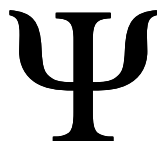




**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA.**



**TESIS TEORICA PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA.**

**CON EL TRABAJO TITULADO:
AUTISMO UN TRASTORNO OCULTO.
“DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS Y CARACTERÍSTICAS DEL AUTISMO
A TRAVÉS DE DOS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS”**

**PRESENTA:
CONTRERAS GONZÁLEZ ROXANA.**

**COMISIÓN DICTAMINADORA:
MAESTRO: HERRERA SALAS FERNANDO.
MÉDICO CIRUJANO: MORALES RUÍZ MARCO AURELIO.
MAESTRA: ROSETA SÁNCHEZ CAROLINA.**



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Gracias a ti, por permitirme llegar hasta esta meta, a pesar de los obstáculos en el camino, gracias por darme salud y vida para poder disfrutar de este momento.

A mis padres, gracias por enseñarme a tener siempre ganas de vivir, por su apoyo económico y emocional, por enseñarme que la constancia, la autoexigencia y el amor hacia el trabajo son valores para vencer cualquier obstáculo.

A mi hermano, gracias por tu apoyo y por enseñarme todo a lo que yo no pongo la suficiente atención.

A la familia González Malagón, le agradezco que siempre han creído en mí, por enseñarme a trabajar y por la confianza que siempre me han depositado.

A mi hermana Karina Hurtado, gracias por siempre estar, por tu escucha, por ser la mejor compañía, por tu fuerza, por siempre creer en mí.

A Eduardo Maya, por ser mi compañía, por apoyarme cada día, por ser un buen ejemplo a seguir, por permitirme admirarlo y por estar en esas ocasiones en que quería desistir.

A Leticia, Jesús Ernesto, Michell, Iraís, Aldo, Roberto, Rafael, Héctor Bernardo y Manuel de Jesús gracias por acompañarme en este camino, por sus enseñanzas, por su apoyo y por siempre estar.

A mi director de tesis, Fernando Herrera, le agradezco la confianza que siempre ha puesto en mí, por su paciencia, por escuchar, por siempre abrir una puerta nueva cuando me encontré confundida, gracias porque por ti recupere la confianza en mí y en que juntos podríamos lograr un trabajo de tesis diferente.

Al doctor Marco, gracias por su tiempo, por ser quien me orientara cuando sentí que no podía hacer una mejor redacción, gracias por compartir todos sus conocimientos sobre la disciplina médica.

A la maestra Carolina, gracias por su paciencia en cuanto a nuestra falta de coincidencia de tiempo, por revisar hasta la última letra de este trabajo y gracias por permitirme encontrar en la neuropsicología la respuesta a muchas de las interrogantes que me planteé.

Gracias a todos aquellos que fueron mis compañeros y profesores en mi camino como estudiante, gracias a la máxima casa de estudios, la UNAM, por todo lo que nos da y porque siempre estaré orgullosa de llevar su nombre en alto.

Finalmente, gracias por existir a todas las personas catalogadas como diferentes, por su presencia y esencia y por concientizarnos de que son capaces y hábiles en aspectos de los cuales la “normalización se ha olvidado”.

INDICE.

INTRODUCCION	PAG. 6
CAPITULO 1. HISTORIA DEL CONCEPTO.	PAG. 10
CAPITULO 2. DISCURSO MÉDICO-BIOLÓGICO.	PAG. 26
CAPITULO 3. DISCURSO PSICOLÓGICO.	PAG. 62
CAPITULO 4. EL MODELO DE DESARROLLO PROPUESTO POR MAHLER.	PAG. 94
CAPITULO 5. LA EXPLORACIÓN DEL AUTISMO HECHA POR MELTZER.	PAG. 112
CONCLUSIONES	PAG.135
BIBLIOGRAFIA	PAG. 150

RESUMEN

En el presente trabajo, se puede encontrar un análisis a profundidad del tema del autismo desde las diferentes disciplinas que han abordado dicho trastorno, encontrándose en primera instancia datos valiosos a nivel médico y psicológico acerca de la etiología, características y el tratamiento a seguir para las personas autistas. La información obtenida permitió establecer la conclusión de que si el autismo se ve en aislado por cada una de las disciplinas no se podía encontrar un puente de enlace entre lo corporal y lo subjetivo, deduciéndose que este tema debe ser estudiado interdisciplinariamente, para acercarnos con mayor certeza a la solución de casos concretos en un ámbito clínico.

Es así, como por el estudio de la neuropsicología se encontró un puente de enlace entre la funciones cerebrales, la estructura psíquica y lo sociocognitivo y se pudo afirmar que la etiología autista podría tratarse de una cadena de causas que llevan al individuo a tal estado.

Así mismo, para establecer realmente una relación entre lo subjetivo y lo corporal en este trabajo, se hace énfasis en una forma diferente de explicar los comportamientos autistas, fue entonces cuando el psicoanálisis se convirtió en la principal herramienta, pues se encontró que el autismo se trata más bien de rasgos que manifiestan una alteración en la estructura psíquica del individuo; cabe destacar que aunque lo fisiológico no es descartado desde el psicoanálisis se pudo explicar el porque de los rasgos autistas y se hace una reflexión acerca de los diferentes códigos de comunicación en estos infantes a los cuales los de aquí afuera no hemos sido capaces de acceder, se concluye de igual forma que las manifestaciones corporales como los movimientos motrices repetitivos son una expresión de sentirse vivos, refiriéndose a la persona autista desde otra óptica en la cual la se es capaz de ser y de sentir con rasgos que tienen un objetivo al ser manifestados.

El autismo ha sido estudiado desde los siglos XVIII y XIX, a pesar de ello, hoy en día los investigadores no han podido conjuntar sus aportaciones y con ello definir la etiología o el modo de tratamiento del mismo, por lo que se trata de un trastorno que constituye un reto para las diversas disciplinas.

En 1911, Eugen Bleuer definió por primera vez tal trastorno, pero se constituyó como entidad diagnóstica hasta los estudios de Kanner en 1943, quien lo denominó autismo de la infancia temprana. Después de los estudios de Kanner, diferentes disciplinas se enfocaron a estudiar al autismo, encontrándonos hoy en día con que los criterios de diagnóstico varían, no sólo por la perspectiva desde la que se aborde, sino también de acuerdo a la cultura e ideologías entre un país u otro.

Uno de los datos que si ha adquirido uniformidad entre las diferentes disciplinas es que el autismo se puede diagnosticar a los treinta meses de edad aproximadamente, pues los comportamientos para definir el trastorno se hacen más evidentes, es importante mencionar, que la ausencia del lenguaje en el niño, es lo que hace que los progenitores acudan a los especialistas preocupados por este motivo.

Por otra parte, los estudios epidemiológicos realizados en la actualidad han detectado, en cuanto a género, que hay un índice mayor de varones con autismo que en mujeres, aproximadamente hay un hombre por cada cuatro mujeres. Sin embargo, se ha observado que en cuanto a cociente intelectual (CI), son más los varones con un cociente mayor a 50 que en las mujeres con autismo, es decir, que las mujeres, aunque son menos, están más afectadas a nivel intelectual por el trastorno, que los hombres.

En cuanto al número de personas detectadas con el trastorno, parece evidente que existe un numeroso grupo de infantes que reúnen algunos rasgos propios del autismo, pero muy pocos los que presentan un cuadro clásico

completo, desde esta tesitura podemos explicarnos, en parte, el porque de las variaciones porcentuales de incidencia del fenómeno pues trabajos realizados actualmente muestran porcentajes dispares según el país, la cultura y la perspectiva desde la cual se diagnostiquen o se aborden los casos.

Sin embargo, se ha reportado que las personas que tienen un cuadro clásico completo de autismo y no solo rasgos o similitudes con el trastorno están en torno a 4 por cada 10,000 nacimientos. Aunque si sumamos otras formas asociadas o similares al autismo nos moveremos en torno de 15 a 20 casos por cada 10,000 nacimientos.

Por otra parte, cabe mencionar que el autismo no ha sido definido de forma universal ni específica, porque son muchas las disciplinas que lo abordan: médicos (en diferentes especialidades destacando la neurología), psicólogos, psiquiatras, educadores especiales, logopedas, pedagogos, analistas, terapeutas familiares, fisiatras, por mencionar algunos.

A su vez, el hecho de que el autismo sea estudiado por diferentes disciplinas, cada una desde su propia perspectiva y con diferentes objetos de estudio, ha ocasionado que no se hayan definido las causas, ni las características del trastorno de manera universal; por tanto se han encontrado diferentes explicaciones que señalan la etiología de la psicopatología, ya que algunos la remiten a un daño funcional u orgánico, otros investigadores lo han definido como un retraso en el desarrollo, un déficit en la socialización, como un conjunto de conductas deficitarias e inclusive como una alteración entre las relaciones madre e hijo.

Así mismo, existen otras carencias en cuanto a este tema, por ejemplo, en el tipo de terapia a seguir, o cual será la más apropiada para el sujeto autista, y aunque hay innumerables herramientas para diagnosticarlo e incluso este

trastorno tiene un lugar dentro del DSM IV, aún no se ha establecido una estrategia definida de tratamiento.

Es así, como la estrategia general de este trabajo fue definir en primera instancia un panorama histórico y los principales antecedentes en el estudio del autismo, para así, a la vez, conocer como es que se diferencia esta psicopatología de otros trastornos.

En segundo lugar, se explica como es que diferentes disciplinas de estudio han abordado al autismo, destacándose los discursos médico biológico, neuropsicológico, psicológico, psiquiátrico y psicoanalítico, en congruencia con el objetivo de este trabajo que está orientado a *establecer cuál es la dimensión que existe entre lo corporal y lo subjetivo en el autismo a través del estudio de diferentes disciplinas de análisis*. Partiendo de la tesis principal de que si abordamos el autismo mediante un modelo integral que incluya a las diferentes disciplinas, entonces la persona que padece el trastorno tendrá un mejor diagnóstico, tratamiento y mejorará su calidad de vida.

Es así, como se pudo concluir, que el abordaje de una psicopatología como el autismo, no debe hacerse a través de disciplinas en aisladas, sino interdisciplinariamente, ahí tenemos por caso la neuropsicología, un área relativamente joven y que ha formado un puente entre la neurología y la psicología para establecer una conexión entre los procesos cerebrales y la estructura psíquica y sociocognitiva de los individuos autistas, lo que ha permitido y seguirá permitiendo una mejor forma de diagnóstico y un manejo integral que considere las diferencias individuales, para dar un tratamiento satisfactorio al paciente y a quienes le rodean.

En cuanto al ámbito psicológico, se pudo observar cómo a pesar de las diferentes perspectivas que se tienen dentro de esta disciplina, hay toda una gama de opciones para el tratamiento de los pacientes, que han resultado satisfactorias

para la adquisición de ciertas habilidades en el sujeto autista relacionadas con el ámbito social, comunicativo, de autocuidado, entre otras, que han permitido que las personas mejoren sus relaciones y su calidad de vida a pesar de ser diagnosticados con autismo.

Con respecto a lo anterior, es importante hacer énfasis en la importancia de la familia para el tratamiento del autista, porque independientemente de que se pueda ver a esta como un factor etiológico, desde cualquier perspectiva de abordaje resulta elemental, pues son ellos quienes diariamente conviven con el infante, quienes “viven” también la patología y quienes se enfrentan a una lucha diaria.

Es necesario mencionar, que dentro de este trabajo se ofrece la descripción y análisis de dos perspectivas analíticas, la de Margaret Mahler y Donald Meltzer, las cuales permitieron que se conociera el “interior” de las personas con autismo, ¿qué pasa con su estructura psíquica?, y una visión diferente en cuanto a la etiología y la explicación de las características del trastorno.

Para concluir, cabe mencionar, que con este trabajo se brinda la posibilidad de apertura a nuevos estudios a nivel empírico, a fin de proporcionar herramientas a nivel teórico que permitan ejercer una práctica novedosa.

Por tanto, se invita a que se lea detenidamente cada uno de los capítulos que a continuación se presentan, pues son ricos en contenido y se puede en ellos encontrar la respuesta a interrogantes encaminadas a explicar el trastorno autista, ¿qué hace que tenga conductas y reacciones determinadas? que a veces le obligan a guardar silencio y pareciera ser que aislarse de esta realidad.

“Hay que entender el lenguaje del que no habla, a su cuerpo y a su silencio como un instrumento del sentir”.

CAPITULO 1.

HISTORIA DEL CONCEPTO.

Uta (1989) y Sigman (1993), refieren que cualquiera que trate el tema del autismo tiene que remontarse a quienes primero abordaron tal trastorno: Leo Kanner y Hans Asperger. La publicación de Kanner se realizó en 1943 y la del segundo autor en 1944, ambos coincidían que desde el nacimiento se producía un trastorno fundamental que daría lugar a problemas muy característicos.

Con respecto al trabajo de Kanner, él comunicó el caso de 11 niños que mostraban un aislamiento extraño a edad temprana. Entre los síntomas que él descubrió el más significativo era la falta de relación, de estos niños con las personas que los rodeaban, por ello el síndrome fue llamado *autismo de la infancia temprana*. De manera retrospectiva, otros investigadores informaron que ya habían descubierto casos similares de niños autistas o con rasgos autistas, pero no fue hasta el estudio de Kanner que el autismo se constituyó en una entidad diagnóstica (Paluszny, 1987 y Sigmon, 2000).

Garanto (1994), Paluszny (1987), Sigman (1993), Sigmon (2000) y Uta (1989), destacan entre los autores que describen los trabajos de Kanner y Asperger y con respecto a esto se pudo encontrar lo que a continuación se describe:

Kanner y Asperger como parte de su trabajo y para definir el concepto de autismo como tal, se dieron cuenta de algunas características principales que mostraban los individuos a quienes estudiaron, lo que a su vez nos servirá para definir el llamado autismo clásico. Estas características según Kanner son: la soledad autista, el deseo de preservar la invariancia y los islotes de capacidad.

Uta (1989), con respecto a la *soledad autista*, dice que Kanner la definió en su obra como el trastorno principal del autismo y se refiere a la incapacidad que

tienen estos niños, desde el comienzo de su vida, para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones. Esta extrema soledad autista hace que desatienda, ignore y excluya todo lo que viene desde afuera, no teniendo una buena relación con quienes le rodean y es una soledad profunda que domina toda su conducta.

Siguiendo al mismo autor, en cuanto al *deseo de invariancia* descrito por Kanner, todas sus actividades son tan monótonamente repetitivas como sus emisiones verbales, el niño tiene un deseo obsesivo por mantener la invariancia.

Sigmon (2000) y Uta (1989), en lo que se relaciona con los *islotos de capacidad*, y tomando como base lo que Kanner observó acerca del vocabulario de los niños autistas hablantes, la excelente memoria de episodios que han sucedido varios años antes, la fenomenal memoria mecánica de poemas y nombres, y el preciso recuerdo de patrones y secuencias completas, da por conclusión que en estos niños hay evidencia de una buena inteligencia.

Sin embargo, hay dos rasgos los cuales harán posible el diagnóstico del autismo según Kanner y estos son: *la soledad autista y la insistencia obsesiva en la invarianza*. Según lo anterior es como si estos niños hubieran venido al mundo con una incapacidad innata para formar lazos normales, de origen biológico, de contacto afectivo con las personas, del mismo modo en que otros niños vienen al mundo con otras deficiencias innatas, físicas, intelectuales, entre otras (Sigmon, 2000).

Es importante mencionar, como lo refiere Garanto (1994) y Paluszny (1987), que los criterios o factores que Kanner observa en el grupo de niños que estudió no sólo presentaban las tres características anteriores sino también las siguientes:

- a) Incapacidad para tomar una postura de alzar los brazos cuando iban a cargarlo.
- b) Retraso importante en la adquisición del habla.
- c) Utilización no comunicativa del habla y ecolalia.
- d) Inversión pronominal.
- e) El niño estaba interesado en los objetos y reaccionaba a las personas como si fueran objetos fragmentados; es decir, si se le hacía una cosquilla, reaccionaba con miedo a los dedos que le estaban efectuando las cosquillas, pero no a la persona.
- f) Carencia de imaginación.
- g) Buena memoria mecánica y aspecto físico normal.
- h) Todos los niños autistas se creía que provenían de familias muy inteligentes.
- i) Anormalidades evidentes en la primera infancia.

Para concluir lo respectivo al trabajo que Kanner realizó, cabe mencionar que transcurridos doce años de intenso trabajo clínico, Kanner junto con Eisenberg en 1956, después de haber revisado con detenimiento más de 120 casos con diagnóstico de autismo, pudieron proponer una reducción de las características distintivas del autismo infantil, quedando las siguientes (Garanto, 1994):

- a) Extremo desinterés por las relaciones humanas.
- b) Incapacidad para emplear el lenguaje con propósitos de comunicación.
- c) Deseo obsesivo de mantener sin cambio las cosas.
- d) Fascinación por los objetos.
- e) Buenas potencialidades cognitivas.

Uta (1989), por su parte refiere que Asperger en 1944, describe casos de niños, los cuáles tienen como principales características las siguientes:

- a) No establecen contacto ocular y abarcan las cosas con breves miradas periféricas.
- b) Los gestos y expresiones faciales son pobres, sin embargo, hay muchos movimientos estereotipados como el balanceo.
- c) El uso del lenguaje parece anormal, poco natural.
- d) Los niños siguen, por completo, sus propios impulsos, con independencia de las exigencias del medio.
- e) No están preparados para aprender de quienes les rodean.
- f) Tienen áreas de interés aisladas.
- g) Pueden tener una excelente capacidad para el pensamiento lógico abstracto.
- h) Hay creaciones originales de palabras.

Siguiendo a Uta (1989), cabe mencionar, que Asperger hizo énfasis en que no todos los casos de individuos autistas presentan las mismas características, sin embargo, hay ciertos síntomas y manifestaciones que hacen evidente tal alteración, algunas de estas son:

- a) Que el lenguaje en algunos casos no aparece, o lo hace tardíamente.
- b) Parecen no comprender nada de lo que se les dice.
- c) No se orienta visualmente hacia los sonidos provenientes del medio.
- d) Pueden examinar minuciosamente algunos de los objetos que los rodean.
- e) Responden con una sensibilidad especial a ciertos sonidos.
- f) Nunca responden a las personas que les hablan o que quieren llamar su atención.
- g) A algunos les gustan los sonidos rítmicos y parece que les causa una gran satisfacción.
- h) Ciertos niños tienen explosiones de risa ó de rabietas violentas y parece no haber ningún motivo en el ambiente para que estos estados de ánimo sucedan.

- i) Cuando hablan repiten lo que se les dice como un eco (ecolalia) sin entender el significado.
- j) Son partidarios del orden de las cosas que les rodean.
- k) Tienen una extraña obsesión por coleccionar cosas.
- l) Pueden ser muy diestros en actividades que requieren habilidad mental como armar rompecabezas, dibujar, operaciones matemáticas, juegos con figuras geométricas, aprenderse números de teléfono, nombres ó direcciones, etcétera.
- m) Son muy monótonos, durante el día pueden hacer exactamente las mismas actividades que hicieron a la misma hora el día anterior.
- n) Un aspecto muy importante es que hay una falta de actividad imaginativa, con ello se hace referencia a la ausencia de juego de ficción y la falta de interés por las historias típicas de acción.
- o) Sobretudo en la edad adulta sufre de ataques epilépticos.
- p) Soportan condiciones de dolor, de hambre y climáticas que fueran insoportables para muchos.
- q) Cuentan con destrezas sensoriales superiores: para la música, el dibujo, juegos de armar, gran memoria de datos concretos etcétera.

Es importante enfatizar en las similitudes entre las características encontradas en los sujetos observados por Kanner y Asperger; sin embargo, en referencias posteriores como la de Sigmon (2000), se puede observar que a diferencia de lo descrito por Kanner, Asperger hacía mención a un conjunto de síntomas que más tarde se diferenciaron del autismo y al que se le llamo Síndrome de Asperger. Y a diferencia del autismo este síndrome no conllevaba retrasos importantes en el desarrollo cognitivo y en el lenguaje, pero sí incluía una insuficiencia en la motricidad fina y gruesa. Es importante agregar que la diferenciación entre el autismo y el Síndrome de Asperger no se estableció sino hasta 1994 y fue hecho por la American Psychiatric Association.

¿Pero qué se había investigado y estudiado en cuanto a conductas autistas antes de Kanner y Asperger?

Para dar pauta a la respuesta de tal interrogante hay que remontarnos a lo que refiere Uta (1989) y Garanto (1994), ya que mencionan que quien primero diera este nombre al conjunto de características que forman al autismo, fue Eugen Bleuler en 1911, quien lo confundió con un trastorno básico de la esquizofrenia que **“consiste en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo externo, una limitación tan extrema que parece excluir todo lo que no sea el propio yo de la persona”**. Esta limitación podría describirse como una retirada por parte del paciente, del mundo social para sumergirse en sí mismo.

Sin embargo, características del autismo fueron identificadas por otros estudiosos desde tiempo antes, aproximadamente en los siglos XVIII y XIX, uno de los casos más conocidos fue el de Víctor, el niño salvaje de Aveyron en quien después de encontrarlo y querer “educarlo”, se dieron cuenta de que tenía características comportamentales de una persona autista, no era posible enseñarle a comprender aquello que no era capaz de percibir, además Víctor en el bosque de Aveyron soportó aproximadamente durante 12 años, condiciones extremas de dolor por diversas lesiones que se detectaron en su cuerpo, hambre y las condiciones climáticas del bosque. Pero cabe aclarar que este niño, tenía algunas características del comportamiento autista, debido a la vida áspera y solitaria como la que en sus inicios vivió cuando vagaba libremente por el campo (Citado en Uta, 1989 y Paluszny, 1987).

A este respecto, a pesar de la bibliografía encontrada cabe aclarar, que muy probablemente en el caso de Víctor se identificaron características similares al autismo, pero no un cuadro autista como entidad nosológica, sino que seguramente la conducta de este niño se debió a las condiciones asociales en las que vivió durante doce años y que le hicieron adaptarse al medio salvaje y que al

quererlo introducir a la vida “humana” el infante no contaba con las características para adecuarse a las condiciones de un nuevo medio.

Es importante referir que antes de 1960, hubieron diversos autores que se dedicaron al estudio del autismo después de lo establecido por Kanner, estos son: a) Laurette Bender (1947), habló de esquizofrenia infantil, b) Rank (1949), habló de que el autismo era un desarrollo atípico del yo, c) Despert (1951), d) Darr y Worden (1951), e) Van Krevelen (1952), f) Mahler, (1952), quien habló de la psicosis autista, g) Bosc (1953) y h) Bakwin (1954). Con estas aportaciones, la naturaleza del autismo iba haciéndose más compleja, a la vez que el concepto aumentaba en precisión.

Por su parte Garanto (1994), Paluszny (1987) Polaino (1982) y Sigman (1993), refieren que dentro de los estudios importantes llevados después de 1960 y quienes aportaron de manera más completa información para el diagnóstico y definición del autismo, destacan los siguientes:

a) Polan y Spencer (1959) elaboraron una lista para la clasificación del autismo que consistía en la calificación de cinco categorías: 1. La distorsión del lenguaje, 2. aislamiento social, 3. falta de integración a las actividades, 4. Obsesividad y nerviosismo y 5. historia familiar.

b) Mildred Creak (1961), formuló una lista que contenía nueve puntos para diagnosticar la esquizofrenia en la niñez. Los cuáles incluían la descripción del autismo.

c) Tinbergen (1962), enfatizó en la falta de contacto ocular de estos niños.

d) Rimland (1964-1974), diseñó un cuestionario para el diagnóstico del autismo que podían llenar los padres, esta lista permitía diferenciar a los niños autistas de otros con diferentes alteraciones.

e) Lovaas (1965), hizo hincapié en el retraso mental que presentan algunos individuos autistas.

f) Lotter (1966), diseñó una lista diagnóstica para el autismo.

g) Makista (1966), se detuvo en observar la edad en la que comienzan las alteraciones que dan pauta para el autismo.

h) Rutter y Lockyer (1967), sintetizan los síntomas criterios del autismo en tres grandes núcleos, haciendo énfasis en el retraso en el lenguaje, caracterizado sobretodo por la disminución en la comprensión del mismo, ecolalia e inversión pronominal.

i) Ornitz y Ritvo (1968), sistematizan las alteraciones de la percepción y de la psicomotricidad en los autistas.

j) Rendle-Short (1969), reelabora la identificación de los aspectos que deben de tomarse en cuenta para el diagnóstico del autismo infantil, resumiéndolos en: elevación del umbral de sensibilidad ante las situaciones peligrosas. Muecas abundantes, hiperactividad, risas estereotipadas y sin conexión con la situación, dificultades para jugar con otros niños, falta de respuesta ante estímulos familiares y resistencia ante cualquier tarea de aprendizaje.

k) Hermelin y O'Connor (1970), publicaron un libro de gran influencia posterior, "Experimentos psicológicos con niños autistas", en el cual se demostró como este tipo de personas tienen mayor dificultad para extraer el significado de los estímulos que los niños con deficiencia mental.

I DeMyer y Churchill (1971), diagnosticaron el autismo con base a los principales puntos propuestos por Kanner: 1. aislamiento emocional, 2. carencia de comunicación verbal, 3. uso afuncional y repetitivo de objetos y 4. fracaso para participar en actividades lúdicas.

II) Rutter (1974), señaló que era necesario definir cuales de los muchos síntomas del autismo se encontraban en todos los niños con este trastorno y eran significativamente menos frecuentes en niños con otros diagnósticos. A partir de esto, se encontró tres síntomas esenciales para el diagnóstico de estos infantes: 1. fracaso profundo y generalizado en desarrollar relaciones sociales, 2. retraso en el lenguaje, comprensión defectuosa, ecolalia y reversión de pronombres y 3. fenómenos ritualistas o compulsivos. Aunque Rutter encontró otros cuatro síntomas frecuentes en los niños diagnosticados con autismo: 1. movimientos repetitivos estereotipados, 2. atención muy corta, 3. autolesiones y 4. control de esfínteres retrasado.

m) Lotter (1974), estudia la relación entre autismo y epilepsia.

n) Cambell, Rimland y Yuwiler (1974), incorporan las investigaciones metabólicas, psicofarmacológicas y bioquímicas para el diagnóstico y tratamiento del autismo.

