autor Principal Hartmann Representantes Anna Freud, Frenson, Zetzel, Mahler.	Similar a la escuela de relaciones objetales debido a experiencias simbióticas para trabajar el padecimiento. Tratamiento simultáneo con la madre. Tiene tres metas: 1- Restauración de la imagen corporal. 2- Desarrollo de relaciones objetales. 3- Restauración de las funciones del Yo.	Se buscó pasar de una psicología del Ello a una psicología del Yo enfatizando los aspectos de la realidad externa y la adaptación del sujeto a esta.

CONCLUSIONES

La tendencia psicoanalítica considera al autismo como el producto de una comunicación deficiente y una falta de entendimiento entre los adultos y el niño. Desde la perspectiva analítica y ya en los primeros meses de vida, el autismo representa una regresión al nivel primario del narcisismo.

Desde el punto de vista del psicoanalista, en el niño autista se da una vivencia atípica de la realidad, consecuencia de una forma peculiar de percepción y de interacción, de modo que el niño autista no establece una relación objetiva, sino que manipula objetos precisamente para defenderse de la angustia que significó la separación de la madre.

Mahler ha construido la hipótesis psicoanalítica más difundida sobre el autismo infantil, apoyándose en el proceso de separación – individualización que inicia con una fase simbiótica, para posteriormente pasar a un estado autístico considerado como normal en el desarrollo.

Partiendo del hecho de que la terapia tiene como objetivo la restauración de la integridad en la imagen corporal, para crear el sentido de identidad y el desarrollo de relaciones de objeto, Mahler (1968), formula los principios del tratamiento hacia el niño autista y expone como primer requisito, el contacto con un objeto de amor humano.

Bettelheim (1967), dice que la preocupación esencial es la de crearle al niño un entorno favorable, que le permita superar una parte de sus síntomas-defensas y establecer una buena relación que tenga como fin el trabajo analítico y la elaboración de imágenes relativamente estables, con relación a sus necesidades individuales. Esta orientación se basa en la idea de que una vez que se descubran y elaboren los mecanismos básicos del niño, este podrá relacionarse.

Tustin (1972), afirma que el terapeuta debe ayudar al niño a revivir los estadios infantiles en relación con la madre, con el fin de que este se percate de que hay alguien que está tratando de entablar contacto con él, siendo más fácil soportar la comunicación verbal que la intromisión que para él representa el contacto físico.

La importancia del trabajo terapéutico, consiste en llegar a estar en contacto con ellos el tiempo suficiente, de manera que la falsa concepción que tienen del mundo, pueda modificarse y de paso al desarrollo emocional – cognitivo.

Un aspecto fundamental para orientar el tratamiento, es saber si el niño autista ha adquirido la función simbólica, es decir, la representación mental que se expresa por ejemplo; en el lenguaje o en el juego; o si por lo menos, ha adquirido sus precursores inmediatos.

En el caso del autismo primario, no existe, en general, la función simbólica por ello la terapia ha de esforzarse en crearla. El tratamiento psicoanalítico no debe utilizar la interpretación verbal clásica (el discurso), ya que sería inútil, habrá que llevar a cabo entonces un "maternaje", es decir, satisfacer sus necesidades de afecto y cuidados en el plano básico, y evitar frustraciones favoreciendo así, la instalación de la identidad.

Cuando el autismo se da en un niño que ya tiene adquirida la función simbólica, es decir, que posee cierto lenguaje estructurado, el psicoanalista utilizará la vía tradicional, o sea la interpretación. El terapeuta debe crear confianza en el paciente, ayudándole a encuadrar los satisfactores que requiere para adaptarse al mundo y pueda así, ir desarrollando su individualidad e independencia.

Pérez de Plá (1996), señala que al autismo hay que situarlo en la convergencia de múltiples factores neurobiológicos, ambientales y psicológicos que interactúan entre sí.

Tustin (1987), menciona que trató con éxito a cuatro niños autistas y seis más tenían modos simbióticos de protección. Es importante señalar que todos empezaron el tratamiento siendo menores de seis años. Al término del proceso todos tenían la funcionalidad acorde a su edad, a pesar de que algunos se comportaban con timidez, de muy sensibles a ligeramente obsesivos.

Aizpuru (1996), por su parte menciona el caso de Oscuro, quien a través de una terapia utilizando la técnica desarrollada por Mannoni, consiguió salir de su encapsulamiento y pudo reír y jugar a pesar de no ser un niño común.