ñ) Corbett (1977), incorporó las investigaciones neurológicas pormenorizadas y sistemáticas.

o) La National Society for Autistic Children (1977), adopta una definición formal del Síndrome de autismo y establece los criterios necesarios y suficientes para poder formular un diagnóstico correcto y estos son: 1. Los síntomas aparecen antes de los 30 meses de edad, 2. aparecen trastornos de desarrollo muy característicos, 3. trastornos en la respuesta a estímulos sensoriales, 4. trastornos

del habla, lenguaje y capacidades cognitivas y 5. trastornos característicos en sus relaciones con los demás, los acontecimientos y los objetos.

p) Rutter (1978), propuso los criterios para diagnosticar el autismo: 1. Incapacidad profunda para establecer relaciones sociales, 2. retraso en la adquisición del lenguaje que dificulta la comprensión, produciéndose ecolalias e inversiones pronominales y 3. fenómenos rituales y compulsivos (insistencia en la identidad).

q) Coleman (1978), hizo una propuesta en donde se intenta construir una nosología del autismo infantil y la clasificación quedo de la manera siguiente: Clase I: Síndrome primario de autismo infantil, Clase II: Síndrome de esquizofrenia infantil al que se asocian síntomas autistas y Clase III. Autismo asociado con lesiones neurológicas.

r) Tustin (1981), pensaba que el autismo es sobretodo, una alteración de tipo afectivo-emocional y su teoría estaba basada en que el sujeto autista tiene tal condición porque es consecuencia de una “retirada” de un mundo que es percibido como amenazante y peligroso. Y lo importante de su teoría fue que realizó una categorización del autismo en: autismo primario normal, autismo primario anormal, autismo primario encapsulado y autismo secundario regresivo.

s) La American Psychological Association (APA, 1983) en el DSM-III consideró al autismo como un trastorno profundo en el desarrollo, caracterizado por una distorsión en el desarrollo de las múltiples funciones psicológicas básicas implicadas en el desarrollo de las habilidades sociales y del lenguaje (atención, percepción, evaluación de la realidad y movimientos motores) y siendo muy significativo el hecho de que muchas de las áreas básicas del desarrollo psicológico estén afectadas simultáneamente de manera grave.

t) Cohen, Paul y Volkmar (1986), sugirieron modificaciones a lo dicho en el DSM-III, entre las tres principales están las siguientes: 1. que se tomen en cuenta los criterios para diferenciar los problemas del habla en los autistas de otros trastornos específicos del lenguaje. 2. El término autismo infantil se hace cada vez más inadecuado cuando estos individuos crecen. 3. Los niños diagnosticados con autismo deberían diferenciarse entre los que tienen un C.I. de 35 de otros con un C.I. de 95. Por otro lado, estos autores proponen dos categorías adicionales al DSM-III: 1. La primera denominada “Trastorno profundo de Desarrollo no especificada en otro lugar” que incluiría las psicosis degenerativas, el síndrome de Asperger. 2. La segunda denominada “Trastorno del desarrollo múltiple”, que se referirá al grupo de pacientes cuyos rasgos clínicos sugieren autismo pero que son diferentes a éste en cualidad y grado de severidad.

u) La APA (1988), en el DSM-III R, añade a las características del sujeto autista el deterioro de la capacidad imaginativa que contempla la ausencia de fantasías o de juegos simbólicos en los que el infante simula el papel del adulto.

Estas son algunas aproximaciones a la evolución histórica que ha habido en cuanto a como se ha ido formulando y complejizando cada vez más el concepto del autismo, como se han ido descartando y añadiendo distintos síntomas para el diagnóstico de tal trastorno, por ejemplo, en los años 90's se ha puesto gran interés desde diversas teorías en lo que es el autismo, pero sin embargo, hoy en día como lo refiere Uta (1989), la característica principal por la cual se comienza el diagnóstico del mismo, es aquella referida por Kanner en (1943), *la soledad autista*. Aunada a esta característica también se toman en cuenta los trastornos del lenguaje y la comunicación, la carencia del juego simbólico, el deseo obsesivo a la invarianza y la aparición temprana, aproximadamente a los 30 meses, de alguna alteración en el individuo.

Para concluir este capítulo, es importante mencionar algunos de los estudios recientes que más bien están orientados a la investigación experimental

con niños autistas pero que pueden ser de gran valor por los resultados que los autores encontraron, Sigman (1993), refiere los siguientes estudios:

a) Mundy, Sigman y Kasari (1990), refirieron que los niños autistas que muestran cierta atención conjunta tienen mejores habilidades lingüísticas, en el mismo momento y un año más tarde, que los niños autistas que no mostraron dentro de su diagnóstico atención conjunta.

b) Sigman, Kasari, Kwon y Yirmiya (1992), encontraron que si un robot extraño entra en la habitación en donde esta el sujeto diagnosticado con autismo y los adultos muestran tenerle miedo, los niños autistas no sienten ese miedo ni miran a la cara a los adultos.

c) Philips, Baron-Cohen y Rutter (1992), encontraron que si un adulto desconocido impide el movimiento de la mano del niño, o le molesta sujetando un juguete fuera de su alcance, el niño con autismo no mira a la cara del adulto, sino que intenta coger el objeto directamente.

d) Capps, Yirmiya y Sigman (1992), encontraron que los niños autistas que lograban etiquetar o empatizar con las emociones del protagonista, parecía que lo hacían de una forma cognitiva, como si estuvieran resolviendo una tarea intelectual.

e) Kasari, Sigman, Baumgartner y Stipek, (1993), observaron cómo los individuos autistas cuando terminan una tarea se muestran satisfechos por haberla logrado pero no miran al adulto en busca de aprobación y con frecuencia apartan la mirada si se les elogia.

f) Osterling y Dawson (1993), en una evaluación utilizaron grabaciones de fiestas del primer cumpleaños, en una muestra de once niños que posteriormente fueron diagnosticados con autismo, los cuales se

diferenciaron de once niños diagnosticados como normales, en que los primeros mostraban menos conductas sociales y atención conjunta. Las variables que tuvieron una función discriminativa fueron: señalar, mostrar un objeto a otra persona, mirar a la cara del otro y orientarse al oír su nombre; los niños autistas tuvieron actuaciones significativamente inferiores en relación a los niños etiquetados como normales.

Cabe mencionar, que desde los años ochenta el autismo ha sido estudiado por una disciplina relativamente joven, que es la **neuropsicología**, cuyo objetivo es orientar la investigación y aportar información que pueda ayudar a comprender mejor este problema y con ello analizar las diferencias individuales para encontrar nuevas estrategias terapéuticas, cabe aclarar que esta disciplina tendrá un apartado en el capítulo dos relativo al discurso médico-biológico, aunque a continuación se refieren los estudios recientes que Cabanyes (sin año) menciona en cuanto al autismo:

- a) Peter Hobson (1984), ha estudiado varios aspectos de la percepción y egocentrismo en los autistas.
- b) Baron-Cohen, Uta y Leslie (1985), ponen de manifiesto las dificultades que estos pacientes tienen para adquirir y desarrollar patrones de identificación de los estados mentales con respecto a los demás.
- c) Sloboda y col (1985), investigaron acerca de la excepcional memoria a largo plazo de material musical, que tienen las personas autistas.
- d) Romsey (1988), ha profundizado en diferentes habilidades cognitivas en adultos autistas con alta capacidad.
- e) Deborah Fein y Lynn Waterhouse (1989), han centrado sus investigaciones neuropsicológicas en la heterogeneidad de las personas diagnosticadas como autistas.

- f) Levin y col. (1991), ponen de manifiesto que la lesión de las estructuras prefrontales, en estrecha conexión con la amígdala y la corteza temporal anterior, está asociada a dificultades en el comportamiento social.
- g) Damasio (1991), maneja la hipótesis del marcador somático, según la cual, en estos sujetos, fracasaría la información somática que acompaña a la toma de decisiones interfiriendo los elementos que guían la conducta. Además de que plantea un trastorno en los autistas de las funciones ejecutivas.
- h) Hughes y Russell (1993), sugieren que las típicas alteraciones en la esfera social del sujeto autista también tienen una interpretación desde la disfunción de las funciones ejecutivas como una incapacidad para desengancharse del contexto inmediato y guiar las conductas por reglas internas.
- i) Uta Frith (1994), formuló una teoría del déficit de coherencia central, la cual señala las anomalías que presenta el sujeto autista en el área cognitiva.
- j) Cahill y col. (1995), sugieren que en el autismo debe haber una alteración en los lóbulos temporales en sus estructuras mediales lo que está relacionado con la regulación de las emociones y la memoria a largo plazo.
- k) Russell (1997), ha formulado sugerentes hipótesis sobre las funciones ejecutivas y el autismo.
- l) Minshew y col (1997), pusieron de manifiesto un perfil neuropsicológico caracterizado por trastornos en las habilidades motoras y dificultades en las funciones mnésicas complejas, en la organización compleja del lenguaje y en el razonamiento.
- m) Ozonoff (1997), sugiere que la planificación y la memoria de trabajo también están afectadas en el autista, lo que marca diferencias neuropsicológicas entre el autismo y otras psicopatologías.

- n) Jarrold (1997), sugiere que lo que parece fallar en el juego simbólico en los autistas es la falta de habilidad para generar ideas para el propio juego. Es decir que estos niños son capaces de imaginar cosas pero serían incapaz de llevarlas al escenario imaginado.
- o) Eslinger (1998), hipotetiza que hay una lesión cerebral frontal asociada a diferentes correlaciones entre empatía y flexibilidad cognitiva.
- p) Heinze y col. (1998), hipotetizan que en los niños con autismo, las fronteras entre los diferentes módulos (música, lenguaje, espacio, etc) parecen no existir, de tal manera que se puede observar un déficit en diferentes áreas no relacionadas entre sí, sugiriendo un mismo mecanismo subyacente.
- q) Mottron (1998), estudiaron la existencia de excepcionales habilidades memorísticas en muchos pacientes con autismo.
- r) Ring (1999), empleando una técnica de resonancia magnética funcional durante la realización de la tarea de figuras ocultas, pone de manifiesto que varias zonas activadas del cerebro son similares en el grupo control y autista, sin embargo, el grupo control mostraba una activación más extensa y la participación de las áreas corticales prefrontales y por el contrario, el grupo autista presentó una gran activación occipito-temporal. Esto sugiere que entre un grupo y otro hay una adopción de distintas estrategias cognitivas con la participación de diferentes estructuras cerebrales.
- s) Rusell (1999), sugiere que los niños autistas fracasan en las tareas ejecutivas porque no codifican verbalmente las reglas.
- t) Mottron, actualmente está aportando interesantes datos sobre el procesamiento sensorial en estos pacientes.

Para finalizar, y dar pauta al siguiente capítulo, es importante referir que la neuropsicología al abordar el autismo se convierte en un puente entre distintas disciplinas que antes estudiaban dicho trastorno en aislado, ahora esta disciplina da pauta a unir todo lo que se refiere al discurso médico y biológico con la psicología, dando auge a un estudio más completo y fino del trastorno autista.

Coincidiendo con Risueño y Motta (sin año), es así, como la neuropsicología que nos asiste hoy en día, se refiere a las funciones cerebrales y a su relación con los procesos cognitivos, lo que en el presente trabajo da pauta a dos de los siguientes capítulos aquí abordados, los cuales en primera instancia se verán por separado, para luego en forma de conclusión dar por sentada la importancia de que no se dejen de lado ninguna de las hipótesis o teorías que tanto lo médico y lo biológico nos brindan como el estudio psicológico.

CAPITULO 2.

DISCURSO MÉDICO-BIOLÓGICO.

El autismo ha sido analizado desde diferentes perspectivas de la psicología y a su vez lo han estudiado distintas disciplinas desde los marcos: médico, psicoanalítico, psicológico y psiquiátrico.

Es importante mencionar, que el autismo al igual que muchos otros trastornos no puede ser estudiado en aislado, sino que se necesita de la intervención de diversas disciplinas. Por otra parte, el autismo fue elegido para el presente trabajo porque aún no está definida su etiología ni todas las disciplinas coinciden en dar igual valor a los síntomas o características para el diagnóstico del mismo.

Por ello, resulta de gran relevancia que en este trabajo - por la naturaleza de sus objetivos - se definan cada una de las disciplinas que se han referido al estudio autismo. Entre los enfoques más relevantes encontramos el médico biológico, el psicológico y el psicoanalítico, los cuales constituirán los capítulos de este trabajo. En cada uno de ellos se describirán al menos tres puntos: la etiología, las características y la forma de intervención de parte de los profesionales que trabajan desde las diferentes disciplinas.

Es así, como desde la perspectiva médico biológica se refiere como hipótesis principal que como el individuo autista presenta características desde una etapa temprana debe tratarse de un problema biológico. Uta (1989), coincidiendo con esto, refiere que el autismo tiene una causa biológica, que es consecuencia de una disfunción orgánica.

A su vez, Baron y Bulton (1998), afirmaron que la teoría biológica sostiene que en el autismo hay una o varias anomalías en el cerebro y que estas pueden ser producidas por uno o varios factores biológicos, tales como los genes, las

complicaciones en el embarazo o en el parto y las infecciones víricas. Aspectos que en el presente capítulo se analizarán detalladamente.

- **Neuropatología.**

Garanto (1990), describe que la causa del autismo está relacionada con una alteración orgánica, que tiene que ver con una inmadurez en el sistema nervioso central, vegetativo o motor, que imposibilita a los individuos entablar una relación estable en su entorno y consigo mismos.

Siguiendo a este autor, se ha propuesto que el autismo se debe a una disfunción en el sistema de estructuras neurales bilaterales, incluyendo al anillo de la corteza mesolímbica localizada en la porción neural de los *lóbulos frontal y temporal*, el neostriatum y los grupos nucleares anteriores y medios del tálamo. Estas estructuras tienen en común el que constituyen el área de terminación de las neuronas dopaminérgicas que se originan en el mesencéfalo.

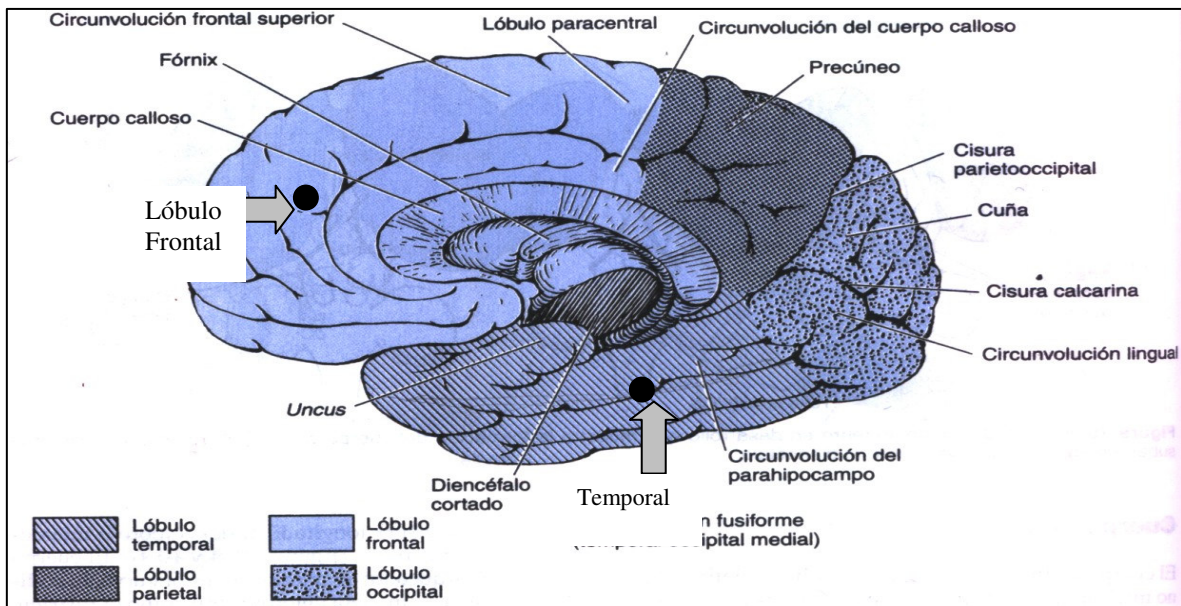


Fig 1. En donde se muestran los cuatro lóbulos que constituyen el cerebro, haciendo énfasis en el lóbulo frontal y temporal.

Cabe aclarar, según lo que refiere Waxman (2004), que si hubiera una alteración en las personas autistas, localizadas en el lóbulo frontal y temporal, las funciones que resultarían afectadas son las que se presentan en la siguiente tabla y esquema:

Cuadro 1. Áreas corticales especializadas.

Parte del cerebro	Nombre	Función	Áreas de localización en el esquema.
LÓBULO FRONTAL	Corteza motora primaria.	Activación de músculos voluntarios.	4
	Corteza premotora	Motricidad	6
	Campo ocular frontal	Movimientos oculares	8
	Área de Broca	Motricidad del habla y del lenguaje articulado.	44 y 45
LOBULO TEMPORAL	Corteza auditiva primaria.	Procesos de estímulos auditivos.	41
	Corteza auditiva de asociación.	Procesos de audición.	42
	Área de Wernicke	Comprensión del lenguaje.	22

En el autismo si hubiera un daño en cualquiera de estos dos lóbulos se podrían explicar muchos de los déficits que existen en las funciones de estas

personas: el déficit motriz incluso en los movimientos oculares y en la ejecución del habla, localizados en el lóbulo frontal y la hipersensibilidad o hiposensibilidad de los estímulos auditivos además de la deficiencia en la comprensión del lenguaje localizados en el lóbulo temporal. A continuación se presenta un esquema de la localización de estas áreas.

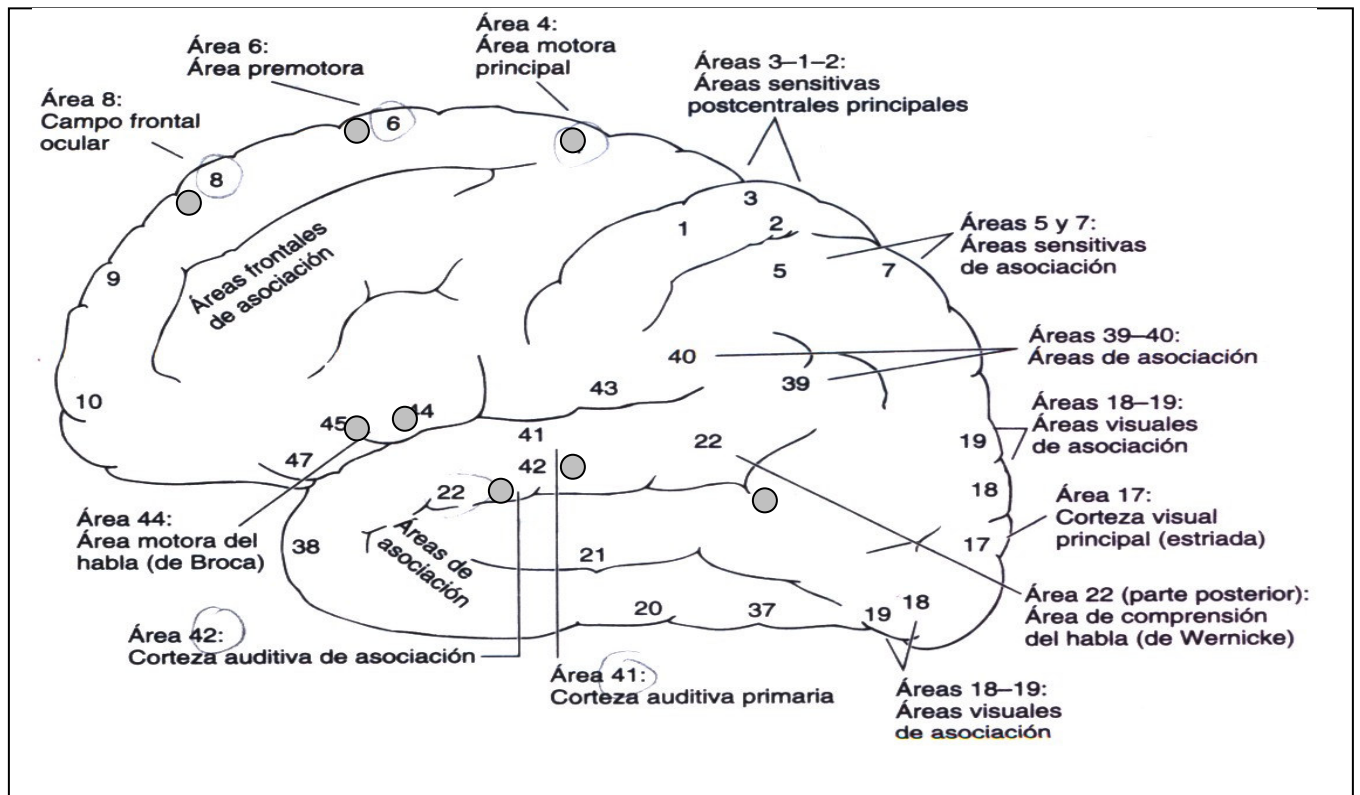


Fig. 2 Esquema de localización de las áreas corticales especializadas, enfatizando en el lóbulo frontal y parietal, (véase números indicados por puntos).

Baron y Bulton (1998), refieren que la idea de que hay algún daño cerebral en el autismo esta muy difundida, ya que en muchos casos si se encuentran anomalías de este tipo. Estos autores mencionan que las alteraciones se han encontrado en muchas áreas, pero más frecuentemente en los lóbulos frontales – responsables de la planificación y el control-, en el sistema límbico –responsable

de la regulación emocional- o en el tronco encefálico y en el cuarto ventrículo o en el cerebelo –que se encarga de la coordinación motriz. (veáse figura tres).

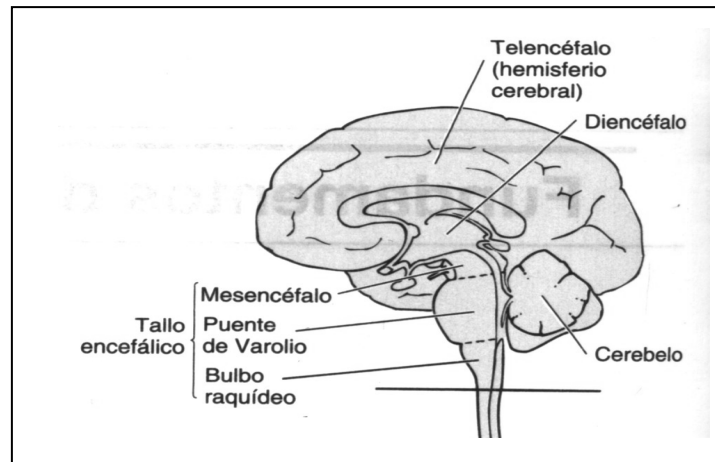


Fig 3. Esquema del cerebro en donde se muestra la localización del tallo encefálico, sus partes y el cerebelo.

Para estudiar estas anomalías los investigadores han desarrollado diversas técnicas para obtener las imágenes del cerebro, entre ellas se encuentran: la tomografía axial computarizada, las imágenes por resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones y la tomografía por emisión de fotón único.

Gracias a estos métodos, se ha encontrado que las anomalías cerebrales de los estudios con escáneres de las personas con autismo resultan más evidentes en la parte del cerebelo que se conoce como lóbulos vermales, cabe mencionar que actualmente se ha propuesto que estos lóbulos podrían cumplir un papel en el control de la atención entre otras funciones (Baron y Bulton, 1998).

Por su parte Dean (1998), describe que los estudios neuroanatómicos indican la presencia de anomalías en el cerebro emocional o límbico y en el cerebelo, las regiones encefálicas examinadas son importantes para procesar la información del entorno, en especial la vertiente social.

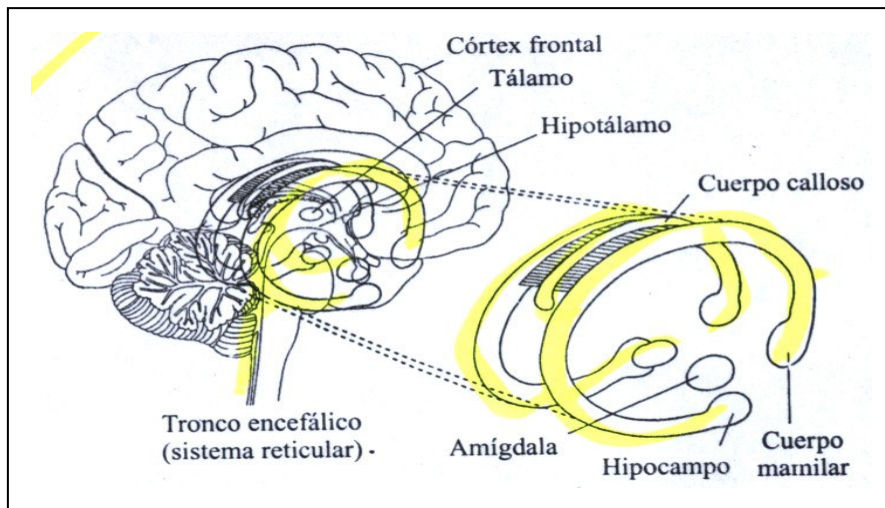


Fig. 4. Principales componentes del sistema límbico.

Así mismo, también se ha observado que hay sujetos autistas que al hacerles algunos estudios reflejan la existencia de una migración anormal de las neuronas hacia la corteza cerebral, así mismo, se han observado anomalías neuroanatómicas en las amígdalas, el hipocampo, el septo, el cíngulo anterior y cuerpos mamilares –en el sistema límbico-, identificándose así numerosas células pequeñas y estrechamente agrupadas en las regiones límbicas. A su vez se ha encontrado que a la hora de utilizar tinciones de células Golgi para el estudio de la morfología, se comprobó que las dendritas presentaban una menor ramificación, especialmente en la terciaria. Así, se llegó a la conclusión de que estas observaciones indicaban la existencia de una limitación del desarrollo del crecimiento de los circuitos cerebrales del sistema límbico en los pacientes con un trastorno autista (Piven y Bauman, sin año, citado en Dean 1998).