Es decir, son niños que llevaron una vida normal habiendo tenido la oportunidad de ser comprendidos y tratados en un ambiente favorable, donde no les faltó afecto y esto, naturalmente les proporcionó seguridad para que así pudieran recobrar o encontrar en sí mismos su individualidad, sin necesidad de buscar otro objeto, para sentir de este modo que eran capaces de proteger su parte blanda: sus sentimientos.

Esto, sí bien no es una estadística o una prueba suficiente para decir que las soluciones aportadas por el psicoanálisis en el tratamiento de niños autistas son efectivas, sí es motivo para pensar que bien vale la pena intentarlo y poder en un futuro llegar a tener los estudios que son necesarios y que aún no los hay, para decir que el psicoanálisis es efectivo, por que ha sido probado en "x" número de casos y en un alto porcentaje ha sido útil. De manera que también exhorto a quienes han tenido en análisis a niños autistas (y han logrado algo) a que publiquen sus casos para que las personas interesadas en encontrar soluciones o alternativas contemos con el material suficiente para probar nuestros planteamientos.

La causa del autismo posiblemente sea orgánica, psicológica o una combinación de ambas, sin embargo, esto no significa que la efectividad del psicoanálisis haya disminuido, a pesar de la posible etiología biogenética o multifactorial. Investigadores como: Tustin, Dolto, Mahler y Bettelheim, entre otros, consiguieron avances en estos niños hasta el grado de integrarlos a la sociedad, de la manera más aceptablemente posible, no obstante que presentaban características que indicaban un posible origen orgánico.

Sin olvidar como causa del autismo la parte orgánica, vale la pena recordar la unicidad del individuo, constituido como ser biológico, psicológico y social. Cito a Aizpuru (1996), quien dice: "Leo Kanner en 1943 acuñó el término "síndrome de autismo infantil". Y a partir de entonces hemos vivido un proceso en el cual, en lugar de integrar, parece que el conocimiento ha tendido a generar una dicotomía en que cuerpo y mente parecen no coexistir. Así encontramos organicistas recalcitrantes que abogan y niegan toda posibilidad de intervención a nivel psicológico". Por lo que invito a todos los profesionales de la salud mental a considerar como posibilidad de tratamiento a la psicoterapia psicoanalítica, no obstante el origen biológico de esta enfermedad.

A pesar de sus detractores, la psicoterapia psicoanalítica ha sido aplicada como tratamiento en niños autistas desde hace muchos años. Sin embargo, el escepticismo hacia la mejora de esta enfermedad no sólo tiene que ver con el origen biológico de la misma, sino con una no-aceptación al psicoanálisis mismo, tal y como en la época en que surgió como aportación de Freud, cabe recordar que Bettelheim, Tustin, Mahler etc; y otros importantes investigadores lograron avances significativos con la aplicación de este método psicológico.

La división por escuelas del capítulo IV del presente trabajo es solamente ilustrativa. Ante el surgimiento de todas estas corrientes y ante las diferencias entre ellas, quizá habría que reflexionar, antes que en aceptar unos u otros postulados, en integrar los aspectos de mayor utilidad que contribuyeron a lograr una verdadera mejoría ante el padecimiento autista por supuesto aprovechando los valiosos conocimientos de los profesionales de las diferentes disciplinas involucradas en la salud y el bienestar de la humanidad.

En la escuela de relaciones objetales, el peso principal está en las relaciones interpersonales y esto da la posibilidad de verbalizar con otro lo que hay en nuestro inconsciente, que es donde ponen énfasis los teóricos de la escuela francesa al verbalizar con alguien, existe la posibilidad de involucrar a la persona, basándose en la realidad del proceso secundario, que es el principal interés para los teóricos de la escuela de psicología del yo.

En lo personal, más que verlas como escuelas distintas, las veo como partes de un proceso que lleva al desarrollo integral de la persona en tratamiento, es decir, no está reñido interpretar el vínculo, el discurso o la realidad, cuando llevan a un mismo fin. La postura que aquí se ha desarrollado, mediante una investigación bibliográfica, pretende ser una modesta aportación, que no busca competir con las

investigaciones ya realizadas, sino resaltar los aspectos más importantes y la información actualizada que contribuya a un mejor manejo de este padecimiento y pueda ser de utilidad a quien se acerque a este tema por primera vez.

No hay que confundir psicoanálisis con psicoterapia psicoanalítica, el psicoterapeuta "hace bien" en forma directa, el psicoanalista en forma absoluta.

Con esto quiero decir, que el psicoanálisis es una práctica específica que permite estudiar la dinámica de los intercambios emocionales que acompañan la relación del psicoanalista y el paciente por medio del discurso, el cual lleva a un fenómeno llamado "transferencia" (une al paciente con quien lo escucha y viceversa). En cambio la psicoterapia psicoanalítica basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa, su objetivo es proporcionar al paciente la posibilidad de una experiencia psíquica única y peculiar la cual no le puede ser ofrecida por ninguna otra clase de relación.

En general la psicoterapia psicoanalítica está indicada para niños con desórdenes emocionales que parecen ser lo suficientemente permanentes como para obstaculizar las fuerzas de maduración y evolución.

Para finalizar con esta conclusión, es importante resaltar las características de esta terapia para enfocarla como una alternativa para el tratamiento del autismo:

Es importante que la psicoterapia se inicie por medio de la función cognitiva ya que el ajuste emocional sólo puede ser entendido después de que una medida de control, (con frecuencia puramente intelectual) o un control habitual consciente, se haya establecido. Con este tipo de niños es necesario que a menudo el terapeuta tenga una función educativa.

Para tratar con éxito desde la psicoterapia psicoanalítica a un niño autista, se debe comenzar el tratamiento siendo éste, menor de seis años.

Es importante mencionar que en el caso del niño autista con lenguaje adquirido o no, al realizar una psicoterapia psicoanalítica el lenguaje corporal también es significativo.

La psicoterapia psicoanalítica ayuda a transmitir sentimientos y sensaciones corporales, estableciendo de este modo relaciones con los objetos y afianzando las funciones del yo.

Cuanto más centrales y nucleares sean las deficiencias relacionales en una patología autista, tanto más rendimiento se podrá extraer de las concepciones terapéuticas psicoanalíticas.

Como estudiosa de la conducta humana e interesada en el problema del autismo infantil, mi aportación como psicóloga tiene dos vertientes:

- Una función de evaluación, que tiene por objetivo distinguir la delimitación del déficit, utilizando instrumentos de medición y situar al niño autista en relación a su nivel de desarrollo psicomotor.
- Una función de observación, a través de dos tipos de relación: Una que dé importancia al aspecto de imitación en el niño y que pueda servir como posibilidad de acercamiento del niño autista con el exterior; Y la otra de grupo, subrayando la globalidad del individuo frente a las dificultades con las que se encuentra y que plantea a los que lo rodean, a fin de adaptarse a una realidad social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizpuru, A. (1996). *La comunicación de las existencias: tratamiento de Oscuro, un niño autista*. Revista de la Universidad Intercontinental. Vol. 4, No. 1 pág.3-6.
- Aizpuru, A. (1996). *El autismo en los albores del siglo XXI*. Buenos Aires: Horme.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Tratamientos Mentales. (DSM-IV)* Barcelona: Masson.
- Baron-Cohen, S. y Bolton, P. (1998). *Autismo: una guía para padres*. España: Alianza.
- Bettleheim, B. (1987) *La fortaleza vacía: el autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. Barcelona, Laia.
- Bleichmar, N. Y Bleichmar C. (1989). *El psicoanálisis después de Freud, teoría y clínica*. México, Eleia.
- Braumer A. Y Braumer F. (1981). *Vivir con un niño autístico*. Barcelona: Paidós.
- Cantú, R.L. (1994). *El cuerpo perdido en la psicosis infantil*. 6* jornada retardo y psicosis. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la psicosis Infantil. VOL. 6 pág. 35-41.
- Champion Castro, G. A. (1994).*La sonrisa mágica del bebe*. 6*jornada retardo y psicosis. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol. 6 101-109.
- CIE-10. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor, (Medica Panamericana).
- De Villard, R. (1987). *Psicosis y Autismo del niño*. México: Masson.
- Delgado Tijeiro, C. (1994). *Cuerpo, retardo y psicosis*. 6* jornada retardo y psicosis Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol.6 pag.35.
- Doucet, W. F. (1975). *Diccionario de Psicoanálisis Clásico*. Barcelona: Labor.
- Dolto, F. (1973). *El caso Dominique*. México: Siglo XXI.
- Dolto, F. (1991). *Seminario de psicoanálisis de niños*. México: Siglo XXI.

- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidó
- Fabre de Rivero, T. (1994). M.O. *Las dificultades de acceso al lenguaje*. Producciones simbólicas en las psicosis infantiles y el retardo mental. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol. 7 pág. 25-30.
- Flores Vidales, A. (1991). *Una alternativa analítica en la institución*. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol.13 pág. 176-194.
- Francoise, Y. (1990). *Francoise Dolto: de la ética a la práctica del psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Frank, J. B. (1988). *Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales*. Barcelona, México: Paidós.
- Freud, S. (1973). *Autobiografía: Historia del movimiento psicoanalítico*. Madrid: Alianza.
- Frith, U. (1991). *Autismo: hacia una explicación del enigma*. España: Alianza.
- Garanto, A. J. (1984). *El autismo: aproximación nosográfica-descriptiva y apuntes psicopedagógicos*. Barcelona: Herder.
- Garanto, A. J. (1994). *Epidemiología de la Psicosis y el Autismo*. Salamanca: Amarú.
- García Azola, P. (1994). *El cuerpo y lo imaginario en la psicosis*. Producciones simbólicas en las psicosis infantiles y el retardo mental Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil Vol. 7 Pág.101-107.
- González, J.J. (2002). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica*. Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social: Plaza y Valdés.
- Happé, F. (1998). *Introducción al autismo*. Madrid: Alianza.
- Jerusalinsky, A. (1998). *Psicoanálisis del autismo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kanner, L. (1972). *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Laplanche, J. y Pontalis J. (1994). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Labor.
- Ledoux, M. (1987). *Concepciones Psicoanalíticas de la Psicosis Infantil*. Buenos Aires: Paidós.

Ledoux, M. (1992). *Introducción a la obra de F. Dolto*. Buenos Aires: Amorrortu.

Loret de Mola Badillo B. (1991). *Reacciones Contra Transferencias y evolución de las relaciones de objeto en el tratamiento de una niña autista*. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol.13 pág. 98-112.

Mahler, M (1968). *Simbiosis Humana: Las vicisitudes de la individuación*. México: Joaquín Motriz.

Mannoni, M. (1992). *Lo que falta en la verdad para ser dicha*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mannoni, M. (1994). *Amor, Odio, Separación: Reencontrarse con la lengua pérdida de la infancia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Miller, S. (2005). *Child Psychotherapy: A Report from the Tavistock Clinic*. Journal of Child Psychotherapy. Vol. 31 (2) Aug 2005. 262-263.

Oroz Ibarra, J. (1991). *El autismo: como un nivel de estratificación del aparato psíquico*. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol.3 pág.86-98.

Ortíz, V.J. (2001). Tesis de Licenciatura no publicada. *La representación social del autismo en padres de familia con hijos autistas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Ciudad Universitaria, México D. F.

Paluszny, M. (1999). *Autismo: Guía práctica para padres y profesionales*. México: Trillas.

Parquet, J. (1992). *Autismo: cuidados, educación y tratamiento*. España: Masson

Pelicier, I. (1980). *Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía*. Madrid: Sedmay-Lidis.

Pérez de Plá, E. (1991), *El niño psicótico y la escuela: un enfoque Psicoanalítico*. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y Psicosis Infantil. Vol. 3, pág.1-47

Pérez de Plá, E. (1996). *Autismo y Psicoanálisis*. Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil. Vol.4, Pág. 29-49.

Poch J. y Ávila A. (1998). *Investigación en Psicoterapia: la contribución psicoanalítica*. Barcelona, México: Páidos.

Polaino-Lorente, A. (1982). *Introducción al estudio científico del autismo infantil*. España: Alhambra.

Powers, M. D. (1999). *Niños autistas: Guía para padres, terapeutas y educadores*. México: Trillas.

Riviére, A. (2001). *Autismo, orientación para la intervención educativa*. Madrid: Páidos.

Riviére, A. y Maltos, J. (1997). *Tratamiento del autismo: nuevas perspectivas*. Madrid: Argraf.

Ruiz, M. (1994). *El vínculo madre-hijo en la erotización destructiva como impedimento en el proceso de simbolización*. Producciones simbólicas en las psicosis infantiles y el retardo mental, Asociación Mexicana para el Estudio del Retraso Mental y la Psicosis Infantil, Vol. 7, Pág., 117-124.

Sigg. Carrero, F. (1992). *Las funciones maternas de mujeres con hijos autistas: una aproximación psicoanalítica*. Madrid: Páidos.

Tustin F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires, Amorrortu.

Tustin F. (1994). *Autismo y Psicosis Infantil*. España: Páidos.

Tustin, F. (1997). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Amorrortu.

Winnicott D. (1975). *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Laia.

Winnicott D. (1984). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Horme.

Zappella, M. (1998). *Autismo infantil: estudios sobre la efectividad y las emociones*. México: Fondo de Cultura Económica.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**