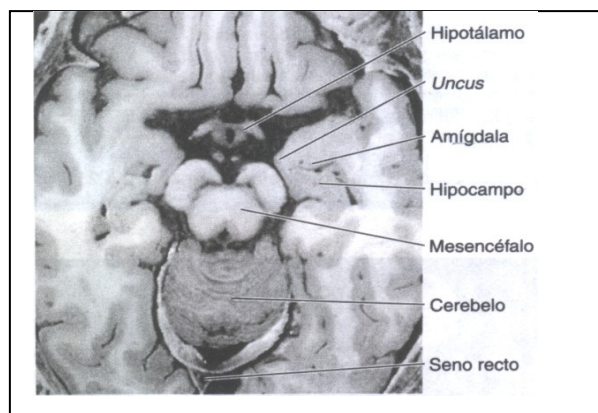


Fig. 5. Se muestran la amígdala y el hipocampo.

Este último autor, también refiere que los estudios de imagen cerebral, aportan información que concuerda con la inmadurez en el desarrollo del árbol dentrítico neuronal. Estos estudios concuerdan con un desarrollo incompleto de las redes neuronales distribuidas en las áreas de la corteza asociativa frontal y parietal (veáse figura 1), que participan en el procesamiento de la información completa. Este déficit puede asociarse a anomalías en los sistemas de ejecución y cognitivos sociales que son necesarios para la transferencia de la información entre regiones cerebrales.

Coincidiendo con el hecho de que la patología del autismo ha sido limitada a los circuitos cerebelosos y límbicos, Fejerman, Fernández y Chamoles, (1997), citan los siguientes estudios: Williams y col. (1980), notaron un aumento en la densidad celular en el cerebelo en uno de cada cuatro casos. Ritvo y col. (1986), registraron una disminución de células de Purkinje en el vermis y los hemisferios cerebelosos, así mismo, Bauman y Kemper (1994), encontraron que hay una pérdida en las células de Purkinje y –en menor cantidad- de células granulares en la corteza neocerebelosa, así mismo, encontraron que hay una marcada pérdida celular en el núcleo cerebeloso profundo; las células de las olivas inferiores se muestran pequeñas y descoloridas, y estaban amontonadas en la periferia de las circunvoluciones. Así mismo, para concluir con estos estudios Hauser y col. (1975), indicaron que los sujetos autistas en su mayoría tenían el cuerno del lóbulo temporal izquierdo más grande que el del derecho, lo que podría ser una base para explicar el trastorno del lenguaje y la patología límbica.

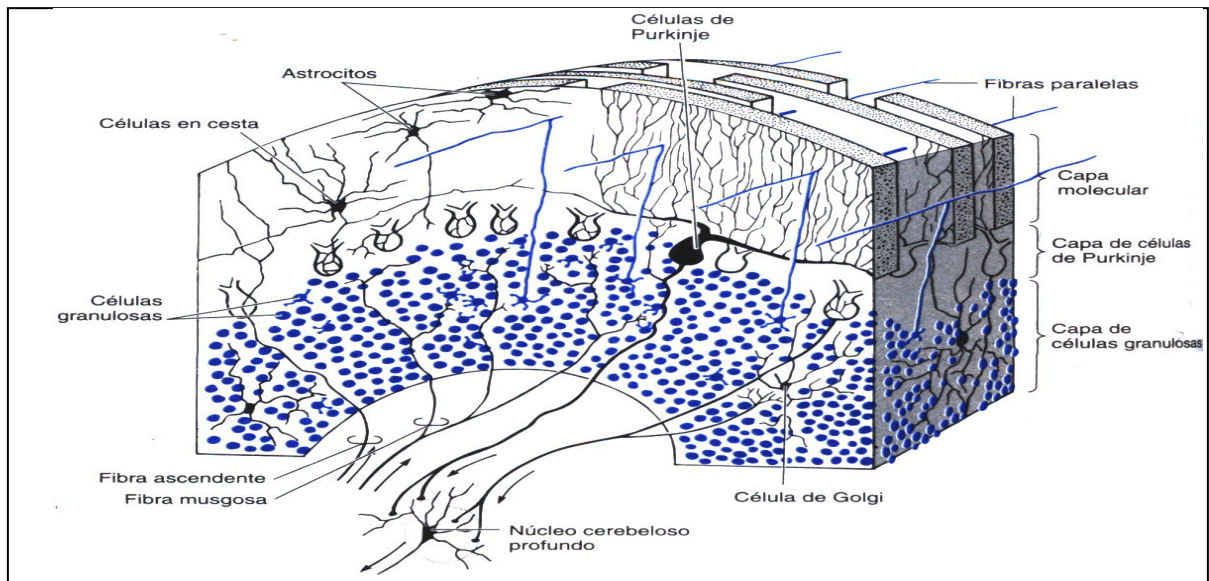


Fig. 6. En donde se representa la corteza cerebelosa, que incluye la células de Purkinje y la células granulosas.

Al respecto Uta (1989), menciona un estudio realizado por Courchesne y sus colaboradores (1988), encontraron una malformación inusual de una pequeña parte del cerebelo, refieren que el vermis cerebeloso posterior y los hemisferios cerebelosos aparecen más pequeños que lo normal en sujetos autistas.

Por su parte, autores como Carbona (2000), mencionan que varios estudios con resonancia magnética han puesto de manifiesto una frecuencia significativa de hipoplasia del vermis cerebeloso. De igual manera, se sugiere que hay una disminución del tamaño de las neuronas y aumento en el empaquetamiento de la corteza hipocámpica y en la amígdala temporal, así mismo, este autor coincide con que en la corteza cerebelosa las células de Purkinje y las granulosas están numéricamente disminuidas. En los últimos años se ha llamado la atención sobre el rol del cerebelo en procesos cognitivos –como el sistema ejecutivo, atención e integración espacial-, y en las competencias afectivo sociales, a través de sus conexiones moduladoras de la corteza prefrontal, parietal posterior y temporal superior.

Otro de los estudios importantes referido por Paluszny (1987), es el realizado en 1978 por Damasio y Maurer quienes se plantearon la posibilidad de que en el autismo esté alterado el sistema dopaminérgico del cerebro, que involucra principalmente los ganglios basales pero también partes de los lóbulos frontales y temporales, hipótesis que forma parte de los estudios relevantes acerca de la causa del autismo, pero que más bien está relacionado con las conductas que manifiestan estos individuos.

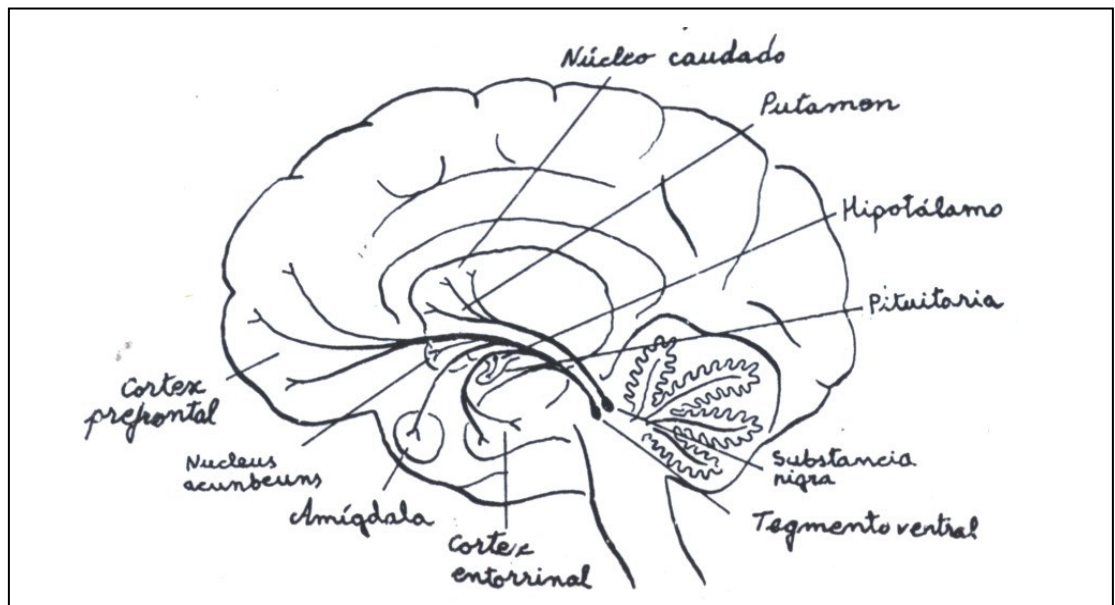


Fig. 7. Componentes del sistema dopaminérgico.

Cabe aclarar, que en referencia con lo anterior, si hubiera una alteración específica en el desarrollo dopaminérgico del cerebro, esto podría deberse a que las neuronas de este sistema no se reducen en número, como en el desarrollo normal, dando por resultado un aumento relativo en la cantidad de esas neuronas.

Para concluir, a nivel neurológico, hay algunos autores como Coleman (1979, citado en Garanto 1990), que refieren que la única región del cerebro que puede haberse visto afectada por un traumatismo precoz y conducir al autismo es el tálamo, región que se encuentra irrigada por la arteria cerebral posterior. Un defecto - según el autor - en los vasos de esta región sería suficiente para explicar el déficit autista en niños con pérdida de neuronas en la región del tálamo.

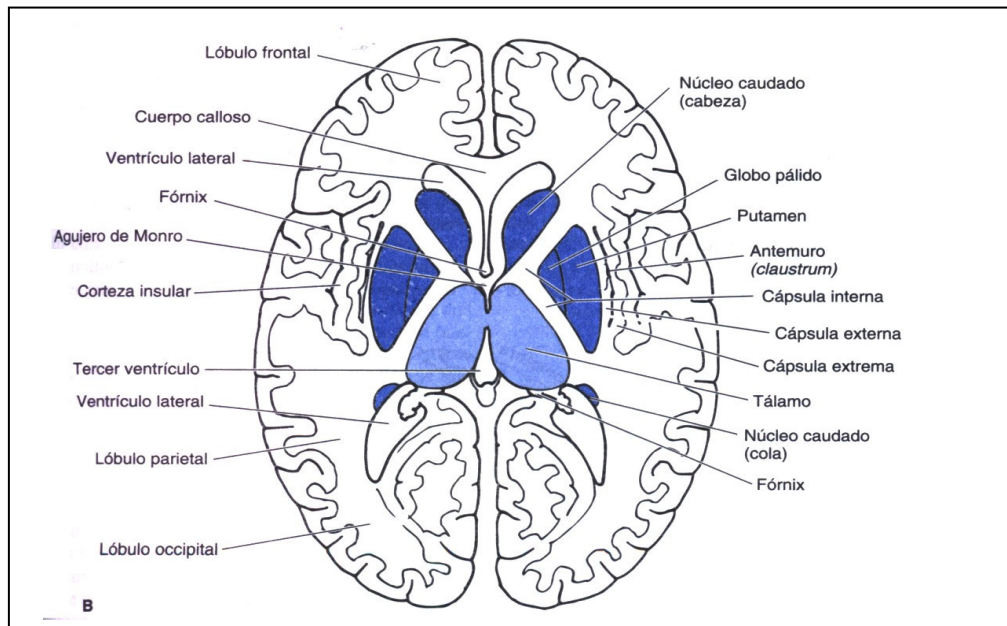


Fig. 8. Localización del tálamo en un corte frontal de los hemisferios cerebrales.

Cabe mencionar, que Baron y Bulton (1998), refieren que una nueva teoría del autismo sugiere que muchos de los rasgos psicológicos del autismo pueden explicarse postulando anomalías en los lóbulos frontales del cerebro, dado que aquellos pacientes que sufren daños cerebrales en el lóbulo frontal, a menudo sufren déficit psicológicos similares a los sujetos autistas.

Pero, si es que existe algún déficit en la estructura cerebral, este no podría verse en aislado, por ello algunos autores proponen que el autismo también puede deberse a una falla de la actividad eléctrica cerebral, una falta o exceso en las sustancias químicas del cerebro, a trastornos genéticos o a factores prenatales y perinatales que pueden probabilizar el trastorno.

- **Actividad eléctrica cerebral.**

Por su parte, Paluszny (1987), refiere que el autismo ha sido vinculado con diversas condiciones que producen desajustes en el sistema nervioso central (SNC), ya que desde la perspectiva de signos neurológicos leves, se han

presentado anormalidades –inespecíficas-, en los electroencefalogramas de sujetos autistas, así los investigadores a nivel biológico dicen que debe haber un daño en alguna parte del cerebro que cause el trastorno ya que los individuos que lo padecen, tienen problemas en el habla y patrones de aprendizaje característicos.

Entre las características a nivel médico y biológico que presentan los niños autistas, se encuentra alteraciones en algunos casos en los estudios electroencefalográficos, relacionadas con la epilepsia que es una manifestación muy común en sujetos autistas, presentándose la mayoría de las veces durante la adolescencia o en los adultos jóvenes diagnosticados con la psicopatología (Paluszny, 1987).

Coincidiendo con lo anterior, Uta (1989), hace referencia a signos de disfunción neurológica tales como: nistagmus anormales, persistencia anormal de ciertos reflejos infantiles y movimientos estereotipados, las pruebas de que existe una implicación orgánica en el autismo son diversas, sin embargo, estas pruebas sólo establecen que hay una anomalía cerebral, pero no su naturaleza.

Reforzando lo anterior, autores como Roulet (1993), Beaumanoir (1985) y Jayakar y Seshia (1991), (citados en Fejerman, Fernández y Chamoles, 1997), refieren que las anormalidades en los electroencefalogramas solo se presentan en niños autistas que han tenido eventos convulsivos. Estos autores explican que los que sufren afasia epiléptica, y entre éstos, los que presentan una regresión sin convulsión clínica, son propensos a tener descargas de espiga y onda generalizadas o bitemporales, especialmente durante el sueño, cuando los complejos de onda y espiga pueden dominar el trazado.

Siguiendo a estos autores, cabe mencionar que en la mayoría de las personas autistas de alto funcionamiento, libres de convulsiones y sin evidencia corroborativa de una patología cerebral, el electroencefalograma es normal. El

significado de una lentificación del ritmo de base es incierto, pero con frecuencia es demostrable por medio del análisis espectral del electro en niños con trastorno del desarrollo de las funciones cerebrales.

Por otra parte, el hallazgo de anomalías en los potenciales evocados corticales en autistas durante las pruebas de lenguaje y habilidades discriminativas, arrojan cierta luz sobre los déficit de procesamiento cortical (Courchesne, 1994; Novik, 1979 y 1980 y Dunn, 1994. Citados en Fejerman, Fernández y Chamoles, 1997).

Para concluir, Baron y Bulton (1998), refieren que por medio de estudios electroencefalográficos, los investigadores han encontrado que cuando el cerebro de personas autistas percibe una luz o un sonido responde con una descarga específica de actividad eléctrica que puede ser medida. Esta respuesta se llama potencial. La medida de potenciales relacionados con sucesos en niños con autismo ha revelado anomalías en el procesamiento cerebral de sonidos nuevos. Este hallazgo podría estar relacionado con la observación de que en algunos casos de autismo ocasionalmente se tapan los oídos como si los quisieran eliminar y podría por tanto suponerse una disfunción en los centros auditivos cerebrales.

Los investigadores no sólo han encontrado alteraciones en el electroencefalograma de sujetos diagnosticados con autismo, sino también variaciones en las respuestas respiratorias, la tasa cardiaca y la conductancia en la piel, lo que nos representa la existencia de una inmadurez en estos individuos. A su vez hay un déficit en la habituación de la respuesta de orientación, cabe mencionar que los componentes más obvios de esta respuesta consisten en enderezar sus orejas y volverse hacia la fuente de estimulación, lo que sucede en los autistas es que la respuesta se habitúa de forma anormalmente lenta (Uta, 1989).

- **Química cerebral.**

Otra de las hipótesis que se refieren acerca de las posibles causas del autismo a nivel médico biológico, es el hecho de que una sustancia relacionada con los neurotransmisores llamada serotonina puede tener un papel fundamental en la etiología del autismo, esta sustancia es un producto del metabolismo de un aminoácido: el triptófano, considerado esencial porque es indispensable para el ser humano y éste no puede sintetizarlo. Siguiendo con lo anterior, a pesar de los interesantes datos de investigación, que indican que hay altos niveles de serotonina en los individuos autistas, existen problemas y resultados conflictivos en la evaluación de las concentraciones de esta sustancia. (Paluszny, 1987 y Uta, 1989).

Garanto (1990), por su parte coincide con el discurso de los anteriores autores, pues el estudio del autismo se ha ido centrando en el descubrimiento de posibles alteraciones bioquímicas, metabólicas y enzimáticas, por lo que hay que tener en cuenta el papel capital que desempeñan en los estados emocionales la adrenalina, noradrenalina, serotonina, etcétera.

Reforzando lo antepuesto, Baron y Bulton (1998), refieren que la única alteración de una sustancia química cerebral que se ha encontrado en el autismo es la serotonina, -la cual actúa como neurotransmisor -, así, se ha descubierto que entre el 30% y el 50% de los niños con autismo tienen niveles altos de serotonina *en sangre*. No se sabe por qué los niveles son altos; aunque hay una relación con los niños que tienen una discapacidad mental, pues sus niveles de esta sustancia también están incrementados.

Es importante mencionar que Dean (1998), refiere a su vez que en conjunto con las alteraciones de serotonina en algunos sujetos autistas se ha indicado la existencia de una desregulación de los ritmos de cortisol y de la melatonina.

Para concluir, Uta (1989), refiere que esta alteración químico-orgánica, consiste en variaciones de diferentes sustancias químicas, metabólicas y enzimáticas, así como en un posible daño estructural en el cerebro, por ejemplo, puede haber una carencia o un exceso relativo de sustancias neurotransmisoras, o la falta de alguna enzima. Garanto (1990), a su vez refiere que al estudiar este campo se ha encontrado que algunas de las sustancias a nivel químico que pueden estar afectadas en el caso del autismo son las que se muestran en los cuadros siguientes:

Metabolitos	Sustrato	Resultado	Autores
Serotonina	Sangre y plaquetas	Elevada actividad	Schain y Freedman (1961)
Noradrenalina	Plasma	Elevada actividad	Lake (1977)
□-1 antitripsina	Suero	Baja actividad	Walter-Smith y Andrews (1972)
Mg++ K+	Eritrocitos	Baja actividad	Saladino y Sankar (1973)
5-HIAA	Líquido cefalorraquídeo	Baja actividad	Cohen (1974)
Etanolamina	Líquido cefalorraquídeo	Elevada actividad	Perry (1978)
HPCA	Orina	Elevada actividad	Landgrebe (1976)
Bufotenina	Orina	Elevada actividad	Narasimhachari y Himwich (1975)
DMT	Orina	Elevada actividad	Narasimhachari y Himwich (1975)
4-OH hipúrico	Orina	Elevada actividad	Lis (1976)
Ácido úrico	Orina	Elevada actividad	Coleman (1976).
Calcio	Orina	Baja actividad	Coleman (1976)

Enzimas	Sustrato	Resultado	Autores
Dopamina β-hydroxilasa	Suero	Baja actividad	Goldstein (sin año)
Monoamina oxidasa	Plaquetas	Actividad normal	Boullin (1976)
Catecol-o-metil-transferasa	Eritrocitos	Elevada actividad y baja actividad	O´Brien (1976)
Superóxido dismutasa-1	Eritrocitos	Elevada actividad	Golse (1978)
Glutation peroxidasa	Erotrocitos	Baja actividad.	Golse (1978)

Cabe mencionar, que aunque si se han visto alteraciones en algunas sustancias químicas en los sujetos autistas, no en la mayoría de los casos estas han predominado, solamente el alto nivel de serotonina identificado de un 30% a un 50% de los casos se puede considerar como una información relevante en relación con el trastorno autista.

- **Trastornos genéticos.**

Paluszny (1987), menciona que numerosos investigadores han explorado la posibilidad de que exista una anormalidad cromosómica en el autismo, pero los estudios no han sido convincentes al respecto, a su vez, lo estudiado muestra que es poco factible que el autismo sea resultado de una simple herencia genética, pero este autor refiere que hay indicaciones de cierta tendencia familiar. A partir de ciertos estudios realizados con niños autistas, se ha calculado que existe el 2% de posibilidades de tener otro niño autista en la familia, con lo cual coincide Uta (1989).

Siguiendo a este ultimo autor, se dice que aunque parece poco probable que el autismo sea un trastorno heredado por la anormalidad de un solo gen, deben investigarse otras probabilidades genéticas, ya que el síndrome autista podría ser el resultado de una anormalidad genética múltiple –en cromosomas no identificados-, de tal manera para que se presente tiene que haber una variedad

de genes de naturaleza mutante, o que varios genes sean los que causen dicha anormalidad.

Al respecto Dean (1998), sugiere que la probabilidad de repetición del trastorno autista que pueden tener los progenitores al nacer un segundo hijo después de un primer niño afectado, es de aproximadamente un 3%, es decir, de 60-100 veces la frecuencia de base existente en la población general.

Siguiendo a este mismo autor, actualmente existen datos de que el trastorno autista puede ser una enfermedad genética, ya que en tres estudios epidemiológicos de gemelos idénticos se han observado porcentajes de concordancia elevados del 36-91%, en comparación con un porcentaje de concordancia de cero en gemelos no idénticos. LeCouteur, Bailey y Rutter (sin año, citado en Dean, 1998), demostraron que el 92% de gemelos idénticos presentaban una concordancia para un fenotipo general de déficit cognitivo o social, frente al 10% de los gemelos no idénticos. Así pues, los hermanos y los padres de un individuo con un trastorno autista pueden presentar mayor riesgo de déficit social y cognitivo de grado leve o mínimo, pero de tipo similar a los observados en el trastorno autista.

Coincidiendo con lo antes expuesto, Baron y Bulton (1998), refuerzan el dato de que entre el 2 y el 3% de los hermanos y hermanas de niños con autismo desarrollan el trastorno. También estos autores coinciden con que la frecuencia con la que ambos gemelos sufren autismo es significativamente mayor que la frecuencia observada en gemelos no idénticos. Esto muestra que hay alguna causa genética del autismo, sin embargo, incluso la posibilidad de que gemelos idénticos tengan autismo si uno de ellos lo tiene no llega al cien por cien. Esto sugiere que lo que se hereda puede ser no simplemente el autismo, sino un conjunto de dificultades psicológicas, como problemas de lenguaje, discapacidad mental, dificultades de lectura y algunos problemas en el aprendizaje.

Pero a parte de estos estudios con hermanos, hay otras alteraciones genéticas que se han visto asociadas con el autismo, estos son los que siguen:

Uta (1989), refiere que el autismo esta relacionado con un síndrome denominado, "X frágil" que se encuentra con mucha frecuencia en los varones, esta relación entre una y otra afectación se debe a que en ambas afecciones se presentan anomalías en el lenguaje o mutismo y ecolalia, un tono de voz extraño y una dificultad para mantener conversaciones, aversión al contacto ocular y desagrado por el contacto físico con otras personas. Pero aunque no es lo mismo un síndrome y el otro, se ha encontrado que una cierta proporción de personas que sufren de X frágil es autista, pero aún sigue sin conocerse la verdadera incidencia de la anomalía X frágil en la población con autismo.

Garanto, (1994), refiere coincidiendo con lo anterior, que el síndrome del X frágil es un factor predisponente al autismo, y además agrega otros factores como la rubéola materna (especialmente cuando va asociada con sordera o ceguera infantil), la fenilcetonuria no tratada, anoxia durante el parto, la encefalitis, la meningitis y la esclerosis tuberosa.

Sin embargo, Steffenburg (sin año, citado en Dean, 1998), observó que este síndrome de cromosoma X frágil, solo se presentó en el 9% de 22 pares de gemelos con conducta autista, y Piven (sin año, citado en Dean, 1998), identificó el marcador del cromosoma X frágil, en tan sólo 2 de 72 casos estudiados.

A pesar de los anterior Dean (1998), propone que los síndromes que se han visto asociados con el comportamiento autista son los que siguen:

- Síndrome del cromosoma X frágil
- Esclerosis tuberosa
- Neurofibromatosis
- Espasmos infantiles

- Fenilcetonuria
- Infección rubeólica
- Infección herpética
- Hidrocefalia
- Distrofia muscular de Duchenne

Al respecto, Baron y Bulton (1998), describen algunas de las patologías relacionadas con el autismo:

- Fenilcetonuria:

Es un trastorno heredado que supone una incapacidad orgánica para descomponer el agente químico natural conocido como fenilalanina. Como consecuencia se produce un incremento de toxinas relacionadas en el organismo y, éstas pueden dañar al cerebro. Este problema se trata en la actualidad haciendo que los bebés afectados ingieran una dieta especial. Antes de que se descubriera este tratamiento los niños no solo padecían daño cerebral, sino que ocasionalmente también *desarrollaban autismo*.

- Neurofibromatosis:

Este trastorno genético afecta la piel y los nervios y también puede darse discapacidad mental debida a daño cerebral. Este trastorno se identifica a causa de algunas manchas marrones que aparecen en la piel en el torso o en las extremidades. Ocasionalmente estos niños también desarrollan autismo, pero no se sabe la causa.

- Esclerosis tuberosa:

Hay algunos estudios que indican que el autismo es bastante frecuente entre los niños que padecen este trastorno. Los rasgos propios de esta

enfermedad pueden incluir una pigmentación rara en la piel, una especial aspereza facial y, tumores cerebrales. Este tipo de afección también puede dar a lugar a un tipo especial de epilepsia conocida como **espasmos infantiles**, esta epilepsia es muy frecuente en niños autistas y ha sido postulada como causa del autismo; de manera que resulta posible que el vínculo entre el autismo y la esclerosis tuberosa meramente refleje la asociación común entre ambos y los espasmos infantiles. No obstante, datos recientes ponen esta idea en cuestión, y sugieren que podría ser alguna otra característica de la esclerosis –posiblemente los tumores cerebrales- lo que condujera el desarrollo del autismo.

- Síndrome del cromosoma X frágil:

Este síndrome habitualmente supone el desarrollo de una discapacidad mental y a menudo implica una apariencia facial extraña (orejas grandes y sobresalientes, nariz larga y una frente alta). Este síndrome se denomina así porque las personas con este trastorno presentan un hueco anómalo en su cromosoma X. La X frágil tiene lugar en un menos del 10% de niños con autismo, sin embargo, este pequeño porcentaje convierte este síndrome en la causa más común del autismo identificada hasta el momento.

- Síndrome de Möebius:

Es un defecto de nacimiento que afecta los nervios oculares y musculares, por estas conductas que son frecuentes en el autista, se ha visto relacionado con tal síndrome.

Estos son algunos de los síndromes y otros padecimientos que han sido relacionados con el autismo o que se han visualizado como la causa del mismo, sin embargo, nada hasta el momento se ha determinado como una causa única del trastorno autista, pero como ya se pudo denotar el síndrome del cromosoma X frágil, esta relacionado con la tendencia a desarrollar el autismo.

- **Factores prenatales y perinatales.**

Olmos, Rivera y Gamboa (1990), refieren que se ha comprobado que las lesiones perinatales y las anomalías en el desarrollo del cerebro se encuentran con mucha frecuencia en el sujeto autista.

Dean (1998), coincidiendo con lo antepuesto, señala que problemas diversos durante el embarazo de la madre o en el período perinatal puede aparecer en algunas ocasiones el trastorno autista.

De manera más específica Baron y Bulton (1998), indican que los problemas que tienen lugar durante el embarazo y el parto ocurren con mayor frecuencia en los niños con autismo de lo que sería de esperar. Por ejemplo, los siguientes factores de riesgo han sido descritos en relación con el autismo:

- a) Las madres de más de 35 años de edad en el momento del nacimiento.
- b) El orden de nacimiento –el primero, o el cuarto o nacidos más tarde presentan un riesgo ligeramente mayor-.
- c) La ingesta de medicamentos durante el embarazo.
- d) La presencia de meconio (las primeras deposiciones del bebé) en el fluido amniótico durante el parto.
- e) Las pérdidas de sangre durante el cuarto y el octavo mes de embarazo.
- f) La incompatibilidad “Rh” entre los grupos sanguíneos del niño y de la madre.

Así pues, la identificación de los anteriores factores sugiere que los problemas que tienen lugar durante el embarazo y el parto pueden dañar al bebé, sin embargo, estos factores no pueden causar por sí mismos el autismo pero sí ser parte de la causa, y pueden operar en combinación con factores genéticos u otros.

- **Las infecciones y otras enfermedades relacionadas con el autismo.**

Paluszny (1987) y Uta (1989), han referido que el síndrome autista está relacionado con enfermedades virales y que aunque ciertas complicaciones perinatales no se han asociado claramente con la patología, la rubéola durante el embarazo causa una alta incidencia de autismo en el bebé, pero no en todos los casos de autismo hubo un antecedente de rubéola durante el embarazo de la madre.

Por su parte Baron y Bulton (1998), señalan que además de los factores genéticos y de nacimiento o embarazo, también las infecciones pueden dañar el cerebro durante el embarazo o en la primera infancia y se encuentran vinculadas con el autismo, ellos proponen también a las infecciones como causa del trastorno autista, pero esto no tiene porque ser necesariamente así, de momento las infecciones de las que se han indicado que pueden estar asociadas con el autismo, son las siguientes:

- Rubéola:

El virus de la rubéola, en especial si se contrae durante los tres primeros meses de embarazo, puede dañar el cerebro del feto y producir una discapacidad mental, sordera, ceguera y autismo.

- Herpes encefálico:

El virus del herpes a veces afecta el cerebro del bebé y puede provocar una inflamación cerebral conocida como encefalitis. Ocasionalmente, los niños que desarrollan una encefalitis también desarrollan un estado de tipo autista.

En cuanto a otras enfermedades relacionadas con el autismo, Paluszny (1987), refiere que el autismo se encuentra vinculado con la enfermedad “celiaca”, caracterizada por intolerancia a las grasas y al gluten, se cree que el gluten puede dañar el epitelio intestinal, y el mal se caracteriza por heces voluminosas por las grasas y otras sustancias no absorbidas, problemas de crecimiento y otros cambios físicos. Esta relación entre la enfermedad celiaca y el autismo, el autor la refiere porque se han identificado a varios niños autistas que la padecen.

A pesar de lo anterior, hay que recordar que muchos niños que sufren una infección cerebral no desarrollan autismo, sin embargo se ha visto que los virus que afectan el cerebro de los bebés o de fetos pueden contribuir a la causa del mismo.

- **Tratamiento desde la perspectiva médico biológica.**

Paluszny, (1987) y Uta (1989), mencionan que en cuanto al tratamiento del autismo, hay una esperanza en el tratamiento farmacológico ya que se han aceptado los retos de la investigación y por tanto, los médicos han intentado emplear distintas sustancias con el fin de ayudar a las personas autistas por medio de la administración de neurotransmisores, enzimas, vitaminas y dietas. Sin duda, ciertos síntomas del autismo pueden tratarse con fármacos, pero parece improbable que pueda encontrarse una terapia farmacológica que prevenga o invierta el curso de esta patología.

Baron y Bulton (1998), refieren que al cobrar conciencia de que los factores biológicos son de importancia fundamental como causa del autismo, ha ganado terreno la búsqueda de fármacos para el tratamiento. Aunque de momento no existe una sustancia que genere mejorías claras en los síntomas básicos del autismo, estos autores señalan que algunos de los tratamientos probados en los individuos autistas son los siguientes:

- Fenfluramina:

Este es un fármaco que reduce el nivel de serotonina en la sangre, cuando esta sustancia se utilizó por primera vez generó una gran expectativa pues parecía que había cambios en la conducta de los individuos autistas, pero después se descartó esta posibilidad. Además de que esta sustancia se ha visto que puede dañar el sistema nervioso en animales en los que se suministró.

- Megavitaminas:

Se ha propuesto como tratamiento para el autismo dosis excepcionalmente elevadas de vitaminas B6 en combinación con el magnesio. Este tratamiento ha sido propuesto a partir de información de que había mejorías en el sujeto autista. Sin embargo, cuando se interrumpe el tratamiento puede producirse un incremento de las perturbaciones esto es, hay un efecto de rebote.

- Tranquilizantes mayores:

Este término hace referencia a un conjunto de diversos fármacos relacionados entre sí –tales como el haloperidol, la clorpromacina y la tioridazina– que se emplean frecuentemente en adultos con trastornos psiquiátricos. Ocasionalmente se han utilizado en niños con autismo, pero no porque mejoren al autismo en sí mismo, sino porque pueden proporcionar una mejoría temporal en la agitación, agresividad, insomnio, conductas repetitivas y otras características del trastorno.

- Naltrexona:

Este fármaco actúa bloqueando los efectos de sustancias que el organismo segrega naturalmente, llamadas opioides. En la actualidad se está evaluando la eficacia de este tratamiento.

- Fármacos contra la epilepsia:

La epilepsia afecta aproximadamente a un 30% de los niños con autismo. Puede tener muchas formas, desde accesos completos, hasta ausencias en las que las personas parecen desconectarse durante algunos segundos o minutos. Para dar medicamento de este tipo el sujeto tiene que haber presentado una crisis epiléptica las cuales aparecen hasta la adolescencia, hay que realizar electroencefalogramas e inclusive un escáner cerebral y pruebas de sangre. Si es conveniente dar tratamiento, se espera ver los resultados de este y si en varios años el individuo autista no tiene una crisis este se retira.

Con respecto a lo anterior, Meneghello y Grau (2000), agregan a los anteriores tratamientos el uso de medicamentos para controlar el exceso de dopamina en los sujetos autistas, ya que en algunos casos hay un nivel elevado de esta sustancia.

Para concluir, es importante enfatizar en que ningún medicamento hasta ahora probado, ha sido muy útil para contrarrestar la patología autista, más bien el éxito de algunas sustancias médicas se ha ido enfocando a la reducción y control de ciertas conductas autistas inapropiadas, como la agresión, la autoagresión, algunos movimientos estereotipados e incluso eventos convulsivos.

- **Neuropsicología.**

Descrito todo lo anterior, que nos ayuda a explicar las posibles causas y las características del autismo como una alteración orgánica del individuo, hay una disciplina relativamente joven, que parece ser un puente que une a la medicina (en específico a la neurología), con la psicología para estudiar en conjunto el trastorno autista, es así, como la neuropsicología brinda una evaluación, un diagnóstico y un tratamiento más adecuado, individual e integral al paciente.

Así mismo, se puede decir que en la neuropsicología de estas décadas, se puede observar un gradual distanciamiento de las mediciones clásicas de las funciones cognitivas solamente y se ha puesto un progresivo interés por los déficits sociales y ejecutivos (Cabanyes, sin año).

Cabanyes (sin año) y Motta y Risueño (sin año), definen a la neuropsicología como “el estudio de las relaciones existentes entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y la sistematización sociocognitiva en sus aspectos normales y patológicos, abarcando todos los periodos evolutivos de desarrollo”.

En breves palabras la neuropsicología que nos asiste hoy en día, se refiere a las funciones cerebrales y a su relación con los procesos cognitivos, la neuropsicología como lo refieren Motta y Risueño (sin año), es ciencia, arte y técnica.

Como ciencia, nos brinda el conocimiento de lo neurobiótico, la descripción del funcionamiento cerebral; como arte, buceamos en el saber y en lo imaginario del hombre que padece, para que pueda hacerse cargo de su factividad y a partir de allí, construya desde sus posibilidades. Como técnica evalúa la forma de inteligir, *elabora planes que basados en la plasticidad neuronal, modifiquen el comportamiento*, alivien su padecer y ayuden a las personas a construir su propia existencia en el interjuego dinámico, de lo que se desea, se puede y se debe.

En cuanto a lo que se refiere como plasticidad cerebral, estas últimas autoras mencionan que el ser humano desde que nace está en permanente proceso de autoeducación, siendo el cerebro el que posibilita esto; es así, como el sistema nervioso central responde a la estimulación dada desde el mundo, permitiendo un desarrollo progresivo, el mismo que genera una mayor ramificación dendrítica, que de acuerdo a los principios de plasticidad y especificad

posibilitaran un entramado neuronal conformando las posibilidades de un *yo psíquico y cognitivo*.

Es relevante mencionar, que es en la infancia y especialmente en el primer periodo de la vida que este desarrollo adquiere su importancia, es por ello que la neuropsicología se preocupa por el hombre desde el inicio de su vida para proveer a la persona de una existencia más sana y para ello se ha formado la especialidad en Neuropsicología del Desarrollo.

Cabe mencionar, que desde esta visión de la neuropsicología es importante considerar las modalidades perceptivas, es decir, la forma particular de acercarse al conocimiento del mundo, que dependerá en principio y como fundamento funcional, de sus posibilidades sensorperceptivas, con las que el niño opera, independientemente de que exista una lesión o una disfunción (Motta y Risueño, sin año).

Es así como, se puede dar inicio a la explicación del autismo desde la neuropsicología, ya que desde esta disciplina está definido como un trastorno del desarrollo que afecta el modo como el niño ve el mundo, se relaciona con él y aprende de sus experiencias (Cabanyes, sin año). Agregándose que los niños autistas tienen una alteración en el contacto social con patrones restrictivos y estereotipados de comportamiento, así como una diferencia en sus intereses, actividades y lo que se refiere a la imaginación.

Este último autor, hace mención de que el objetivo de la neuropsicología en el autismo es orientar la investigación y aportar información que pueda ayudar a comprender mejor el problema y a analizar las diferencias individuales y, de este modo encontrar nuevas estrategias terapéuticas.

Así mismo, se hace referencia acerca de que hay dos teorías dentro de la neuropsicología que se han enfocado a explicar el autismo, la primera es la teoría

afectiva que propone Hobson (1986), que hace referencia acerca de las dificultades que tienen los autistas para percibir y reconocer las emociones de los demás expresadas en sus manifestaciones corporales. La segunda es la de Baron-Cohen (1988), denominada teoría de la meta, que señala los déficits que tienen los sujetos con autismo en la capacidad de inferir los estados mentales de los demás y que está muy relacionada con la falta de empatía en estos pacientes.

Estas teorías expondrían el déficit en el área emocional del niño autista ya que al no ser capaces de entender que detrás de determinadas acciones de los demás hay un propósito y un plan, las acciones de las otras personas se tornan incomprensibles para ellos, lo que a su vez explicaría porque es que estos niños no imitan a posibles modelos y no han adquirido el lenguaje.

En cuanto al substrato neurobiológico de las alteraciones neuropsicológicas observadas en el autismo es complejo y no está claramente definido, sin embargo, Cabanyes (sin año), refiere que hay tres grandes sistemas que podrían ser los responsables de la mayor parte de los síntomas típicos del autismo: en primer lugar esta el frontoestriado, cuya lesión se asocia con alteraciones en la memoria de trabajo, la generación y control de planes y los mecanismos de inhibición; la lesión en esta área se ha visto asociada con la emisión de movimientos estereotipados.

En segundo lugar, las estructuras temporales mediales y sus conexiones con el sistema límbico, tales como la corteza prefrontal orbitaria , que tiene que ver con algunos aspectos del control social , con la memoria y las emociones.

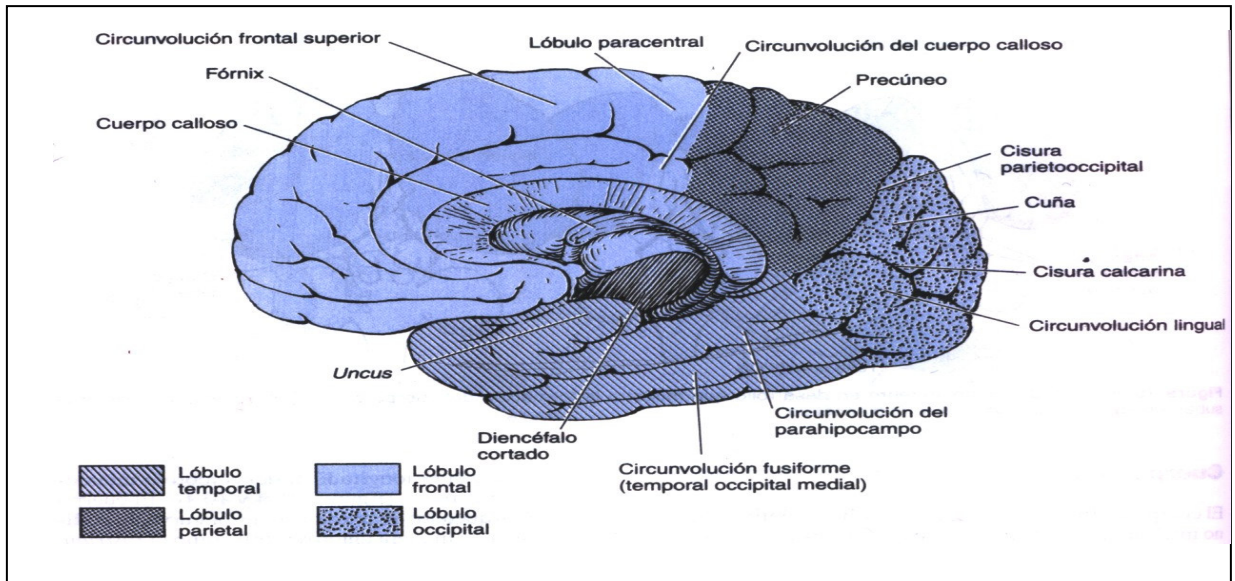


Fig. 9. Se muestran las estructuras temporales mediales.

La tercera estructura implicada en el autismo es el cerebelo que se vincula con algunos procesos de aprendizaje en los que interviene la flexibilidad de la atención y las habilidades visomotoras.

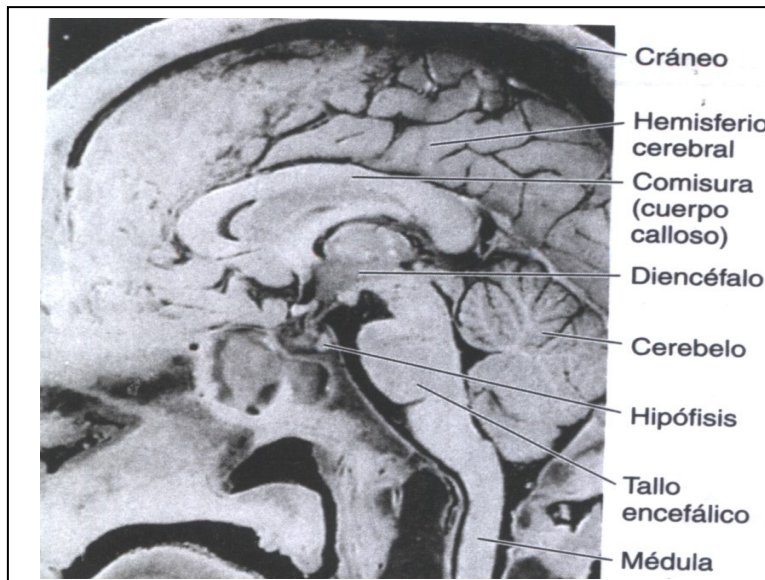


Fig. 10 Se muestra la localización del cerebelo en a través de un corte sagital medio.

Así mismo, es como la neuropsicología reconoce según Cabanyes (sin año), que en el sujeto autista existen tres áreas que resultan alteradas en el autismo, las cuales son las que siguientes.

a) Trastorno de la interacción social y sensorial.

Hay una dificultad en el área social para relacionarse con los demás y la atención y aprobación de los otros no tiene importancia, en una palabra se relaciona con los demás como si fueran objetos que se emplean para conseguir algo, sin contar con los sentimientos, intereses o reacciones de los otros, el bebé con autismo es incapaz de establecer un contacto adecuado con la madre y hay en el niño una tendencia al aislamiento y una falta de interés por lo que le rodea. A su vez, hay un fracaso en la capacidad de imitación y una casi nula calidad de apego.

En neuropsicología el concepto de empatía surge en el estudio del autismo, pues esta habilidad claramente está afectada, este concepto hace referencia a la experimentación de una especial sintonía con el otro lo que permitirá conocer o ser capaz de captar los estados emocionales de los demás.

La falta de empatía en el autista se ha explicado en el discurso médico, enfatizando en una probable lesión en los lóbulos frontales, específicamente la región prefrontal lo que está relacionado también con el déficit en la capacidad de abstracción, en el lenguaje, en la memoria o en algunos elementos de la atención (veáse figura 1 para ubicar su localización).

Para concluir, cabe mencionar que autores como Levin (1991) y Eslinger (1998), (citado en Cabanyes, sin año), refieren que seguramente la lesión en el autismo se encuentra en la amígdala y establece la teoría de una alteración en la corteza temporal anterior.

A nivel sensorial, se ha podido ver que en los niños autistas se puede observar que responden a los estímulos sensoriales con una hipersensibilidad o hiposensibilidad; se ha evidenciado la hipersensibilidad y conductas de desagrado a sonidos de baja intensidad, en otras ocasiones ruidos aturdecidores pueden

pasar desapercibidos por los infantes. Cabe agregar, que con frecuencia muchos niños presentan una especial habilidad para la reproducción de piezas musicales.

También se ha afirmado que los niños autistas visualmente procesan información de manera distinta a los demás, pudiendo ser hábiles en ciertas tareas como encontrar figuras ocultas o memorísticas.

La alteración en el área sensorial, sugiere que en el sujeto autista posiblemente se encuentren alteraciones en el lóbulo temporal pues controla la corteza auditiva primaria y de asociación y en el lóbulo occipital pues controla el proceso de estímulos visuales.

b) Déficit en las funciones ejecutivas.

Este déficit en las funciones ejecutivas desde la neuropsicología ha sido importante para explicar el autismo, se pueden observar dos déficit: en el control de las acciones y el pensamiento y el segundo en la comprensión de conceptos, a su vez, se ha sugerido que la planificación y la memoria de trabajo también están afectadas en este tipo de pacientes.

A su vez, hay otras conductas que como las refiere el autor en el autismo son alteradas, y estas se refieren a la resistencia al cambio, las estereotipias, los rituales y la falta de espontaneidad. Una de las habilidades afectadas en el niño y que es de interés para los investigadores tiene que ver con el déficit del juego, el cual presenta enormes dificultades para el juego simbólico.

Cabe mencionar, que la posible localización a nivel cerebral de este tipo de déficit esta vinculado con tareas en donde se encuentra implicada la selección, el mantenimiento y la manipulación de la información durante la planificación y en el empleo de estrategias para lograr una meta, de este modo las funciones ejecutivas intervienen también en la memoria ya que permiten seleccionar el modo

mejor de procesar la información, por ello en el siguiente inciso que se refiere al déficit en las funciones mnésicas se explica en donde pudiera estar el daño.

c) Déficit en las funciones mnésicas.

El déficit en las funciones mnésicas esta localizado en los lóbulos temporales y, particularmente en sus estructuras mediales, esta región del cerebro a su vez, está relacionada con la regulación de las emociones y de la memoria a largo plazo. Cabe mencionar, que el daño bilateral de estas estructuras causa pobres respuestas emotivas, escaso contacto visual, débil capacidad de sintonía y esterotipias motoras.

Así mismo, Boucher (1980), (citado en Cabanyes, sin año), refiere que en el autismo parece que las alteraciones neurofuncionales se dan en las primeras etapas de desarrollo, es posible que la plasticidad neuronal modifique la expresión e intensidad de las alteraciones en la memoria, a su vez, refiere que el patrón deficitario de los autistas es similar al de los pacientes con amnesia episódica pura.

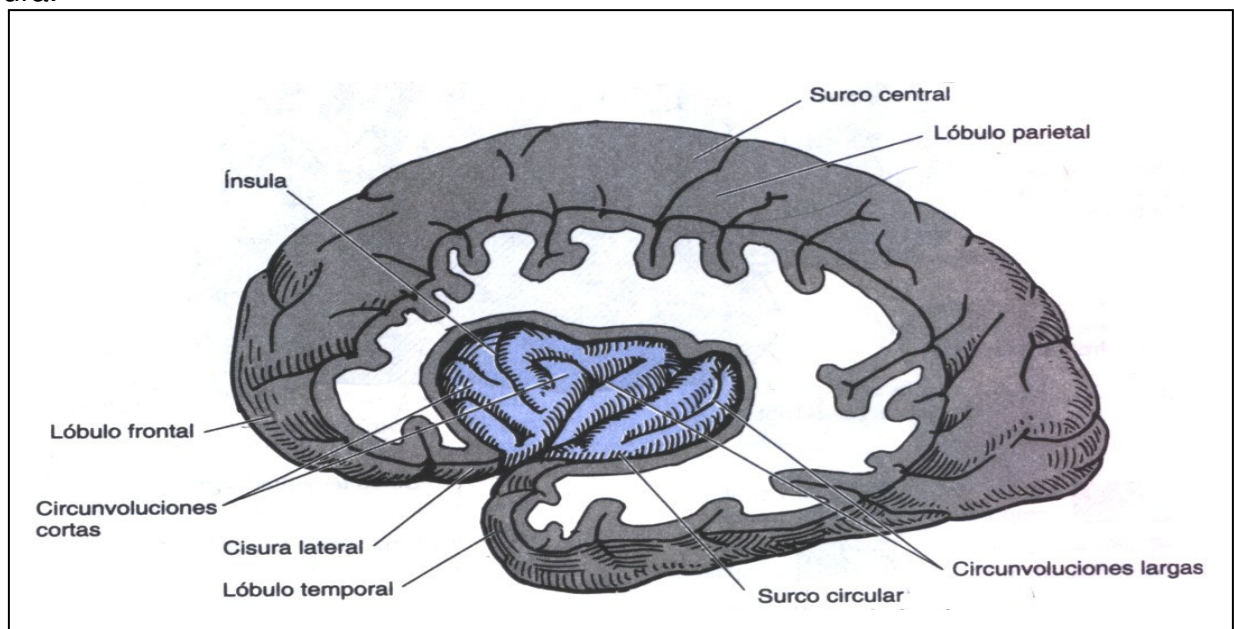


Fig. 11. Localización del lóbulo temporal.

Para concluir, cabe mencionar que las lesiones prefrontales se asocian a problemas de memoria, secundarios a dificultades en la recuperación de la información, que pueden, en parte, resolverse cuando se les presenta una ayuda. Esto explica que este tipo de pacientes, sean capaces de recordar una lista de nombres cuando tienen una señal significativa, pero son incapaces de hacerlo en tareas de memoria libre.

Es así como la neuropsicología aporta importantes datos acerca del trastorno autista y construye una nueva visión del problema, que deja de lado los antiguos discursos que querían separar a los diferentes trastornos y solo encasillarlos en una sola disciplina de estudio ya fuera únicamente la médico biológica o solo la psicológica, posibilitando así una mejor atención a los pacientes y una visión más completa del problema.

Coincidiendo con Risueño y Motta (sin año), se ha postulado que para que exista un niño autista, se requiere más que un cerebro disfuncional o una dinámica familiar fallida; es aceptable pensar que el autismo puede ser el resultado de una dinámica entre el cerebro, el psiquismo no estructurado aún y una ambiente social no tan favorable.

- **En conclusión**

En lo concerniente al autismo, debido a que hay muestras de etiología biológica y existen indicios de que puede asociarse con otros trastornos, es razonable pensar que más de una causa puede producir este síndrome, y agregando a esto, se puede decir que entonces el origen del trastorno no sólo puede ser en un nivel orgánico o funcional sino relacionado con otros factores como los psicológicos, familiares, sociales, de la relación entre padres e hijos y por tanto del medio en donde se desarrolla el individuo, para lo cual la neuropsicología se ha destacado por ofrecer a los estudiosos de las diferentes disciplinas un panorama multidimensional del trastorno.

En sí, cuando uno habla de la etiología a nivel médico biológica, se puede establecer una cadena de causas; como se ha visto, el origen de la psicopatología aquí estudiada no llega a ser concreta, se ha hipotetizado que el defecto puede tener muchos orígenes, que incluyen el nivel neurológico, el genético, el químico y el vírico. Así es como se pueden admitir causas múltiples y también deficiencias variables.

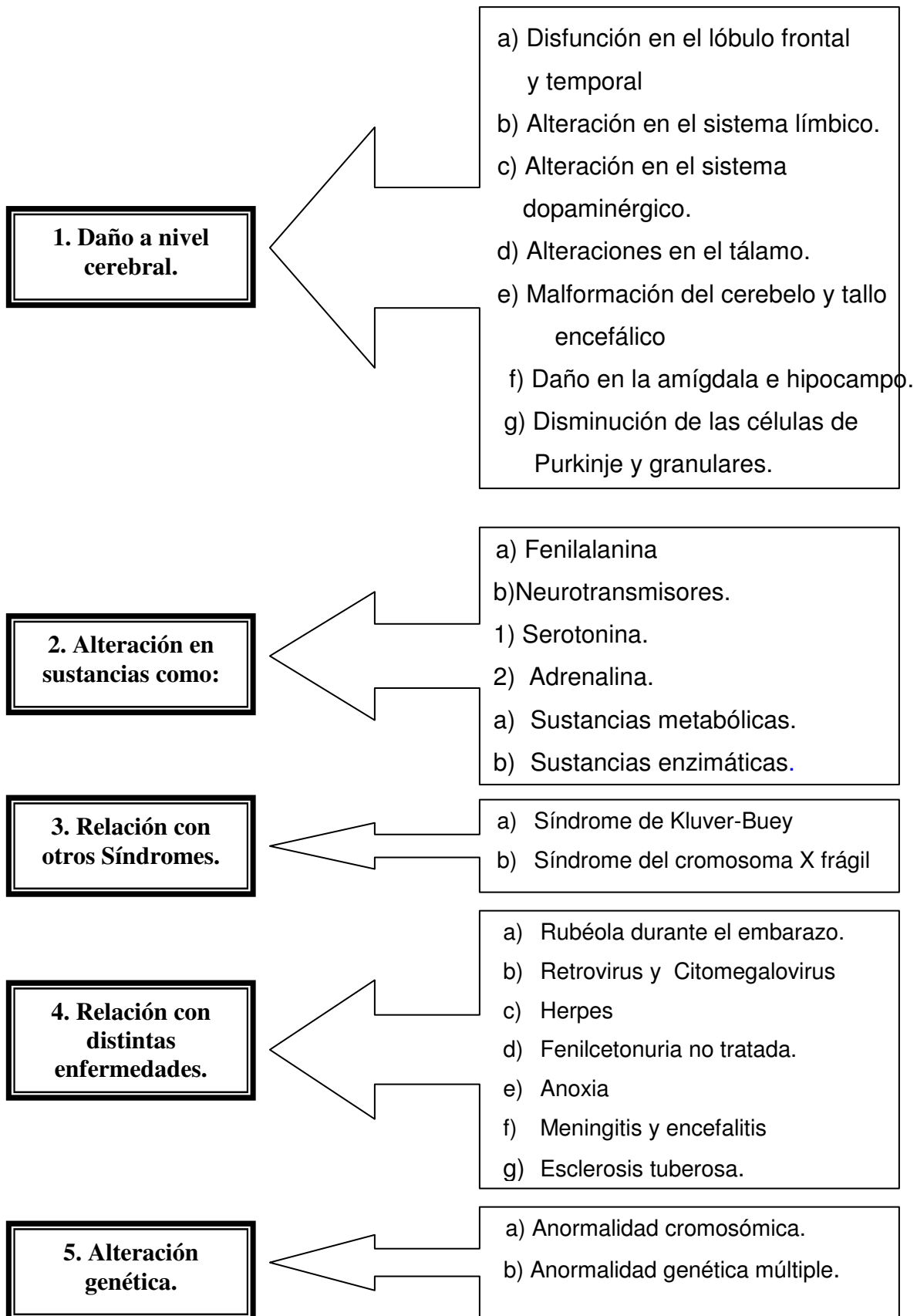
Es claro, por tanto, que distintas condiciones orgánicas pueden predisponer al niño a desarrollar autismo. Pero aún así, no ha sido posible encontrar una específica causa o en aislado que de origen al trastorno.

Es así, como a pesar de las distintas hipótesis planteadas a partir de la perspectiva neuropsicológica, no ha habido un acuerdo que sea universal para definir una causa específica y universal del autismo, pero la neuropsicología ha ayudado tanto al ámbito médico como psicológico a definir más claramente la patología, además de que esta disciplina es de gran ayuda para el diagnóstico de la persona con autismo pues toma en cuenta las características individuales de cada persona y por tanto el mejor tratamiento para el paciente.

Es importante decir, que a nivel médico en lo que se refiere al trastorno autista, el tratamiento es variado, y se ha utilizado más de manera experimental, pudiendo tener un éxito aislado en el control de ciertas conductas que resultan inapropiadas o auto lesivas para el niño, cabe agregar que si el tratamiento se llevara de una forma más integral, de acuerdo a lo que plantea la neuropsicología de la plasticidad neuronal, al conjuntarse el tratamiento farmacológico, con la terapia psicológica e incluso el tratamiento alternativo, estas dos ultimas también tomadas por quienes rodean al niño, seguramente los resultados al respecto serían más satisfactorios.

La información obtenida a través del discurso médico biológico se puede resumir como a continuación se observa.

Hipótesis sobre la etiología del autismo desde el discurso médico biológico.



Características del autismo y su tratamiento desde el discurso médico biológico.

Características a nivel médico biológico.

- a) Irregularidades en los estudios electroencefalográficos.
- b) Enfermedad Celiaca.
- c) Alteración en las huellas dactilares en manos y pies.
- d) Alteración en las respuestas respiratorias y en la tasa cardiaca.
- e) Alteraciones en la conductancia de la piel.
- f) Déficit en las respuestas de habituación y orientación.
- g) Forma de andar extraña.
- h) Pobre control de la voz.
- i) Rostros aparentemente inexpresivos.
- j) Movimiento de aleteo en las manos.
- k) Acciones repetitivas.
- l) Falta de espontaneidad.
- m) Perseverancia temática.
- n) Deficiencia social.

Tratamiento.

1. Diversos fármacos relacionados con:
 - 1.1. Sustancias neurotransmisoras.
 - 1.2. Enzimas.
 - 1.3. Vitaminas.
 - 1.4. Ciertas dietas.
2. Prevención durante el embarazo de enfermedades virales por parte de la madre.

3. Prevención de ciertas enfermedades (ya especificadas) en el niño que tengan relación con el autismo.

Neuropsicología.

- **Principales aspectos:**

- a) Establece un puente de conexión entre la psicología y la neurología, para explicar, investigar, evaluar, diagnosticar y tratar al paciente autista tomando en cuenta su subjetividad.
- b) Conjunta la relación existente entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y sociocognitiva.
- c) Como forma de tratamiento puede proveer a la persona de una mejor calidad de vida pues toma en cuenta principios como la plasticidad neuronal.
- d) Expresa de manera bidireccional al autismo como un trastorno que pudiera tener su etiología a nivel cerebral y así explica las alteraciones cognitivas, sociales, sensoriales, ejecutivas y mnésicas, sin olvidarse de la estructura psíquica y del medio ambiente social.

Es así, como después de establecer algunos principios médico biológicos y dando brevemente una explicación del déficit psicológico que presentan las personas autistas a partir de la neuropsicología, se da introducción al capítulo tres que aborda los distintos discursos psicológicos que han abordado al autismo, dándose desde este capítulo la breve conclusión de que el trastorno que aquí nos ocupa, no debe de ser estudiado en aislado, encontrando puentes como la neuropsicología que permiten establecer una conexión directa entre las distintas disciplinas.

CAPITULO 3.

DISCURSO PSICOLOGICO.

Paluszny (1987), refiere que uno de los principales problemas en el diagnóstico psicológico del autismo es que éste debe basarse exclusivamente en la sintomatología externa, pues las indicaciones psicológicas internas normales no están disponibles, debido a la relativa carencia de compromiso interpersonal o intercambio por parte del niño.

Las causas del autismo dentro de la psicología se han distribuido de la manera siguiente:

- **El autismo como un retraso en el desarrollo.**

Uta (1989), refiere al autismo como un trastorno del desarrollo, lo que esto significa es que el desarrollo, como un todo, se ve afectado de la infancia en adelante, así mismo, siendo este un trastorno de origen temprano, es el propio proceso de construcción de la experiencia el que se ve afectado.

Este último autor, menciona que por tanto el autismo en la persona nunca desaparece, aunque cambie su conducta, esto es relativo a cuando el individuo autista crece y al haber recibido atención especializada logra adquirir algunas habilidades, las cuales con independencia de la mejoría que se produzca, la valoración clínica demuestra que sigue existiendo un déficit.

Al respecto es importante ser cuidadosos al evaluar a un infante que se sospecha que sea autista, debido a que el diagnóstico podría confundirse con un niño sordo, retraso profundo, ciego e incluso con otros síndromes que compartan alguna característica con el mismo.

Sigmon (2000), sugiere que gran parte de la población autista también padece retraso mental y que por tanto suelen mostrar comportamientos inadecuados para su edad, este autor menciona que dado que la primera interpretación del autismo gira sobre la ausencia de determinadas conductas, es posible que aquello que parece ser los primeros indicios de autismo pueda atribuirse con mayor razón a un retraso general, más que al autismo en particular.

Al respecto Paluszny (1987), sugiere que la relación entre el autismo y el retraso mental es frecuente debido al déficit en ambos casos en el área cognoscitiva, y a su vez menciona que gran parte de las veces los psicólogos examinan a los niños autistas con pruebas de inteligencia y con resultados similares que los infantes con retraso mental, sin embargo, cualquiera que se haya comprometido con un niño autista en una terapia a largo plazo o en tratamiento psicoeducacional tiene evidencias fehacientes de que ciertas manifestaciones ocasionales de la conducta muestran mayor capacidad intelectual en ciertas áreas que son susceptibles de comprobarse.

En referencia a lo anterior Dean (1998), agrega que los criterios diagnósticos del trastorno autista se basan en la identificación de distorsiones en el desarrollo en múltiples funciones psicológicas básicas, como la atención y la percepción, que intervienen en el desarrollo de las capacidades sociales y de lenguaje.

Paluszny (1987), por su parte señala que para establecer un diagnóstico es muy importante el apoyo de los progenitores, para realizar una historia médica y social adecuada. Dado que el autismo es una condición cuyos inicios se manifiestan muy temprano en la vida del niño, es muy importante establecer las condiciones básicas del desarrollo, así como tener un cuadro de las contribuciones tempranas que el niño indujo en el clima emocional familiar.

Es así, como dentro de la psicología se puede ver otro apartado y es el relativo al autismo derivado precisamente de las situaciones psicógenas y ambientales.

- **El autismo derivado de las situaciones psicógenas y ambientales.**

Otro de los discursos que abordan al autismo dentro de la psicología son las teorías psicogénicas y ambientales sociales, las cuales como lo refiere Garanto (1990), suponen como principal interés las primeras relaciones entre la madre y el hijo que facilitan determinadas experiencias. Sobre este postulado se puede vislumbrar una explicación sobre la causa del autismo y de las psicosis infantiles en general.

A su vez Ward (1976, citado en Paluszny, 1987), refiere que es tal lo que esta relación madre e hijo pueden ser la causa del autismo, que propone que la angustia de la madre durante el embarazo hace que el niño sea más lento en su desarrollo sensorial, como resultado de esta angustia materna ocurren cambios neuroendocrinos en la progenitora, los cuales afectan al feto en las estructura neuronales principalmente. A su vez, dice que las madres no son capaces de satisfacer las necesidades especiales de este niño y se origina el autismo, aunque esto no es más que una hipótesis que no ha sido comprobada.

Es importante mencionar que desde que se dio la primera definición del autismo hecha por Kanner se originaron cuestionamientos al respecto de la díada “naturaleza o crianza”, la caracterización que este autor investigó sobre los padres de niños autistas como bien educados, muy inteligentes, distantes y poco expresivos estimuló la especulación acerca del factor ambiental como básico en la causa de la enfermedad (Paluszny, 1987).

Sin embargo, siguiendo a esta misma autora, es importante aclarar que los investigadores que han apoyado con mayor firmeza la teoría de la etiología

ambiental, son aquellos que, desde una perspectiva psicoanalítica, explican la conducta autista. Algunos autores han pensado en un origen psicógeno del autismo y han sugerido la falta de estimulación, la carencia de calidez parental o algún conflicto intrapsíquico como parte de las causas que originan el autismo.

En cuanto a las teorías que giran alrededor de la causalidad del ambiente en el autismo, se piensa que además de que el niño autista está en desventaja desde el momento de su nacimiento, el entorno no satisface sus necesidades especiales. Bettelheim (referido en Paluszny, 1987), considera al autismo como un alejamiento de un mundo rechazante y frustrante hacia una posición de ira, en cuanto al tratamiento este autor subraya un cambio completo en el ambiente y un tratamiento individualizado.

Esta última autora, refiere que aunque algunos investigadores no están de acuerdo con la hipótesis de que el autismo tiene sus orígenes en factores psicológicos, en los padres y el ambiente hogareño, estos elementos son de primordial importancia para el tratamiento de niños con el trastorno.

Por su parte, Fejerman, Fernández y Chamoles (1997), señalan que algunos padres de niños autistas han informado que la sintomatología autista de su hijo se desencadenó luego de un evento traumático (por ejemplo la hospitalización o la separación de los padres), de modo que no debemos descartar la posibilidad de que ciertas situaciones ambientales puedan tener un rol *desencadenante* en algunos niños autistas. Lo que a su vez daría pie al consiguiente subtítulo ya que explica como es que algunos psicólogos refieren a la familia como generadora del trastorno.

La familia como generadora del trastorno autista.

Polaino (1982), señala que hay otra forma de considerar como importante a la familia en donde existe un individuo autista, la psiquiatría familiar inglesa

considera a la conducta infantil desadaptada como un indicador de la psicopatología familiar y considera a la familia, globalmente, como si fuese un enfermo. La familia entonces es un conjunto de elementos integrados de tal forma que toda modificación en uno de sus elementos, necesariamente ha de suscitar alteraciones comportamentales en los elementos restantes.

Esto nos hace concluir que dentro de la psicología la familia no tiene sólo un impacto en el estudio del autismo como generadora de tal trastorno, sino que hay que subrayar la importancia de esta estructura en el tratamiento del individuo autista.

La importancia de la psiquiatría familiar, reside en que su fin no es tanto cambiar el medio ambiente (comportamental) *como modificar el ámbito emocional familiar*; que los cambios comportamentales que persigue no son aquellos que dependen de variables observables, sino mas bien los derivados de las fuerzas emocionales; operando así más con variables internas que externas, y aspira entonces a dirigir a la familia propiamente dicha, a través de programas de intervención psicológica.

En la psicología se hace un énfasis en que las relaciones madre e hijo tienen una gran incidencia en los primeros años de vida y hasta que el niño comienza a andar, que es propiamente cuando, siguiendo el curso normal del desarrollo, el infante se individualiza de la madre (Garanto, 1990).

Coincidiendo con lo anterior Paluszny (1987), refiere que la familia es un elemento importante para el diagnóstico del infante con autismo e incluso es necesario que en la evaluación psicológica del niño se le asigne una tarea de aprendizaje y de evaluación a la madre y después al padre; ésta es una forma en que no sólo se pueden observar el estilo de enseñanza de los padres, sino que además se puede inferir mucho sobre la interacción entre padres e hijo.

Brevemente se describió la importancia de la familia en lo que se refiere al autismo, sin embargo, es importante decir que no se puede ver a la familia como único factor que genere el trastorno, sino que debe de existir una cadena de causas que expliquen la etiología del mismo. Sin embargo, la intervención de la familia en el tratamiento del autismo desde cualquier perspectiva será fundamental, pues son quienes rodean al niño y que en conjunto con el paciente tendrán que iniciar una búsqueda por el bienestar del infante.

- **Psicología comportamental.**

El diagnóstico del individuo autista - es lógico de pensarse - desde este punto de vista teórico se realiza de acuerdo a una serie de conductas observables que la persona manifiesta, y se evalúa por medio de instrumentos como cuestionarios, inventarios, observación directa, entrevistas, historias clínicas etcétera.

Paluszny (1987), al respecto sugiere que en la psicología de la conducta para diagnosticar al niño deben observarse las conductas ritualistas o extrañas que el infante emite, su tendencia a obsesionarse con ciertos objetos y la resistencia a cualquier cambio en el ambiente, así como hace énfasis en la importancia de las conductas no verbales, como las gesticulaciones y el lenguaje corporal.

Polaino (1982) refiere, que a partir de los años setenta se aplica el condicionamiento operante para la modificación del comportamiento autista, incorporando a los padres en programas terapéuticos, entrenándolos en el uso de técnicas como el reforzamiento diferencial, entrenamiento en tareas de interacción y autonomía personal. Es aquí donde la terapia familiar debe asumir la conceptualización de los procesos implicados en el cambio comportamental, dentro del marco del aprendizaje social, y atenerse muy particularmente a la teoría de los condicionamientos operantes, respondiente y observacional.

Siguiendo con este mismo autor, la modificación clínica desde esta teoría, se basa especialmente en estudiar las alteraciones comportamentales que son observables y para cuya solución debe utilizarse el manejo de variables que están presentes en las circunstancias inmediatas y de las que depende la conducta desadaptada. Este método incorpora una multitud de técnicas que, indistintamente, trabajan con estímulos (aversiones, refuerzos, etc.), respuestas o contingencias. Este tipo de terapia ayuda a dividir las conductas más complejas en simples, ofrecer a los padres un entrenamiento instruccional y la inclusión de los aspectos motivacionales que podrían controlar y dirigir la conducta infantil.

Sigman (1993), por su parte refiere que la principal habilidad que ha intentado mejorar la psicología comportamental en cuanto a los individuos autistas es la de atención conjunta, por medio de estrategias como la imitación e interacción materna.

Fejerman, Fernández y Chamoles (1997), mencionan que los programas de educación deberían enfocarse en los problemas de conducta que presenta el sujeto autista, por medio de modelar conductas sociales apropiadas y proporcionar una terapia del lenguaje que enfatice modos de comunicación que fomenten la comprensión.

Así mismo, es importante aclarar, que el hecho de utilizar la psicología comportamental como una estrategia para que el individuo ejecute ciertas conductas sociales como el saludar, comer adecuadamente, realizar conductas de autocuidado e incluso motivar a la adquisición de destrezas motoras como el caminar, de lenguaje, cognitivas y de integración social resulta ser un método adecuado, pero no debe de realizarse en aislado por los resultados que este tipo de terapia ofrece, pues no se deben olvidar las consultas con otras disciplinas como la médica y sus distintos especialistas, la terapia familiar u otras estrategias que la familia adopte.

- **Manifestaciones clínicas del autismo a nivel psicológico.**

Las manifestaciones clínicas en este apartado se referirán a las principales características que el sujeto autista a nivel psicológico presenta y que tales observaciones servirán más adelante para que la psicología como una disciplina determine un diagnóstico.

Paluszny (1987), señala que el síndrome autista consiste en una serie de signos y síntomas caracterizados por cuatro factores principales: *carencia de interacción social, aislamiento, anormalidad en el desarrollo del lenguaje y presencia de conducta compulsiva ritualista.*

Paluszny (1987), Uta (1989), Garanto (1990), Olmos, Rivera y Gamboa (1990), Garanto (1994), Dean (1998), refieren que algunas de las principales características para detectar el autismo son:

- Hay una falta de respuestas sociales y emocionales. Por tanto hay un déficit para establecer relaciones sociales normales.
- Cuando son bebés, algunos padres refieren que hay una ausencia de movimientos anticipatorios. Y por tanto hay una incapacidad de abrazar y resistencia a ser tocado o abrazado.
- El nivel de llanto y de actividad pueden ser particularmente tranquilos y poco exigentes.
- Este tipo de niños no sonríen, lo cual constituye un signo patológico temprano.
- Con frecuencia rechazan los alimentos sólidos.

- Un niño autista no se relaciona con las personas que se hallan a su alrededor y prefiere, en cambio, jugar de manera repetitiva con un juguete o con su propio cuerpo.
- El comportamiento ritualista puede incluir rutinas anormales y resistencia al cambio.
- Sus actividades están más relacionadas con la memoria rutinaria o con habilidades espacio-visuales que en aquellas que exigen habilidades simbólicas o lingüísticas.
- Hay una deficiencia social severa, definida por la ausencia de la capacidad de participar en interacciones recíprocas bidireccionales, especialmente con compañeros de su misma edad.
- Hay una carencia de aprendizaje social y un déficit para aprender habilidades adaptativas en la escuela.
- El niño emplea conductas repetitivas.
- A su vez sus hábitos motores son también repetitivos, estereotipados y rítmicos, los más comunes se describen como balanceos y aleteo.
- Pueden estar extremadamente interesados en los botones, en partes del cuerpo, en jugar con el agua, o temas repetitivos peculiares, como programas de enseñanza, o datos históricos.
- Las tareas basadas en el uso de la memoria a largo plazo, como recordar la letra exacta de canciones pueden ser efectuadas con un rendimiento apreciable.

- El lenguaje sufre desajustes severos, aún cuando el niño esta consciente de su medio.
- Los autistas no se comunican mediante gesticulación y es común que no realicen actos de imitación.
- Los niños autistas no muestran un lenguaje interno o conceptual.
- Los trastornos más comunes en el lenguaje son: retardo en el desarrollo del mismo, dificultades en la comprensión del habla, ecolalia, inversión de pronombres, estructura gramatical inmadura, afasia nominal, lenguaje metafórico, entonación anormal e incapacidad para usar términos abstractos.
- Hay una incapacidad para el pensamiento abstracto y simbólico.
- No crean juegos de imaginación, incluyendo un nulo juego de ficción, y empleo de conductas repetitivas en sustitución de esas habilidades.
- No existe el juego cooperativo.
- No emplea juguetes ni cosas de manera funcional o apropiada. Hay un excesivo interés por objetos giratorios.
- Hay apego a ciertos objetos extravagantes y patrones estereotipados de juego. Es decir, existe una vinculación con objetos inanimados.
- No establecen contacto ocular, pues hay un defecto en el desarrollo de la mirada directa a los ojos.

- El niño autista tiene constantes ataques de rabia y hace berrinches.
- El individuo autista atiende a los sonidos selectivamente.
- Las respuestas a estímulos auditivos y verbales son anormales.
- La música de cualquier tipo puede tener un especial interés para estos niños.
- Hay una alta incidencia en que estos niños puedan desarrollar epilepsia, casi la cuarta parte de estos durante la edad adulta, han padecido alguna crisis epiléptica.
- El nivel de inteligencia va desde severamente subnormal hasta normal o por encima. Alrededor de un 40% de los niños tienen un CI por debajo de 50 y solamente un 30% tienen un CI de más de 70.
- Hay sujetos autistas que presentan déficit de la atención y la percepción.
- Algunos autores afirman que hay trastornos en la identidad.
- El estado de ánimo puede ser lábil, puede aparecer un llanto inexplicable o inconsolable o una risa tonta o sin causa aparente.
- Existe una infra o una sobreactividad a los estímulos sensoriales, como la luz, el sonido o el dolor. Los peligros reales como vehículos en movimiento o las alturas pueden no ser apreciados adecuadamente.

Cabe mencionar, que Lorna Wing y sus colegas (sin año, citado en Uta, 1989), trataron también de captar la cualidad de la deficiencia autista, e identificaron a tres diferentes tipos de personas autistas a los que denominaron: el

aislado, el pasivo y el extraño. Aunque un mismo niño puede mostrar los tres tipos de conductas ante situaciones diferentes, resulta posible caracterizarle en término de su conducta predominante. A continuación se describen estos tres tipos de individuos autistas:

- El aislado:

Es un niño autista que da la imagen de que esta metido en una jaula de cristal, tanto en la escuela como en casa se muestra totalmente “encerrado”, y no responde cuando las personas tratan de acercarse socialmente a ellos o les hablan. Por lo regular estos niños, no han adquirido el habla, no establecen contacto ocular y con frecuencia parece que lo evitan positivamente, así mismo se rehúsan a los abrazos y no buscan consuelo cuando se afligen y solo acuden a las personas para cubrir necesidades simples.

- El pasivo:

Este tipo de niños autistas acepta con indiferencia las aproximaciones sociales de otras personas. La mayor parte del tiempo tiene un temperamento tranquilo, pero cuando se le excita o se cambian sus rutinas, se altera emocionalmente y puede mostrar desde un llanto incontrolable hasta una rabieta.

- El extraño:

Es el autista que le gusta estar con gente y tocar a las personas. Se dirige a extraños de manera sorpresiva y en ocasiones les hace preguntas. Este niño tiene una tendencia a la agresión física.

Por su parte Baron y Bulton (1998), refieren que los principales problemas psicológicos que presentan los individuos autistas son:

- Falta de respuesta hacia las personas.
- Falta de atención hacia las personas.
- Trata a las personas como si fueran objetos separados e inanimados.
- Falta de contacto visual.
- Carencia de conducta adaptada a las normas culturales.
- Prestan atención a aspectos no sociales de las personas
- Hay una falta de conciencia sobre los sentimientos de los demás
- Hay una falta de saber estar en coherencia con el entorno.
- Alteraciones importantes en la comunicación preverbal, comunicación no verbal y anomalías en el habla.
- Existe una conducta repetitiva y obsesiva.
- **Desarrollo del sujeto autista.**

Paluszny (1987), Uta (1989), Garanto (1994) y Dean (1998), refieren que hay diferentes características del individuo autista a lo largo de las distintas etapas de desarrollo y distingue lo siguiente:

- **Infancia.**

Uta (1989), refiere que desde los primeros meses de vida pudiera notarse que algo va mal, pero cuando un niño es muy pequeño, debe considerarse la posibilidad de estar ante un retraso del desarrollo, del que es posible que el infante se libere en el futuro.

Algunos padres de niños autistas notan casi desde el nacimiento la diferencia de su bebé con uno normal y esto se debe a la falta de respuesta social, sobretudo en lo que se refiere a la sonrisa del infante, pues esta manifestación ocurre como respuesta a lo que ve, a lo que escucha o a otros estímulos, pero no en respuesta a los cuidados que recibe de otros adultos.

El bebé autista rara vez ve a su madre y es característico que no establezca contacto visual con ella, y que falle también en la exploración de sus rasgos. De la misma manera, este niño no reacciona con llanto cuando su madre se aleja, ni ríe cuando ella se acerca. Es así, como se puede decir que no diferencian entre una persona familiar y extraña.

Igualmente el niño autista no da muestras de conducta lúdica, no revela posturas como levantar los brazos cuando lo quieren cargar, ni se entretiene con ninguna actividad. Parecen gozar más bien de juegos que los estimulan sensorialmente como las cosquillas, ser lanzados al aire, o montar sobre el hombro de alguien. Es importante mencionar que el niño a esta edad prefiere jugar solo, a menudo se encuentra su concentración en la observación de algo: una luz, un ruido, o él mismo puede crear sus propias visiones y ruidos al permanecer mirando durante horas un dedo ondulante frente a su cara o rasgando una sábana.

Puede quedar totalmente absorto por medio de estimulación de su propio cuerpo al mecerse o golpearse la cabeza contra algo, los padres denotan que su hijo muestra muy poca curiosidad, ya que no explora su ambiente y prefiere, en vez de ello, jugar con objetos de manera repetitiva o estimular su propio cuerpo.

El bebé autista no da señales en el desarrollo psicosocial como la vocalización, su lenguaje no es apropiado, ni trata de comunicarse, a su vez, el niño parece incapaz de entender o responder al lenguaje. Sin embargo, puede llegar a aprender dos o tres palabras y usarlas de forma repetitiva e indiscriminada.

En cuanto al desarrollo motor, no es completamente normal, pues el niño puede caminar de puntitas, gira o muestra una postura poco común, como permanecer en un pie; en sí hay diversas variaciones en el desarrollo psicomotor.

Para concluir, Dean (1998), refiere que un lactante con un trastorno autista puede resistirse a las caricias y no mostrar intentos de aproximación hacia los padres.

- **Niñez temprana:**

La falta de relaciones se vuelve cada vez más evidente, el niño autista parece no darse cuenta de las personas dentro de su ambiente y parece sentirse contento en extremo. Puede pasar, en cuanto a lo lúdico horas en ver como da vueltas un juguete o rueda, este juego es estereotipado, repetitivo y no muestra variación alguna, si esta actividad es interrumpida, el niño seguramente hará algún berrinche.

Los movimientos corporales repetitivos como mecerse o golpearse la cabeza contra algo, resultan más frecuentes y empieza a llamar la atención de los padres la aparente carencia de reacciones de dolor. Así mismo, el niño puede mostrar falta de respuestas a otros estímulos aparejada con una hipersensibilidad a otros.

Los niños autistas de esta edad parecen especialmente fascinados por los objetos que dan vueltas, y así el girar o dar vueltas a su propio cuerpo tiene una atracción especial; esto puede repetirlo al mismo tiempo que palmear las manos, o mecerse mientras esta excitado.

A su vez el niño grita o ríe sin razón aparente y ocasionalmente llora, aunque algunos padres refieren que es raro ver el llanto acompañado de lágrimas. En cuanto al adiestramiento del control de esfínteres suele ser un problema para los progenitores, pues es raro que el niño autista comparado con otros logre controlar esfínteres a una edad apropiada.

En lo que respecta a hábitos alimentarios, los niños autistas pueden dar señal de ciertas peculiaridades en el tipo o en la cantidad de alimentos que comen, pueden llegar a evitar cierto tipo de comida, pero consumir de manera rutinaria y esporádica grandes cantidades de otro tipo de alimentos.

En esta etapa es cuando el niño autista da muestras en el desarrollo del lenguaje. Es posible que el habla se halle presente, pero no se emplea como una forma de comunicación, hay inversión pronominal y por lo general no usará el pronombre yo. Cabe mencionar, que el niño autista se caracteriza por una forma de comunicación no verbal, no gesticula, no hace mímica, ni usa entonaciones de voz.

- **Niñez tardía y edad escolar:**

Los niños autistas a esta edad, suelen presentar conductas poco típicas en la alimentación y en el vestir, continúan actuando de manera aislada, sin socializar con sus iguales y prefiere jugar solo. Es en esta etapa cuando al niño autista le gusta tener todos sus objetos en el mismo lugar, y ante el menor cambio en el ambiente rutinario y cotidiano, cae en berrinches o en periodos de angustia extrema.

Algunos jovencitos autistas desarrollan una liga afectiva muy especial por algún objeto o juguete. Por otra parte, la comunicación verbal continúa siendo uno de los problemas principales a medida que el niño autista crece. Estos infantes pueden mostrar una ecolalia demorada y repetir monólogos largos pero no puede emplear el lenguaje para comunicarse, así pues, aunque existe lenguaje verbal, no hay una comprensión abstracta del mismo.

Con los niños autistas más grandes, son los berrinches y los ataques agresivos que presentan, una de las áreas más preocupantes para los padres, pues los manifiestan sin provocación alguna y de manera violenta. Es motivo de

atención, que en los niños autistas sean frecuentes las conductas de golpearse a sí mismos o a otros.

Otra área de interés y a menudo de frustración en el desarrollo de los niños autistas, son las habilidades que ocasionalmente demuestran, es bastante común encontrar expresiones prematuras de desarrollo en estas áreas. Por ejemplo, el niño autista aunque suele mostrar retraso en el habla, puede aprender varias palabras en unas cuantas horas, en estos niños se observa buena memoria para los detalles diminutos, pues no solo recuerda con todo detalle su rutina diaria y su ambiente, sino que puede recordar hasta el número de páginas de un libro, direcciones, o capitales de los estados.

Al respecto, los clínicos que trabajan con niños autistas frecuentemente informan de casos de una notable memorización para datos insignificantes, que también la emplean para memorizar poemas, nombres y relaciones espaciales. Algunos niños son especialmente talentosos para armar rompecabezas, otros tienen habilidades musicales en perfecto tono, o para reproducir dibujos.

Garanto (1990), por su parte, señala que la evolución hacia cuadros esquizofrénicos, la aparición de graves trastornos de conducta, son las direcciones más frecuentes del curso evolutivo. A su vez, existen casos, muy contados, en los que puede apreciarse una considerable mejoría, e incluso la curación total. Otros sujetos, aunque en forma deficitaria, logran adquirir un cierto cúmulo de habilidades que les permiten una integración más enriquecedora dentro de la sociedad.

Cabe mencionar que una característica del autismo, según Garanto, (1994), es que en esta etapa hay invariablemente un fracaso en la adquisición de amistades y en la participación de juegos colectivos. Pero, en algunas ocasiones se desarrolla una mayor conciencia del vínculo con los padres y con otros familiares adultos. Algunos de los sujetos menos afectados suelen alcanzar un

estadio en el que pueden implicarse de forma pasiva en juegos colectivos o en ejercicios físicos con los demás niños, sin embargo, esta aparente sociabilidad es superficial y puede ser una fuente de confusión en el momento de establecer retrospectivamente el diagnóstico.

- **Diagnóstico.**

Al evaluar a un niño de quien se sospecha que padece autismo, comúnmente se emplea un enfoque multidisciplinario (es decir, diferentes disciplinas trabajan con un mismo problema pero desde su propia área de estudio), este diagnóstico puede incluir a: psicólogos, neurólogos, audiólogos, pediatras, psiquiatras, educadores especiales, pedagogos, logopedas, trabajadores sociales o terapeutas físicos o ocupacionales (Paluszny, 1987).

Todos ellos, formarán equipo multidisciplinario para establecer un diagnóstico preciso del autismo y aunque hay diferencias entre ellos en cuanto a la forma de evaluación, conceptos e incluso sobre las explicaciones de las causas del autismo, se necesita de la ayuda de diversas disciplinas para hacer un análisis más fino.

Uta (1989), por su parte refiere que el síntoma principal para establecer un diagnóstico es la *soledad autista*, descrita por Kanner, sin embargo, los criterios diagnósticos también pueden basarse en ciertas características como los trastornos de lenguaje y comunicación, los islotes de capacidad, las conductas estereotipadas o la falta de actividad imaginativa.

Sin embargo, siguiendo a este último autor, el autismo será diagnosticado por la conducta observable de los individuos e incluso por la historia clínica y familiar del paciente así como por medio de la observación directa. Es importante mencionar que para valorar los síntomas autistas es necesario tener en cuenta factores como la edad cronológica del niño y su edad mental.

Cabe mencionar, que el diagnóstico desde la neuropsicología ha aportado una evaluación de carácter interdisciplinaria, es decir, que entre neurólogos y psicólogos al especializarse en esta disciplina, pueden intercambiar su trabajo y su perspectiva del autismo para formar una sola, y definir entonces a este trastorno desde el punto de vista psicológico, cognitivo, social pero sin dejar de lado o únicamente defender la postura organicista.

Es así, como el objetivo de la neuropsicología en el autismo es orientar la investigación y aportar información que pueda ayudar a comprender mejor el problema y a analizar las diferencias individuales y de este modo encontrar nuevas estrategias terapéuticas (Cabanyes, sin año).

Después de explicar, parte de lo que es el diagnóstico desde el punto de vista psicológico y neuropsicológico habría que hacer mención de algunas formas de tratamiento que han resultado las más frecuentes para abordar la problemática del autismo.

- **Tratamiento.**

Baron y Bulton (1998), son dos autores que desde la neuropsicología, han estudiado la dificultad que tienen las personas con autismo para adquirir y desarrollar patrones de identificación en los estados mentales de los demás, postulan una falta de empatía en estas personas. Estos autores sostienen que muchos de los rasgos psicológicos del autismo pueden explicarse debido a que se ha encontrado que existen anomalías en los lóbulos frontales del cerebro.

En cuanto al tratamiento estos autores explican que desde la época en que se escribió por primera vez de autismo, se han descrito distintos tratamientos psicológicos los cuales han mostrado considerables efectos benéficos, a

continuación se explican algunas de las terapias que estos autores toman en cuenta:

- **Terapia de la conducta.**

Se centra en generar conductas adaptativas, para disminuir otras que no resultan aceptables, en esta terapia se analizan las causas y consecuencias de la conducta y después se pone en práctica un programa conductual. La meta es identificar los factores que gratifican o alientan conductas adecuadas y aquellos que son útiles para desalentar conductas perturbadoras.

Este tipo de terapia procura reducir las conductas desadaptativas eliminando los factores que pueden alentarlas y sustituirlas por habilidades más positivas. Una vez que la conducta ha comenzado a surgir incluso en forma elemental, se utilizan técnicas adicionales para incrementar y afinar la conducta. Esta terapia puede ser útil para reducir problemas tales como autolesiones, la hiperactividad, la agresión hacia otros y las rabietas. A su vez es útil para incrementar las habilidades de autoayuda y autocuidado, las habilidades educativas y ocupacionales.

- **Entrenamiento en habilidades sociales:**

Es un abanico de técnicas que se utilizan para ayudar a los niños y adultos con autismo para interactuar adecuadamente dentro de una sociedad. Este tipo de enseñanza puede incluir instruir a un adolescente a realizar llamadas telefónicas, comprar en tiendas o comportarse adecuadamente en el autobús. Hay otras habilidades que son difíciles de desarrollar en el autista, pero en determinado momento esta estrategia lo puede lograr, algunas de estas habilidades más complejas a estimular son:

a) Como comenzar, permanecer y finalizar la conversación.

- b) Como esperar adecuadamente su turno en una fila.
- c) Como comportarse en una reunión.

Las técnicas para lograr esto incluyen: la representación de papeles y la retroalimentación mediante videos, además de la enseñanza cara a cara en situaciones reales.

A pesar de lo anterior hay aspectos importantes de las habilidades sociales que han resultado muy difíciles de ser estimuladas, estas incluyen la empatía, la sensibilidad a los sentimientos y pensamientos de las demás personas.

- **Programa TENAC.**

Este programa ha evolucionado durante casi 20 años, aborda cualquier aspecto de la atención familiar del autismo. El programa incluye la intervención centrada en habilidades como el lenguaje y la adquisición de comportamientos adecuados, estos se diseñan individualmente, además existen equipos de consulta escolares y externos. Se trabaja con los padres, se les anima, se les da entrenamiento, orientación y se les facilita el acceso a grupos de apoyo para padres.

- **Psicoterapia.**

Es impartida por psiquiatras y psicoanalistas quienes han propugnado la psicoterapia para padres, esta se basa en la idea de que los padres deben de permitir que sus hijos se desarrollen emocionalmente de la forma más adecuada. Su principal valor en el contexto de autismo es la provisión de orientación, apoyo y la superación de periodos difíciles y las depresiones que a menudo los padres presentan. Por tanto, la psicoterapia como oportunidad de tratar ciertos asuntos en un entorno seguro e imparcial tiene un valor claro.

Además este tipo de terapia utiliza una técnica alternativa no-verbal- que se denomina terapia de juego. Esta sirve para ayudar a los niños a controlar su ansiedad y jugar más creativamente.

Algunas terapias especializadas:

- **Terapia musical:**

Se utiliza en la mayoría de las escuelas especiales para autismo con buenos resultados. Con ella es posible desarrollar, por ejemplo, la alternancia de turnos en una conversación. También se ha empleado para alentar la comunicación y para desarrollar talentos musicales.

Con respecto a lo anterior cabe mencionar, que algunos niños con autismo demuestran sus habilidades musicales sin ninguna instrucción especial y con gran fidelidad, otros niños gracias a una paciente enseñanza demuestran su competencia musical para el ritmo y la melodía y logran aprender a tocar un instrumento musical.

Es importante decir, que la terapia musical tiene como mínimo, un efecto muy calmante sobre muchos niños con autismo y se ha indicado que el canto es más fácil de entender que el habla, por lo tanto, esta habilidad puede ser adecuada para facilitar la comunicación en estos niños.

- **Terapia del habla y del lenguaje:**

Los logoterapeutas trabajan sobre cualquier desarrollo del habla, desde alentar los sonidos similares al habla en niños mudos, hasta desarrollar la sintaxis en aquellos que tienen un retraso en el lenguaje, pasando por la mejora de la entonación y de aspectos del habla en niños con autismo capaces de hablar con frases completamente formadas.

Este tipo de terapia también procura desarrollar la comprensión, sin embargo, una valoración realista de la terapia implica que por más limitados que sean los logros a este respecto, son muy valiosos para el infante y la familia que le rodea. Es así como el apoyo de la familia es necesario pues se deben fomentar las habilidades conversacionales en entornos más naturales tales como el juego en el hogar.

- **Terapia del abrazo:**

Ha sido desarrollada por Martha Welch, esta terapia entrena a los padres para mantener al niño abrazado durante largos periodos de tiempo, incluso si este protesta o quiere escapar. Así, al utilizar estas técnicas de abrazo forzado el niño finalmente deja de resistirse y algunos padres informan que comienzan a explorar su cara lo que incita una mejoría en la comunicación y las relaciones sociales.

Pueden producirse también beneficios para los padres, ya que muchos informan que se sienten físicamente más próximos a su hijo y algunos han notificado que el infante muestra por primera vez afecto.

- **Terapia de la vida cotidiana:**

La terapia de la vida cotidiana es una propuesta aplicada en las escuelas Higashi de Japón y de los Estados Unidos, se destacan las actividades de grupo y, con la ayuda de profesores adiestrados, se introduce a los niños en actividades físicas intensivas, bajo un programa rígidamente regulado, sin permitir al niño que se abandone a su aislamiento autista, además de que se promueve una mayor participación de los niños autistas en actividades sociales.

- **Otras terapias.**

En la terapia de patrones (descrita por Carl Delacato), se fomenta que los niños con autismo utilicen canales sensoriales alternativos para superar sus sensibilidades inusuales y revitalizar el desarrollo cerebral.

El método Walden, llamado así por su creador Geoffrey Walden, procura desarrollar la comprensión y la solución de problemas de modo gradual en los autistas, utilizando tareas no verbales en las que el niño lleva la iniciativa.

La terapia de facilitación comunicativa ha tenido un gran auge, en esta técnica un adulto, denominado facilitador, mantiene la mano del niño sobre un teclado de un ordenador y, bajo esta guía física, se ha comunicado que los niños se comunican más fácilmente.

En el proceso de opción, terapia desarrollada por Barry y Suzi Kauffman, unos ayudantes voluntarios se comprometen a desarrollar un trabajo intensivo para construir una relación con el niño, al tiempo que los padres participan en un programa familiar.

Por último, en las comunidades Camphill y en sus escuelas y pueblos, algunos niños y adultos participan en la vida comunitaria junto con otras personas con discapacidad mental. Estas escuelas, son regidas por los principios desarrollados por Steiner, en ellas se alientan los valores comunales, el trabajo en la naturaleza y proporcionan atención individualizada.

Es así, como se ha hecho mención brevemente de algunos tipos de terapia que han dado resultados efectivos para tratar algunas conductas que presenta el autista, sobretodo este tipo de estrategias pretenden que el individuo se adapte a una sociedad, con ciertas reglas sociales y modos de comportamiento.

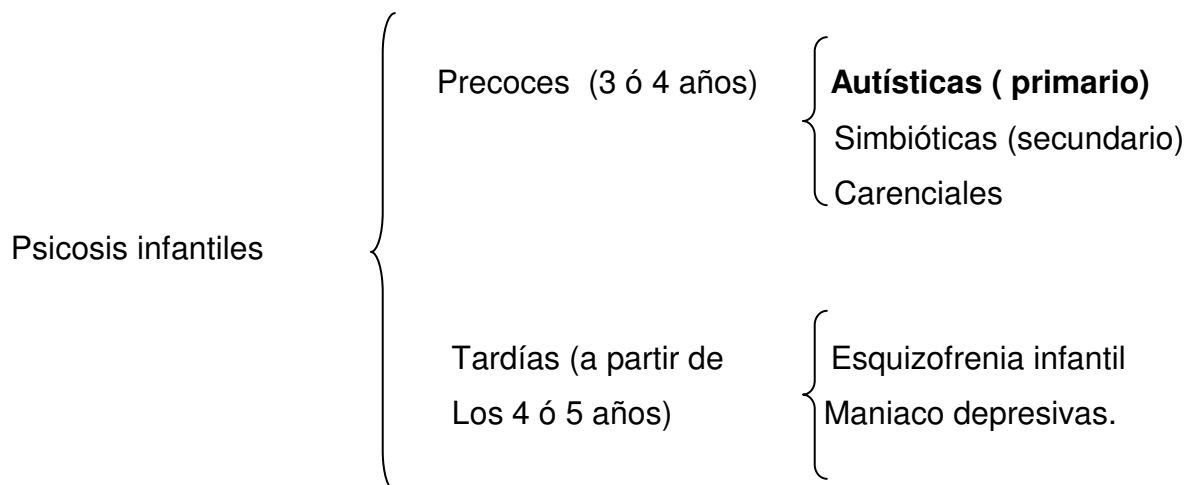
Pero, no solo la psicología ha abordado al autismo, cabe mencionar que hay otra disciplina que también se ha interesado por este trastorno y es la psiquiatría, cuya explicación dará pauta a los siguientes dos capítulos.

- **Psiquiatría clínica.**

Paluszny (1987), refiere a este respecto que los psiquiatras, toman en cuenta para una mejor evaluación del niño con autismo tres aspectos diferentes:

- a) La historia del niño como la relatan los padres.
- b) La observación del niño.
- c) La interacción personal con él.

Desde términos psiquiátricos, el autismo por algunos autores fue, en décadas anteriores clasificado dentro de las psicosis infantiles, Mazet y Houzel (1981, citado en Garanto, 1990), refieren que abarcan un vasto y polimorfo grupo en el que, como expresión clínica, se instauran estados anteriores a la pubertad, caracterizados por perturbaciones graves de la organización de la personalidad que obstaculizan de forma radical, la aprehensión de la realidad por el niño. Siguiendo a estos autores, el esquema donde podríamos localizar al autismo sería como sigue:



Sin embargo, Garanto (1990), señala que dentro de la psiquiatría es común confundir el autismo con psicosis como la esquizofrenia, así pues, cabe aclarar que el autismo no es equiparable a otro trastorno como la esquizofrenia. Ha habido autores que se refieren al autismo como uno de los síntomas de las psicosis esquizofrénicas, entendiendo por tal término la huida de la realidad, pero si bien ello es admisible, no debe confundirse el autismo con esquizofrenia, ni como parte de las psicosis.

Al respecto Martos (1989), nos ofrece una distinción entre el autismo y la esquizofrenia la cual se puede observar en la siguiente tabla:

AUTISMO	ESQUIZOFRENIA
Incidencia: 4/5 x 10,000.	Incidencia: 8/10 x 10,000.
Aparición temprana: 1ª infancia.	Aparición tardía: Adolescencia.
Predisposición familiar: infrecuente	Predisposición familiar: muy frecuente
Fenomenología: Ausencia o rara presencia de delirios y alucinaciones.	Fenomenología: frecuentes delirios y alucinaciones.
Evolución: Persistencia de autismo.	Evolución: cíclica con períodos de normalidad.
Crisis epilépticas: frecuentes en 1/4 de la población.	Crisis epilépticas: infrecuentes.

También es necesario dejar en claro, que es muy distinto el autismo, de determinados comportamientos autísticos. No se puede etiquetar con tal término a los niños que presentan rasgos comportamentales, relacionados con este trastorno.

Por otra parte, hay autores como Martos (1989), que refieren que la asociación americana de psiquiatría en el DSM III (1980), **elimina el concepto de psicosis infantil**, e incluye al autismo en la categoría de los trastornos profundos de desarrollo, señala que la sintomatología primordial del autismo consiste en una

falta de respuesta a los demás, un deterioro importante en las habilidades de comunicación y la existencia de respuestas distintas a diversos aspectos del medio, todo ello desarrollado en los primeros treinta meses de vida, a lo cual el DSM III explica las siguientes características:

- a) Inicio antes de los treinta meses.
- b) Clara falta de respuesta ante los demás.
- c) Déficit grave en el desarrollo del lenguaje.
- d) Si existe el lenguaje hay un patrón peculiar, como ecolalia inmediata o demorada, lenguaje metafórico e inversión de pronombres.
- e) Respuestas diferentes que otros niños a aspectos del ambiente, resistencia al cambio, interés peculiar o vínculos con objetos animados o inanimados.

Garanto (1994), concluye que el autismo infantil es diferente a cualquier tipo de psicosis, siendo este un trastorno caracterizado por perturbaciones graves en la organización de la personalidad que imposibilitan al niño la aprehensión de la realidad propia y de la de los otros. “Una manera de ser, estar y comportarse caracterizada por el aislamiento extremo, la perseveración de la identidad (resistencia al cambio en el entorno, estereotipias, fenómenos ritualistas y compulsivos), la presencia de déficits muy importantes en la adquisición y comprensión del lenguaje e incapacidad para establecer relaciones sociales, de responder ante los demás”.

Así mismo, este último autor, afirma que en el DSM III se considera al autismo como un trastorno profundo del desarrollo, caracterizado por una distorsión en el desarrollo de las múltiples funciones psicológicas básicas implicadas en el desarrollo de habilidades sociales y del lenguaje (atención, percepción, evaluación de la realidad y movimientos motores), siendo muy significativo el hecho de que muchas áreas básicas del desarrollo psicológico estén simultáneamente afectadas de manera grave.

Es así, como, este autor, refiere que la principal aportación del DSM III R, radica en que se ha definido al autismo como diferente a otras psicosis y es un serio intento para concretar criterios válidos y operativos para diagnosticar los trastornos psiquiátricos y psicológicos, se describe cada uno de los trastornos mentales definiéndolos, describiendo sistemática y comprensivamente cada trastorno en base a los conocimientos actuales, especificando las características distintivas de cada perturbación, su evolución, edad de comienzo y diagnóstico diferencial.

Por su parte, Artigas (sin año), refiere que el autismo es un conjunto de trastornos en el que coexisten tres grupos de manifestaciones:

1. Trastorno de la relación social.
2. Trastorno de la comunicación, incluyendo la comprensión del lenguaje y la capacidad de expresión.
3. Falta de flexibilidad mental, que condiciona y restringe algunas conductas y hay una limitación en las actividades que requieren cierto grado de imaginación.

Después de dar a conocer estos aspectos este autor señala, que los criterios del DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), para el trastorno autístico se sustentan en los tres puntos de apoyo, anteriormente mencionados. A continuación se refieren los criterios diagnósticos DSM IV para el trastorno autista:

Cabe mencionar que para darse un diagnóstico del autismo deben de cumplirse seis o más manifestaciones del conjunto de los siguientes trastornos:

- a) Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
 - Trastorno en muchas conductas de relación no verbal.

- Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel evolutivo.
 - Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas.
 - Falta de reciprocidad social o emocional.
- b) Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones.
- Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral.
 - Trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
 - Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
 - Falta de juego de ficción espontáneo o variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel evolutivo.
- c) Patrones de conducta, intereses o actividades restrictivas y repetidas con movimientos estereotipados, expresado como mínimo en una de las siguientes manifestaciones.
- Preocupación excesiva por un foco de interés restringido y estereotipado, anormal por su intensidad y contenido.
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
 - Estereotipias motoras repetitivas.
 - Preocupación persistente por partes de objetos.

Es así, como para diagnosticar el autismo el DSM IV refiere que antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de las tres áreas marcadas por los incisos a, b o c.

Para concluir, es importante mencionar que el autismo dentro del DSM IV fue clasificado como un trastorno generalizado del desarrollo y se encuentra en la misma clasificación de otros trastornos como:

- Trastorno de Rett.
- Trastorno degenerativo infantil.
- Trastorno de Asperger.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado en otro lugar.

A pesar de las diferencias que se han hecho en las clasificaciones del autismo en diferentes manuales y criterios diagnósticos, se ha dado a la conclusión de que el autismo es diferente a cualquier tipo de psicosis y de la esquizofrenia, por lo que esto es un gran avance en la definición del trastorno.

Conclusión.

Es así como, independientemente del discurso dentro de la psicología que estudie el autismo, es importante referir que aunque las personas autistas, en particular aquellas que poseen capacidades intelectuales normales, pueden desarrollar formas de adaptación al mundo e incluso compensar sus limitaciones, vivir con autismo es una batalla permanente, tanto de parte de quien lo padece como de quienes le rodean; desde la psicología es importante hacer un seguimiento a lo largo de la vida del individuo para comprender el trastorno en edades diferentes.

Así pues, es relevante decir que el problema del diagnóstico del sujeto autista, no puede darse de forma aislada, tienen que intervenir las distintas disciplinas que hayan abordado el problema, así mismo, la presencia y apoyo de

los padres a este respecto es importante, pues son ellos quienes conviven diariamente con el infante y quienes lo conocen mejor.

Es así, como independientemente de la etiología del autismo, la psicología ha aportado diferentes perspectivas acerca de este trastorno, y es necesario decir, que aunque esta psicopatología sea vista como un retraso en el desarrollo o como un cúmulo de conductas que presentan un déficit, los investigadores que lo han estudiado coinciden en que la familia juega un papel importante en la evaluación, diagnóstico y tratamiento del infante, independientemente del tipo de terapia que se decida tomar.

Cabe mencionar, que aunque el ambiente no sea en sí mismo un generador del trastorno autista, si puede posibilitar el desarrollo del mismo y limitar la evaluación y el tratamiento que el infante pudiera recibir. Así mismo, unos padres que no estén interesados en el bienestar de su hijo y no busquen alternativas de tratamiento pueden generar el desarrollo de este trastorno.

Es de relevancia señalar, que la psicología para el estudio del autismo ha proporcionado toda una gama de diversas terapias, que aunque no todas se apliquen en la misma ubicación geográfica, los padres pueden elegir e integrarse a la que ellos crean más conveniente y en conjunto con sus hijos lograr una mejor calidad de vida.

Respecto a lo anterior, no se está afirmando que el niño “sanará”, pero algunas terapias han resultado efectivas para que el paciente adquiera habilidades sociales, de autocuidado, cognitivas y de comunicación que faciliten los procesos de interacción entre el niño con autismo y quienes le rodean.

En lo que respecta a la neuropsicología, nos brinda la posibilidad de que el tratamiento se convierta en una intervención interdisciplinaria y que tanto neurólogos como psicólogos al llevar un tratamiento en conjunto brinden al paciente y a la familia un resultado más satisfactorio.

Es así, que para comprender mejor el autismo, resultó necesario en el presente trabajo explicar no solo la perspectiva médica o psicológica, sino también la analítica, la cual fue explicada desde dos perspectivas diferentes; Mahler y Meltzer, que brindan un panorama amplio y preciso sobre el trastorno, lo cual permitirá dar una acertada explicación de la etiología y las características de la psicopatología que aquí nos ocupa, además de que en ambas perspectivas se brindan métodos terapéuticos que pudieran dar auge a nuevas investigaciones.

Cabe mencionar, que una ventaja de estas dos teorías es que explican el curso evolutivo del autismo, por ello se decidió de entre otros investigadores con una orientación psicoanalítica elegir a Margaret Mahler y a Donald Meltzer, como los autores que de acuerdo a los objetivos de este trabajo explican satisfactoriamente la patología autista. Para ello, los dos capítulos siguientes describen los postulados que explican al autismo desde esta perspectiva.

CAPITULO 4.

EL MODELO DE DESARROLLO PROPUESTO POR MAHLER.

Biografía y obras.

Margaret Mahler nació en Austria, médica y pediatra en su origen; entre 1924 y 1938 comienza a publicar obras pediátricas, más tarde se interesa por la psiquiatría infantil y siguió el camino de distinguidos analistas contemporáneos como Donald Winnicott. Al trasladarse a Estados Unidos durante la segunda guerra mundial conoció los trabajos de distinguidos personajes como Hartmann, Kris, Loewenstein y Greenacre quienes influirán con sus teorías en el interés de Mahler por el desarrollo del niño; y así, la psicología psicoanalítica del yo marcaría todas sus investigaciones e hipótesis (Lebovici, Diatkine y Soulé, 1989).

Siguiendo a estos últimos autores, refieren que Mahler será después de Spitz, una pionera en el estudio del desarrollo precoz y de las relaciones de objeto y desarrollo del self, así mismo, es probable que el impacto de la obra de esta autora se deba también a que ofrece una teoría de la relación precoz madre-hijo.

Bleichmar y Leiberman (1997), refieren por su parte, que Mahler a partir de estudios sobre enfermedades neurológicas en la infancia, fue volcándose hacia la consideración de los problemas psicológicos. Se menciona que uno de los estudios destacados fue la investigación que realizó sobre los tics, obra que demostró desde aquellos momentos el interés por la esfera de la motricidad. Así mismo, uno de los principales temas de interés de Mahler desde el comienzo de su carrera fueron los cuadros psicóticos de la infancia.

Lebovici, Diatkine y Soulé, (1989), por su parte describen la siguiente cronología en las obras de Mahler:

1. En 1949 Mahler comienza a aplicar sus hipótesis psicoanalíticas al campo de la psicosis infantil.
2. En 1952, la autora introduce el término de psicosis simbiótica como diferente del trastorno autista.
3. Desde 1959, establece un programa de investigación sobre el desarrollo normal del proceso de separación-individuación, basándose en la observación de madres y niños de uno a tres años.
4. En 1968, publica la síntesis sobre sus trabajos sobre la psicosis infantil en su obra titulada "Acerca de la simbiosis humana y la individuación".
5. En 1973, Mahler publica su primer libro, "Simbiosis humana y vicisitudes de la individuación, volumen 1, Psicosis infantil.
6. En el año de 1975, la autora publica el libro titulado "El nacimiento psicológico del infante humano", escrito conjuntamente con Bergman y Pine.

Es así como se puede hablar brevemente de las obras de Mahler, pudiéndose denotar la transición de ser médica y pediatra al campo del psicoanálisis volviéndose una de las analistas más destacadas y preocupadas por el desarrollo emocional del infante.

Las hipótesis de Mahler sobre el desarrollo emocional del niño.

Margaret Mahler, hizo importantes aportaciones al estudio del autismo y a la explicación del desarrollo infantil, desde el nacimiento hasta los dos o tres años del niño, los cuales son elementales desde cualquier perspectiva para que el individuo crezca adecuadamente tanto a nivel físico como emocional.

Es importante aclarar, en primera instancia, que para la autora el nacimiento biológico no coincide con el psicológico y afirma que cuando el bebé nace del vientre materno se vive a él mismo y al mundo como totalmente

indiferenciado. Es decir, el niño al nacer no tienen la experiencia de una identidad separada de la madre.

Con respecto a lo anterior, es importante referir que es sólo hasta después cuando el infante empieza a darse cuenta del mundo que lo rodea y de lo que se denominan límites corporales, con esto podrá ir diferenciando entre él, su madre y el mundo que le rodea.

Es necesario señalar, que según la autora lo que permite el proceso de diferenciación en el niño es un elemento que se denomina presión maduracional, mismo que siendo un impulso innato permite que el infante madure psicológicamente para que pueda verse separado y distinto a la progenitora.

A partir de los anteriores supuestos, una de las principales aportaciones de Mahler fue la elaboración de un modelo del desarrollo psíquico normal del niño, para que a partir de ahí posteriormente se pueda explicar al menos otra psicopatología diferente al autismo.

En cuanto al modelo de desarrollo emocional, la autora plantea tres fases por las que tendrá que pasar el infante, cuyo objetivo será el logro de la separación e individuación con respecto a la figura materna.

Es la primera fase, la que en un futuro será útil para explicar la patología autista, pero antes habría que esquematizar brevemente las fases de desarrollo que la autora propone con respecto al ámbito psíquico sano, este es el modelo que Mahler propone:

Las fases del desarrollo psíquico del niño según Mahler.

FASE	NOMBRE	DURACIÓN
PRIMERA FASE	AUTISMO NORMAL	NACIMIENTO-PRIMER MES
SEGUNDA FASE	SIMBIOSIS NORMAL	PRIMER MES-4 ó 5 MESES
TERCERA FASE	SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN	5 MES AL 36 MES
Primera subfase	Diferenciación.	Mes 5 al 7 ú 8.
Segunda Subfase	Ejercitación locomotriz: 1ª etapa: ejercitación locomotriz temprana. 2ª etapa: ejercitación propiamente dicha.	8 MES AL 15 MES. Hasta el inicio de la marcha libre. Desde el inicio de la marcha hasta el mes 15.
Tercera Subfase	Acercamiento: 1ª etapa: comienzo del acercamiento. 2ª etapa: crisis del acercamiento. 3ª etapa: moldeamiento de la distancia óptima.	15 MES AL 24 MES Mes 15 a 18. Mes 18 a 20. Mes 20 a 24
Cuarta Subfase	Logro de la constancia objetual emocional y consolidación de la individuación.	MES 24 AL 36.

En este modelo se puede observar que hay un autismo normal desde el nacimiento hasta el primer mes, en el cual para la explicación de la psicopatología autista habría que definir las principales características que sobresalen pues de estas se derivará de forma más clara la caracterización del trastorno autista:

Autismo Normal:

En esta etapa las características que sobresalen son las que siguen:

- Los fenómenos biológicos predominan en gran medida sobre los psicológicos.
- Las sensaciones que predominan y que son de importancia son las provenientes de los órganos internos.
- El niño es incapaz de distinguir si la satisfacción de sus necesidades proviene de las actividades que él realiza o si son el resultado de los cuidados de la madre.
- No percibe la diferencia entre una u otra satisfacción proveniente de su organismo o de estímulos externos, ya que ambas restauran el equilibrio del sistema.
- El niño no está capacitado para percibir el objeto externo satisfactor, éste sencillamente no existe.
- Hay dos elementos que permiten al infante pasar a la siguiente fase: la dotación genética (ser maternal) y el otro es una madre que proporcione efectivamente los cuidados para cuya recepción el individuo está genéticamente preparado (maternación).
- Los cuidados y estímulos proporcionados por la madre y adecuadamente aprovechados por un niño con dotación genética normal, permiten el desplazamiento de las cargas libidinales desde dentro del cuerpo hacia su periferia, así, las catexias

predominantemente viscerales pasan poco a poco a libidinizar los órganos de los sentidos y los cinco sentidos se convierten en importantes vehículos de relación con el medio.

- Los autistas carecen de la dotación innata que los capacita para percibir y aprovechar los cuidados de su madre y puede ser que aún poseyendo esta dotación, esos cuidados no hayan sido lo suficientemente buenos para lograr un aprovechamiento de esta dotación genética.
- Por lo regular estos niños son indiferentes hacia las madres, sus cuidados y parecen siempre distantes. Por otra parte, hay madres con agudos brotes psicóticos, ausentes e indiferentes al medio y a su hijo, son madres incapaces de brindar cuidados y atenciones con el amor que sería necesario para “penetrar” la coraza del recién nacido (recuérdese que Mahler refiere que el nacimiento psicológico no se da a la par con el biológico).

Es así como Mahler describe al autismo normal, como una etapa en donde es aceptable que el niño no diferencie entre la madre, el medio y él mismo, y que no haya límites corporales, entonces será el trabajo de la madre agudizar los sentidos del niño para que sean los receptores del cuidado que esta le brinde, aunque hay niños genéticamente no dispuestos para recibir la maternación; así mismo se considera que el niño llega a la psicosis cuando se fija o regresa a esta etapa en donde se queda o vuelve al cascarón y este no permite el nacimiento psicológico y emocional del infante, no pudiendo entonces distinguir entre objetos animados e inanimados, y por tanto no adquiere habilidades sociales funcionales pues no las necesita, y manifiesta otras conductas que agudizan los síntomas del síndrome.

Cabe mencionar, que los cuidados apropiados de la madre y un niño que genéticamente es apto para recibir estos cuidados debe seguir con el curso

normal de su desarrollo emocional y pasar a la siguiente fase que desde la postura de la autora que aquí nos ocupa sería la de la simbiosis normal.

Es necesario señalar, que la fase de la simbiosis normal, también tendrá ciertos requerimientos que el infante tendrá que cumplir para seguir con el curso evolutivo y llegar a la fase de separación e individuación, pero por el momento las características de las siguientes fases después del autismo no le competen describirlas al presente trabajo.

En lo que se refiere al autismo como entidad patológica, a partir de lo anteriormente señalado cabría preguntarse lo siguiente: ¿qué pasa con el niño que no llega a completar su desarrollo emocional y no cursa por la etapa de separación e individuación para lograr separarse de la compañera simbiótica?. Si el autismo es una fase del desarrollo normal, entonces ¿por qué el autismo se considera una psicopatología?. ¿De dónde se origina el autismo, según el modelo de desarrollo propuesto por Mahler?. ¿Qué otro tipo de alteraciones existen en el desarrollo del infante, aparte del autismo, según el modelo de desarrollo propuesto por la autora? y ¿Cuáles son las características del síndrome autista según Mahler?, estos son cuestionamientos que a partir del modelo de desarrollo propuesto por la autora aquí citada, buscarán respuesta, por ello los siguientes apartados se dedican a describir la psicopatología autista.

Psicopatología.

A partir del modelo de desarrollo que propuso Mahler, esta autora teorizó sobre la etiología de las psicosis infantiles, e identifico algunos los factores involucrados en el origen de la enfermedad mental que pueden ser definidos como sigue:

1. Defectos innatos: incluyen una incapacidad del yo para neutralizar los impulsos agresivos, defectos perceptuales primarios y dificultades

innatas en el establecimiento del vínculo con la madre, como las que se ven en los niños con *autismo primario*.

2. Defectos de la relación madre-hijo: Los cuales pueden ser dados por la psicopatología materna o bien por la ausencia real de la madre.
3. Traumas: enfermedades, accidentes, hospitalizaciones u otro tipo de eventos que cuestionen la estabilidad del vínculo emocional con la madre o la autoimagen del individuo (aunque estos podrían ser vistos como factores desencadenantes más que el origen o la causa de la psicopatología).

Como ya se pudo apreciar, en el modelo que propone la autora, la madre y la dotación innata juegan un papel importante en el desarrollo adecuado del niño, ya que de estos elementos depende que la última subfase del desarrollo se logre, la constancia objetal.

En el caso de lo que es el autismo primario, el componente genético es de tal importancia que aún con la presencia de una madre capacitada y en ausencia de relaciones traumáticas, la evolución psicótica parece inevitable.

Sin embargo, el papel que juega la madre una vez que se estableció el proceso psicótico en un niño, puede ser que entre ambos miembros de la díada se establezca un "equilibrio psicótico". Así, el retraimiento autista puede producir en la madre un retraimiento simétrico.

A continuación se describirán la patología autista, descrita por Mahler y explicada a través de su modelo de desarrollo, con ello también se descubrirán las causas y características del autismo explicadas a través de la perspectiva Mahleriana.

El síndrome autista.

Se recordará que en 1944 Kanner fuera uno de los pioneros quien describiera este síndrome, Mahler entonces parte de los aportes de este autor para describir al autismo, enfatizando en que uno de los principales rasgos de esta alteración reside en observar el modo en que el niño establece contacto con su medio ambiente.

Con respecto a lo anterior, Mahler encontró que algunas madres de niños autistas describen que desde el momento del nacimiento las progenitoras sintieron dificultades para establecer un vínculo con su hijo, ya que los pequeños autistas no demuestran algunos referentes sociales como la sonrisa y hay un grado extremo de indiferencia hacia los seres humanos quienes están a su alrededor.

Mahler describe a estos niños como sigue: “ Todo el patrón de conducta y sintomatología del síndrome autista infantil toma forma alrededor del hecho de que el niño infante autista no puede utilizar funciones yoicas ejecutivas auxiliares de la compañera (simbiótica), la madre, para orientarse a sí mismo en el mundo externo e interno”.

Es decir, el autista *tiene una conducta en la cual para él las personas quienes lo rodean no existen y pareciera que ante su presencia pudiera ver a través de ellas*. Esta es la principal característica que diferencia al sujeto con autismo de otros que padecen otras patologías, a continuación se describen algunas de las otras características que Mahler encontró en infantes con este síndrome:

- Cuando logran establecer un vínculo con otra persona, es para utilizarla a modo de una extensión mecánica de su propio cuerpo. Es decir, operan con esa otra persona como lo harían con una palanca o un

interruptor. Para ellos no hay diferencia entre las personas y cualquier otro objeto.

- Hay una incapacidad para tolerar cambios en el mundo de los objetos inanimados que los rodean, pudiéndose provocar una crisis de angustia en el sujeto autista. Esto concuerda con el deseo de invarianza que describe Kanner.
- La autora también hace énfasis en la ausencia de lenguaje en el sujeto autista, pero agrega que si hay habla solo la manifiestan con los objetos inanimados a los que están ligados. En una palabra el lenguaje en la persona autista no es utilizado para una comunicación funcional.
- Los gestos, señales y sonidos que de manera espontánea pueden ser expresados en el sujeto autista solo sirven para lograr que el adulto funcione a modo de una palanca o de una máquina.
- En cuanto al control de esfínteres Mahler menciona que transcurre sin complicaciones, ya que estos niños se han defendido de las catexias libidinales de objeto y corporales, es decir, los niños alucinan su inexistencia, así la ausencia de catexis permite un control de esfínteres precoz y sin dificultades.
- La autora señala, que la falta de catectización del objeto materno y del propio cuerpo hace que los sujetos con autismo recurran frecuentemente a actividades autoagresivas como la única forma de sentirse vivos, esto es un intento patológico de sentirse vivo y entero, algunas veces la autoagresión tiene el propósito de agudizar la conciencia de los límites del ser corporal y del sentimiento de entidad e incluso podría ser que el de identidad.

- Para la autora, los síntomas ya mencionados que manifiesta el niño autista, constituyen una defensa por la intensa ansiedad que los niños autistas experimentan ante el contacto humano.
- El sujeto autista construye una coraza para no verse obligado a enfrentar la dificultad de percibir y organizar los estímulos tanto externos como internos.

Como se puede observar a lo largo de la descripción de estas características, para Mahler en el sujeto autista hay una debilidad congénita del yo autónomo (concepto descrito por Hartmann), es decir, el yo de los niños autistas es tan débil que no puede mantener su cohesión, hay una indiferenciación total entre el ser y objeto, ya que la falta de catexis libidinal en la imagen corporal hace que los límites sean difusos.

Es así, como se puede decir, que el niño desde que nace tendrá que resolver ciertos procesos intrapsíquicos para que no se desarrolle una psicopatología.

Es necesario hacer una comparación con respecto al autismo y el otro tipo de psicosis descrita por Mahler, denominada psicosis simbiótica, para que pueda tenerse mayor claridad acerca de lo que propone la autora en cuanto a psicopatología.

Autismo.	Psicosis simbiótica
El niño es incapaz de distinguir si la satisfacción de sus necesidades proviene de las actividades que él realiza o si son resultado de los cuidados maternos.	Hay una angustia ante la separación de la madre pues no existe la madurez en el niño para llevar a cabo este proceso.
Carecen de dotación innata para percibir y aprovechar los cuidados de la madre o la atención materna no fue adecuada.	La actitud de la madre es fundamental pues no debe ser demasiado asfixiante, sobreprotectora ni tampoco poco preocupada por su hijo.
El niño no tiene la capacidad de diferenciar entre él, la madre y el medio que lo rodea.	La madre es un trampolín para que el niño siga desarrollándose hacia la siguiente fase.
No hay límites corporales.	El límite corporal se amplía para incluir a la madre.
Para el autista las personas quienes le rodean no existen y pareciera que ve a través de ellas.	El niño tiene la ilusión negativa de estar fundido con la madre.
Hay ausencia del lenguaje funcional.	
Presenta conductas autoagresivas como única forma de sentirse vivo.	
No hay organización de los estímulos externos ni internos.	Los estímulos son percibidos y los comienza a diferenciar entre placenteros y displacenteros.
Hay una debilidad congénita del Yo autónomo.	El yo se ve expuesto ante cualquier frustración y teme fragmentarse.
Es incapaz de tolerar cambios en su mundo de objetos inanimados.	

Es así, como uno de los aportes que son de mayor interés en la teoría Mahleriana, es que identifica a través de su modelo de desarrollo al menos dos psicopatologías distintas permitiendo así diferenciar al autismo de otras psicopatologías.

En ambas patologías deberán tomarse en cuenta al menos dos elementos para su desarrollo, por un lado el desarrollo neurofisiológico del niño (la capacidad innata y genética de recibir los cuidados de la madre) y por otro las prácticas de crianza y la forma en que sea cuidado y satisfecho en sus necesidades por la progenitora, así estos dos elementos serán cruciales para explicar las posibles causas de las psicosis infantiles.

Como se puede apreciar la diferenciación que Mahler hace entre el estado autista y el de simbiosis es que en el primero para el niño la madre no está diferenciada y no hay una identificación de la misma, en la simbiosis el infante tiene la ilusión de estar fundido con la progenitora y ser uno mismo con ella.

Ya que el objetivo, del presente trabajo, es explicar el síndrome autista, se puede decir que la característica principal del sujeto autista es el modo en que el niño establece contacto con su medio ambiente, así el infante no puede establecer con su madre un vínculo adecuado, ni siquiera se da cuenta de la presencia de ésta, el niño entonces no conoce la diferencia entre un objeto y las personas, ambos elementos funcionan como una extensión mecánica de su propio cuerpo, por ello hay una incapacidad para tolerar cambios en el mundo de los objetos inanimados, ya que es aquí en donde establece una liga emocional con los mismos.

El sujeto autista es como si estuviera metido en una estructura de metal, en la cual su mirada hacia el otro no existe, traspasando el propio cuerpo y el de los demás, utilizando a quienes le rodean como un objeto para satisfacer ciertas necesidades a modo de una palanca o interruptor, el yo por tanto, es un elemento muy débil en cuya etiología encontramos que el niño no tiene la dotación genética para recibir amor y los cuidados de la madre o en donde la maternación es inadecuada, es decir, la madre no propicia efectivamente los cuidados que debiera recibir el infante.

En el niño autista pareciera ser que los cinco sentidos no estuviesen desarrollados, hay una “negación” a escuchar, ver, sentir u oler lo que existe realmente a su alrededor, por eso se dice que hay una “alucinación negativa”, pues el infante alucina la ausencia de la madre y de otros seres maternos.

Por otra parte, cabe aclarar que la patología autista consiste en la fijación o en la regresión a la fase del desarrollo normal, denominada autismo primario; en donde tal asentamiento provocará que el niño no tenga la capacidad para pasar a fases posteriores, entonces no estará habilitado para tener en su repertorio los “parteros” del nacimiento psicológico que son el juego simbólico y el lenguaje descritos por Mahler.

Después de identificar las causas y características del autismo, en cuanto a tratamiento la autora y sus colaboradores proponen una terapia cuyo principal objetivo es proveer al niño de un yo auxiliar, en donde el terapeuta sea vivenciado por el paciente como el compañero simbiótico, para que el niño llegue a la etapa de individuación y separación, transformándose el terapeuta en un objeto transicional entre la madre y el niño para que se establezca de nuevo el vínculo madre-hijo, para que su desarrollo aunque tardíamente sea adecuado.

Cabe mencionar que en el autismo la terapia propuesta por la autora y sus colaboradores resulta más compleja al respecto, pues en el autista se hipotetiza que hay una inhabilidad innata ante la que no es fácil sobreponerse dificultando que el paciente avance a fases posteriores y que establezca la relación simbiótica, agudizándose esta problemática con alguna psicopatología de la madre o la ausencia de esta.

Desafortunadamente la terapia tripartita no ofrece para el autista un pronóstico positivo, pero a partir de esta pueden formularse nuevas investigaciones enfocadas al autismo propiamente dicho y a su tratamiento.

La importancia de la teoría de Mahler radica en que al formular su modelo de desarrollo se puede:

1. Diferenciar entre el síndrome autista y otras psicopatologías.
2. Nos explica la etiología del autismo y de otras patologías, pues se debe según Mahler, a una inhabilidad biológica por parte del niño para recibir afecto o a una madre perturbada y con un cuadro psicótico o ausente para dar los cuidados necesarios.
3. La autora, a pesar de que distingue el nacimiento biológico del psicológico considera las habilidades neurofisiológicas (sobre todo las motrices) que van de la mano y que le sirven al infante como herramientas para madurar psicológicamente y llegar a ser un infante separado e individualizado de la madre.
4. Mahler expone conceptos como el ser maternal, la maternación, la presión maduracional, el yo autónomo, entre otros para explicar la importancia de la progenitora como "incapacitante" o promotora del desarrollo adecuado del niño.
5. Propone un modelo para identificar el adecuado desarrollo emocional del niño.

Después de identificar estos cinco puntos, cabe preguntarse ¿qué pasa con el niño "sano"?, es decir aquel que logra llegar a la etapa de individuación y separación para así formar un yo autónomo y no fragmentado.

Cuando el niño logra pasar las etapas de autismo y de simbiosis normal, estará listo para entrar a una tercera etapa que es la separación-individuación, así el niño adquirirá la autonomía y podrá separarse de la compañera simbiótica, con menos angustia que antes y formará entonces un límite corporal bien definido entre él, la madre, las otras personas y los objetos, todo esto inicia alrededor del quinceavo mes en donde el niño ayudado de otras características

neurofisiológicas, como el gateo y posteriormente la marcha, se permitirá alejarse y volver a la progenitora en cuanto lo desee y con ello ampliar su campo visual y encontrarse con nuevos objetos que sustituirán a la madre, así podrá explorar y encontrar nuevas experiencias que lo volverán un ser distinto y separado totalmente de la progenitora.

Pero el papel de la madre es permitir esta exploración y separación de su hijo dejándolo ser independiente cuando lo requiera y no corra peligro y satisfaciéndole adecuadamente sus necesidades, brindándole el apoyo cuando el niño lo pida. El hecho de que el niño vaya volviéndose “independiente” hasta cierto punto y logrando seguridad en el uso de sus habilidades motrices robustecerá y desarrollará el yo del niño “sanamente”.

Otro de los hechos importantes en esta etapa es la adquisición de las habilidades del juego simbólico y el lenguaje pues esto le provocará al niño un sensación de controlar hasta cierto punto el ambiente y a la vez se da un proceso en el que el infante comienza a separar lo bueno y lo malo e internaliza reglas con lo cual se formará posteriormente el super yo.

El niño “sano” logrará entonces pasar al logro de la constancia objetal, lo que no es más que la seguridad en que la progenitora aliviará sus tensiones pero que no se fundirá con ella, así el niño experimentará una casi nula ansiedad ante la separación de la madre, pues tendrá la capacidad de que aunque la progenitora se ausente puede ser evocada y estará disponible intrapsíquicamente.

Por otro lado, dentro del discurso de Mahler se puede identificar un aspecto para el trabajo interdisciplinario con niños, ya que no separa a la maduración biológica del crecimiento psicológico, sino al contrario ambos son determinantes para el adecuado desarrollo del infante; ofreciendo así una posible hipótesis al respecto del área enfocada a la educación especial, ya que el niño con retardo en el desarrollo y que no goza de ciertas habilidades motrices no puede ampliar su

mundo, si la madre es protectora y asfixiante por más tiempo que con los niños “normales”, entonces el infante no puede adquirir aspectos cognitivos por esa falta de maduración neurofisiológica que no le permitirán ser una persona autónoma y separada de la madre.

Para concluir, cabe mencionar que en cuanto a las desventajas que en la teoría de Mahler se pueden notar son las que siguen:

- a) El niño no siempre se desarrolla por fases más o menos fijas y universales, y el infante no siempre se enfrentará en un momento determinado del desarrollo a la misma experiencia emocional.
- b) Esta en cuestión si la relación madre e hijo tiene que ver siempre con la patología autista.
- c) Se pone en duda si la fase de separación e individuación resulta del todo “normal” en los infantes o es un apego inseguro entre la relación madre-hijo.

A pesar de estos tres puntos, cabe destacar que la teoría Mahleriana cumple con los objetivos del presente trabajo, pues desde su perspectiva explica las causas del autismo y las características del mismo, y aunque si bien es cierto el niño no se desarrolla por fases fijas y universales se debe de tener un patrón del desarrollo “normal” para identificar ciertas patologías.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, es importante referir que la familia tendrá un papel esencial en el tratamiento del niño autista independientemente de si determina la etiología de la psicopatología, pues son ellos quienes harán que el experto realice una evaluación y un diagnóstico adecuado para llevar a cabo un tratamiento.

En este capítulo se pudo denotar la importancia de la teoría Mahleriana, sus principales postulados y una mirada distinta e íntima del autismo infantil, ahora exploremos el autismo desde la propuesta que nos hace Meltzer.

CAPITULO 5.

“LA EXPLORACIÓN DEL AUTISMO HECHA POR MELTZER”

Principales características del sujeto autista.

En la obra realizada por Meltzer se llegan a localizar algunas modalidades del funcionamiento de los niños autistas, y cuyo interés reside en que estas aparecen y reaparecen continuamente.

Para el autor, el autismo está definido como: “un tipo de retardo en el desarrollo que sobreviene en niños de gran inteligencia, buena disposición y alta sensibilidad emocional, cuando durante el primer año de su vida se enfrentan con estados depresivos en la figura materna”. El autismo propiamente dicho, se ha considerado como una forma extremadamente primitiva de desintegración.

Para entender algunas de las características que Meltzer menciona acerca del niño autista, habría que comprender algunos conceptos generales, el primero que aparece en la obra del autor y sus colaboradores es el llamado “desmantelamiento” que consiste en una falla notoria y singular en las categorías de espacio y tiempo, una utilización arcaica de los mecanismos obsesivos, en conjunto con otro fenómeno que se denomina “desmentalización”, que es el caso extremo del desmantelamiento.

Dentro de la obra de Meltzer se puede decir, que se localizaron tres fenómenos en la mente del sujeto autista y estos son el “desmantelamiento”, “el deterioro de los conceptos de tiempo y espacio” y la “desmentalización”, además de que en consecutivas ocasiones se ha descubierto que el niño autista recurre a un grado de “aislamiento”, lo que está relacionado con una suspensión de las transacciones transferenciales, propias del sujeto autista.

Así se arriba a la conclusión de que en el estado autista existe una desmentalización en la cual su equipo sensorial era desmantelado y dejaba de tener un modo de funcionamiento unido o consensual. Comprendiendo así, que la esencia del proceso autista es una suspensión de la vida mental, colocando los eventos que lo forman fuera del flujo de los recuerdos.

Pero lejos de estos conceptos, la causa del por qué se toma en cuenta a Meltzer como uno de los autores principales en este trabajo es por el hecho de que en su obra el aporte más importante es la separación que se establece entre el niño autista (autismo precoz propiamente dicho), y los estados postautistas. Es decir, en esta obra se establece dos categorías distintas en las cuales encajonar al sujeto autista y con ello la posible promesa de que el infante salga de ese autismo precoz en algún momento. El autor a su vez refiere que el niño autista puede pasar por diferentes estadios de recuperación.

En una palabra, la relación existente para el autor entre autismo y postautismo reside en el concepto de enfermedad y secuela, en el estado autista la principal característica es la suspensión inmediata y transitoria de la actividad mental, cuya explicación nos permite entender profundamente el fenómeno de desmentalización, en el autista **parece** haber un intento de paralizar la vida mental. El sujeto comprende así una serie de hechos o eventos pero no hay experiencia, es decir, ningún acontecimiento resulta lo bastante significativo.

Meltzer afirma que los acontecimientos vividos por el sujeto autista son como una serie de secuencias lineales neurofisiológicas cerebrales y no de actos psíquicos, así cada uno de los sentidos se va desmantelando y se llega a la desmentalización en donde se suspende la percepción del paso del tiempo.

El desmantelamiento es un proceso pasivo, pues se realiza según Meltzer a través de una momentánea suspensión de la atención, los sentidos vagan y la

atención se deja de atraer por los estímulos, con este procedimiento el aparato mental se “descompone” y deja de funcionar, a la vez de que queda en pedazos. Dice el autor que para que no haya dolor mental este proceso no debe de acompañarse de sadismo ni de violencia.

Por otra parte, para seguir comprendiendo algunas características del estado autista, se tiene que mencionar que Meltzer define cinco regiones especiales en la geografía de la personalidad y éstas son:

1. Interno al self
2. Externo al self
3. Dentro del objeto
4. Fuera del objeto
5. No-lugar.

A partir de la especificación de estas cinco regiones se puede entender que los niños autistas sufren de un retardo en el desarrollo ya que no diferencian entre estas cinco áreas de la fantasía. Por ejemplo, en el niño autista al estar dentro del cuarto de juegos no puede adquirir la experiencia de estar dentro y fuera del objeto (la madre), porque para ellos este objeto es plano, sin espesor ni interior, para el pequeño la madre es igual a muchos de los objetos que lo rodean.

Con respecto a lo anterior, la diferencia entre el niño “normal” y “autista”, reside en que parece ser que un estadio esencial en el desarrollo de la identidad separada del niño es que aprenda a tolerar la existencia de un espacio entre él y su madre en presencia de ella.

El niño autista parece sufrir un **impedimento absoluto para progresar en su desarrollo**, debido a su dificultad en diferenciar las cuatro primeras áreas geográficas de la fantasía.

Estos niños, experimentan una confusión de tipo geográfica muy compleja, esto se explica debido a:

- a) Su alto grado de oralidad.
- b) Sus intensos celos posesivos del objeto materno.
- c) Su primitiva sensualidad y su tierno modo de ser, no sádico.
- d) Sus experiencias depresivas tempranas e intensas (hay una vulnerabilidad al dolor depresivo).
- e) Su ansiedad depresiva.

Es así, como la sensualidad y la posesividad inducen una fuerte tendencia a la fusión con el objeto, y es por ello que parece como si trataran de penetrar en las personas o de apropiarse de alguna parte de su cuerpo para lograr manipularlo o con la pretensión de usar a las personas como si fuesen un objeto. Esta insistencia de controlar el cuerpo de los demás revela un fracaso en el logro de cualquier grado de *identificación proyectiva*.

Por otra parte, también en el autista está dañado el proceso de introyección y hay una preferencia por una forma *adhesiva* de identificación narcisista, lo que interfiere con varias áreas de la geografía de la fantasía (se verá más adelante) y en consecuencia con la formación de objetos internos.

Es así como dentro de su libro el autor explica algunas de las características con respecto a la identificación adhesiva con las cuales podemos identificar al sujeto autista y entre ellas se destacan las siguientes:

- a) Dependencia: Que está relacionada con la identificación adhesiva en la cual no se reconoce la existencia separada del objeto y es cuando el niño autista toma de la mano al adulto para hacerle llevar a cabo una tarea a su servicio. Es decir, usan a quienes le rodean en forma de una máquina, para satisfacer sus necesidades.

- b) Separación o colapso: Que consiste en que el rechazo para el niño en la etapa de la identificación adhesiva, consiste en un colapso, como si se sintiera arrancado o arrojado por el objeto.
- c) Vacío en la cabeza: Consiste en la delusión de conocimiento o de claridad insigth, y parecen tener la mímica o la conducta de ser un poco cabezas huecas.
- d) Caricatura: La mímica de los identificados adhesivamente tiene la cualidad de una diminutización con todo el encanto que esto tiende a implicar; sin embargo cuando hablamos de la conducta inteligente este encanto se pierde. En cuanto a conducta el niño identificado adhesivamente tiende a alarmarnos con su imitación no inteligente de su objeto interno o externo, por ejemplo: hay alteraciones en el tono de voz y la ausencia del pronombre de la primera persona indican que a veces hablan como loros.

A su vez, los niños en estado autista no pueden experimentar la diferencia entre estar adentro o afuera del objeto, mirar a alguien más a los ojos puede transformarse en mirar afuera a través de la ventana, los objetos entonces no tienen interior. El porque los objetos para estos niños son así, se explica desde que uno debe reconsiderar la intrusión extremada e insistente de estos niños con respecto al objeto materno y la manera en que la sensualidad primitiva permite un fácil intercambio entre objetos animados e inanimados, entonces la distinción entre el adentro y el afuera del objeto no es un hecho, es sólo una idea surgida de la imaginación. Acerca del objeto, el niño autista vivencia a su objeto y a sí mismo como segmentados.

Por otra parte, con respecto a los mecanismos obsesivos, el autor explica que son los más primitivos de la patología, ya que son una técnica de aislamiento

sensorial. La esencia del autismo para el autor radicaría en que el mecanismo obsesivo en el niño autista ataca en su origen la capacidad de realizar los actos mentales que llevan a integrar diversas experiencias sensoriales a las cuales se les pueda asignar significado.

Así, es como el autor expone una caracterización del sujeto autista, agregando a su vez y concordando con otras perspectivas en las cuales en el sujeto autista hay un mal funcionamiento del sistema perceptual, una falta de actividad mental y una conducta estereotipada (debida a la tendencia a la obsesividad).

Dadas las características anteriores, se puede concluir que una característica principal vista desde la perspectiva analítica del sujeto autista, es una *naturaleza primitiva del yo*, lo cual crea un cuadro clínico terriblemente confuso, en el cual a medida que el paciente mejora o se recupera, este cuadro se ve gradualmente reemplazado por otro que es una mezcla de inmadurez y rasgos obsesivos. En una palabra, hay un desmantelamiento primitivo y suave del yo.

Por otra parte, dentro de su obra Meltzer hace una tipificación acerca de las características y de los requisitos para la aparición del autismo como condición patológica, estos son cuatro y se describen a continuación:

- Factores económicos.

Caracterización:

- a) Los niños estudiados parecían muy inteligentes, es decir, sus procesos mentales operan a gran velocidad.
- b) Hay una intensa tendencia a la repetición.
- c) Aunque son dominados por la repetición, es relevante la rapidez con que desarrollan nuevas combinaciones y transformaciones.

- d) Su aparato mental parece desnudo, pues tienen una apertura a los datos sensoriales tanto de su propio cuerpo como del mundo exterior.
- e) Discriminan los detalles del ambiente y cualquier alteración a los mismos.
- f) Presentan una sensibilidad emocional sorprendente, su conciencia del estado mental de las personas a quienes intensamente se sienten ligados parece contener una inclinación de matices depresivos. Es una permeabilidad primitiva a las emociones de los demás
- g) Hay una tendencia a ser bombardeados por la conciencia del sufrimiento ajeno.
- h) Interpretan como rechazo la insensibilidad emocional de los otros.
- i) Hay una propensión al sufrimiento depresivo que se relaciona con la especial desnudez respecto de las ondas emocionales que emanan de los otros.
- j) Hay una posesividad inflexible del objeto materno y quiere librarse de todo rival.
- k) La gozosa posesión del objeto materno constituye una forma primitiva de amor, que es al mismo tiempo tierna y altamente sensual.
- l) No hay una intención de infligir dolor, ni hay un gozo sadista.
- m) El sentimiento de triunfo es un ingrediente regular de sus placeres.

- Factores estructurales.

Caracterización:

- a) El autismo es una estructura mental y a la vez, un estado esencialmente desmentalizado.

- b) Hay una suspensión temporaria del reconocimiento del pasaje del tiempo.
 - c) Hay una estructura del yo-ello-súperyo-ideal desmantelada.
 - d) Se presenta una inhabilidad para que su estructura se una con otros eventos mentales.
 - e) Todo es vivido como un evento y no como experiencia lo cual implica que la estructura del individuo es no apta para el recuerdo.
 - f) El desmantelamiento ocurre mediante el recurso pasivo de permitir que los diversos sentidos se adscriban al objeto más estimulante del momento.
 - g) Pero hay una capacidad para suspender la atención, lo que permite a los sentidos vagar, cada uno dirigido al objeto más atractivo del momento.
 - h) El esparcimiento de los sentidos parece producir el desmantelamiento del self, como aparato mental.
 - i) Mediante la suspensión de la atención el niño permite que su organización mental caiga pasivamente en pedazos.
- Factores dinámicos.

Caracterización:

- a) Hay rasgos compulsivos en el estado autista.
- b) El rasgo compulsivo más llamativo es la reiteración del acto, o del pensamiento subyacente, en una serie potencialmente interminable que cesa tan misteriosamente como comenzó.
- c) El control de los objetos induce ansiedades persecutorias o depresivas.
- d) Así, la repetición compulsiva expresa la necesidad de un constante control de los objetos.
- e) En los estados obsesivos hay un interjuego de motivos primarios y secundarios de defensa contra la angustia.

- f) La compulsividad es un mecanismo de defensa en contra de la ansiedad.
- g) Cuando el self se desmantela en sus componentes sensoriales debido a la suspensión de la función yoica de la atención, un yo coherente cesa de existir temporariamente; cada fragmento o componente se reduce a un estado primitivo, dominado por el ello y por su economía y dinámica.
- h) El primitivismo es carente de actividad mental, desmentalizado.
- i) Los eventos no pueden ser considerados como actos mentales y no pueden ser experimentados ni integrarse en el recuerdo.

1. Factores genéticos.

Caracterización:

- a) El extravío en el autismo, en tanto perturbación del desarrollo, tiene una muy fina relación económica con la intensidad de la relación con el pecho de la figura maternal.
- b) Hay una nula actividad del objeto materno con respecto al bebé y este va desmantelando su self.

Esta es la caracterización del niño en estado autista, la ventaja que ofrece la versión analítica, es la explicación interna y no sólo a nivel externo o de conducta del sujeto, sino que estudia la estructura mental y puede diferenciar al autismo de otros estados (como el postautismo y otras psicosis); así se puede decir que el autismo, al conjuntar todas sus características se trata de **una pérdida de tiempo vital de maduración mental.**

Es así, como una de las características que especialmente distingue en los autistas Meltzer es el **mutismo**, el cual es determinado por múltiples factores, los cuáles se analizan a continuación:

1. El mutismo acompaña al estado autista pues es un estado “desmentalizado”, en el cual las funciones cerebrales se manifiestan más que las mentales. Y, si existe, el lenguaje carece de un significado funcional. Es importante mencionar que esta área corresponde también al fracaso en el desarrollo de los pensamientos oníricos.
2. No hay lenguaje, debido a la inmadurez de estos niños y porque hay una interferencia en el proceso de introyección, debido al fracaso de formar el concepto de espacio interno, esto a su vez desfavorece la adquisición del lenguaje porque los procesos de identificación con objetos parlantes están detenidos.
3. Cuando la introyección y la proyección llegan a ser más operativas, los celos edípicos pregenitales interfieren en el coito verbal de los objetos internos, dejándolos separados y silenciosos, esto se agrega a la tendencia a no vocalizar, aun cuando el lenguaje interno se esté desarrollando.
4. La prolongada inmadurez tiende a superar el período del intenso impulso al balbuceo y los niños mayores de siete años que no hablan todavía, están en desventaja para aprender a hablar más adelante.
5. La falta de distinción entre animado e inanimado, humano y no humano, no lleva a establecer objetos internos que sean una audiencia adecuada para el habla.
6. La identificaciones empobrecidas y los aspectos deshumanizados de los objetos no estimulan el deseo de comunicarse, sino sólo el de controlar o despertar la obediencia de los objetos para lo cual los gestos y señales resultan suficientes.

Para complementar y concluir, en cuanto al desarrollo del sujeto autista, es así como se puede explicar que hay un retraso, pues pareciera que la actividad mental queda en reposo, incluso esta falta de maduración se puede explicar desde el mutismo presentado en el sujeto autista. Además de que la consecuencia de su estado implica un grado extraordinario de dependencia, no solo de los cuidados, sino también de las funciones mentales del objeto externo.

Por otro lado, hay un aspecto importante también afectado en el autista y es que existe en ocasiones una confusión en la imagen corporal y cabe agregar, que a veces son tan posesivos que llegan a ser perturbadores y violentos, como si debieran vaciar, destruir y aterrorizar a quienes le rodean y para ellos a veces el analista es percibido como un objeto incapaz, sin estructura alguna, ni límites, ni capacidad para contenerlos. Pero a su vez, logran concebir al terapeuta después de algunas sesiones como un ser vulnerable y que los arroja adecuada y firmemente.

Hipótesis sobre la etiología del autismo.

Para el autor, la principal causa del autismo se da cuando durante el primer año de vida el infante se enfrenta con estados depresivos en la figura materna. "El severo deterioro en el contacto por parte de la madre catapulta al niño hacia angustias depresivas intensas.

En su obra, Meltzer propone que el hecho de que el objeto materno no preste la atención debida a su hijo puede ser parte de las causas del autismo, como lo sugieren algunos estudios que han probado la relación entre la enfermedad y la depresión postparto de la madre. Es así como se puede imaginar que durante sus primeros meses de vida estos niños fueron expuestos a un grado extraordinario de despreocupación maternal.

Se propone a su vez, que cuando la relación con la figura maternal se suspende o se marchita, como cuando una madre sufre de depresión u otra perturbación, y en consecuencia reduce su atención, su calor, su charla y su sensualidad hacia el bebé, el self desmantelado tiende entonces a flotar por períodos cada vez más largos de desmentalización.

Por otra parte, se dice que si la depresión de la madre concuerda con una notoria predisposición obsesiva del niño, es decir, una tendencia a enfrentar la ansiedad con fantasías de control omnipotente de los objetos. Así en lugar de que la madre sea objeto, se reduce a una multiplicidad de eventos unisensuales en los cuales los aspectos animado e inanimado son indiferenciables.

“La consecuencia es que, en los estados de autismo propiamente dicho, estos niños quedan reducidos a un tipo de desmentalización equivalente a un defecto cerebral orgánico” (Meltzer, 1979, pág. 180).

Así, tanto la falta de disposición del infante como de la madre interfieren principalmente en la evolución del concepto de espacio interno, tanto del self como del objeto, empobreciendo entonces los procesos introyectivos y proyectivos. En consecuencia, el yo tiende a permanecer en un estado primitivo de fusión con su objeto externo, mediante la fantasía de pegarse o adherirse, lo que produce una forma altamente narcisista de identificación y aumenta la intolerancia a la separación.

Por otro lado, se propone que principalmente la etiología del autismo tiene que ver con la estructura del niño, por sus intensos deseos posesivos, sus celos y su exarcebada y voraz sensualidad, es decir, en él hay una estructura mental inadecuada.

Así mismo, se plantea que la organización del ambiente en que el niño crece puede ser un factor no etiológico pero sí que favorece la aparición de la patología autista.

Cabe mencionar, que Meltzer, también sugiere como causante del autismo la posibilidad de factores neurofisiológicos pero, que no son referidos en su obra ya que deben ser estudiados por otros métodos y no por el psicoanalítico.

En conclusión, al analizar los distintos casos expuestos por Meltzer sobre niños autistas se pueden identificar como parte de la etiología de la psicopatología lo siguiente:

1. Hay una relación entre eventos que separan al niño de la madre como la hospitalización de alguno de los miembros, lo que no permite volver a recuperar el vínculo.
2. El embarazo de la madre de un nuevo bebé implica una experiencia traumática en el niño autista, a partir de donde algunos de los padres ubican el deterioro del infante.
3. La falta de calidez de los padres debido a enfermedad, depresión o preocupación, lo que no les permite transmitir a su bebé el cariño adecuadamente.
4. El abandono físico de los padres.

Postautismo.

En la investigación de Meltzer, se hacen diferencias entre las categorías de autismo y postautismo, la primera de ellas reside en el hecho de que en el autismo el mundo “desmentalizado”, se puede caracterizar como unidimensional y el mundo del estado postautista es bidimensional. En conclusión, el mundo unidimensional superpone el tiempo y la distancia con el instinto, es un mundo del que parten los impulsos hacia los objetos.

En el mundo bidimensional se concibe el objeto como una superficie, y el yo no puede ser más que otra superficie sensible, que percibe las cualidades sensoriales del objeto.

La personalidad postautista, igual que todos los estados primitivos, presenta un cierto nivel de concreción en el pensamiento y la fantasía, es así como se puede observar en el infante el empleo del objeto materno como una extensión del self para ejecutar las funciones del yo. Pero la dependencia del niño es similar a la de un recién nacido, que necesita del objeto tanto para que lo atienda como para que realice sus funciones yoicas.

Una diferencia entre un estado y otro es que en el estado postautista el sujeto puede usar la atención para efectuar abstracciones diversas a diferencia que en el estado autista en donde la no-atención es extrema y puede aparecer como defecto intelectual.

Por otra parte, la severidad de la enfermedad en el estado postautista no se relaciona especialmente con el grado de obsesionalidad, sino con la perturbación en la organización del espacio mental que trae como consecuencia un serio obstáculo para la maduración. El sistema obsesivo en esta etapa más que psicopatológico es no adaptativo, el problema es que queda interferida la respuesta emocional frente a la complejidad del mundo.

Una de la hipótesis más relevantes en cuanto al estado postautista, es que tanto en los niños cuyo desarrollo ha quedado detenido por el autismo como en aquellos que han retomado su desarrollo pero que muestran un tipo de psicosis postautista, puede verse el uso de los mecanismo obsesivos en su contexto más primitivo. Agregándose así que en el estado postautista se puede entrever un estado de no integración.

Tratamiento.

En lo que respecta al tratamiento, la principal postura de Meltzer es que cuando un objeto atractivo hace que el yo se reúna, también se reintegra la percepción de los objetos. Por esta razón, el estado autista propiamente dicho es notablemente reversible de manera momentánea y no constituye una enfermedad.

De acuerdo a las características que anteriormente se describieron acerca del estado autista, en el trabajo de Meltzer y sus colaboradores, se hizo muy pronto evidente que era necesario que el terapeuta fuera capaz de movilizar la atención suspendida del niño en su estado autista, para establecer nuevamente al contacto transferencial.

En el tratamiento, dentro de las técnicas aprendidas por el terapeuta destacan, el empleo de la voz, la atención y la postura, siendo esta última habilidad la que incluye un grado de permisividad con respecto al contacto físico, tocar, mirar, oler y gustar, lo que permitiría seguramente la sensibilización de los sentidos.

A su vez, se propone que el pecho materno funciona como imán o resorte que reúne al self desmantelado mediante su poder, es decir, mediante la dominación de la atención. El "ataque" autista terminaría debido a la repentina reunión de las partes del self, lo cual permite al niño continuar la actividad transferencial que había sido temporariamente suspendida.

En consultorio el terapeuta tiene el papel de funcionar no sólo como sirviente o subordinado sino como actor principal de una situación, no sólo debe llevar a cabo una función yoica, sino también decidir que acción debe efectuarse, y tomar de esta manera la responsabilidad y si el terapeuta falla en el desempeño de la función yoica requerida por el niño, surge un azoramiento y una tendencia a aislarse en el estado del autismo propiamente dicho.

Dentro de la obra de Meltzer al estudiar la segunda parte en donde se describen los casos de algunos niños en diferentes estados del autismo, se puede observar que el terapeuta es de vital importancia pues la mente y el cuerpo del mismo toman posesión de un conjunto de cualidades y funciones que podrían reunir la dispersa mentalidad de los niños y así iniciar con el proceso denominado transferencia infantil.

A veces el terapeuta puede convertirse en un equivalente psíquico, el cual les evita caer y los mantiene integrados y puede ayudar a establecer límites corporales. Y a pesar de la primitiva sensualidad del sujeto autista puede lograr apreciar gracias al terapeuta las cualidades sensuales de un objeto.

Sin embargo, el terapeuta debe poner límites en la relación entre él y el niño, pues al ser una relación transferencial, el infante puede sentir celos y presentar una conducta posesiva hacia el terapeuta. Es importante, la relación transferencial entre el terapeuta y el niño ya que la madre en la depresión que el paciente vive puede percibirse como rota o fragmentada y el analista entonces puede volverse la única persona con la que el niño se comunique, ya que puede percibirse al experto como un objeto quien conoce el dolor abrumador, es un objeto que lo acompaña en su congoja y el cual tiene que soportar ciertas actitudes que presenta el autista que pudieran desesperar a cualquier otra persona.

En cuanto a la posesividad con el terapeuta, el infante parece tener el deseo de tener al analista para él solo y se convierte en un objeto fetichista al cual adherirse, lo cual se denomina identificación adhesiva, la cual es la manera más temprana de relacionarse con un objeto, y a veces los brazos, la ropa y la atención del experto parecen ser la cuerda que mantiene unida la mente del niño; y entonces se corre el peligro de que en el momento en que el terapeuta se separa,

la mente del paciente se desarma, siendo a su vez, el intento de adherirse al analista una defensa primitiva contra la pérdida.

En una palabra con el tratamiento analítico, el terapeuta es quien en primer lugar empieza a ser reconocido por el paciente como objeto, como aquel que puede aliviar del dolor, del miedo y de la ansiedad.

Para concluir, la importancia de la obra de Meltzer al exponer diversos casos de niños autistas en distintos estados, reside en que se puede apreciar el rol del analista con respecto a la terapia e ir observando la mejoría de los infantes a lo largo de todo un proceso de tratamiento analítico, los casos expuestos pueden dar cuenta desde el estado más primitivo del autismo en donde predomina la posesividad del paciente hacia el analista, hasta el estado postautista.

Estos casos ilustran, por ejemplo, como los niños después de ser concebidos por sí mismos como seres fragmentados pueden mediante el juego y el tratamiento analítico lograr una imagen más coherente de sí mismos y de su cuerpo y con ello un desarrollo del sentido de identidad, y lograr una diferenciación entre el sujeto mismo y alguien diferente.

Por otra parte en cuanto al tratamiento el analista tiene un papel relevante y crucial en el autismo, puesto que debe de ser vivenciado como alguien quien pueda cubrir las necesidades propias de los sujetos autistas, alguien quien pueda lograr ser vivenciado como un “objeto” suficientemente fuerte incluso para tolerar los ataques aniquiladores del paciente y que pueda continuar sosteniéndolo, conteniéndolo, sin “tirarlo” y encausarlo adecuadamente a la mejoría. En donde el sujeto quedará con una secuela pero que podrá volverse funcional en ciertas habilidades.

“Lo importante del analista es que pueda ser un objeto utilizable para la identificación proyectiva de una parte sufriente y que pueda aliviar esa parte y

devuelva al self con miras a su integración, debe ser un objeto suficientemente elástico y resistente como para poder aguantar la identificación proyectiva masiva y el hospedaje parasitario de esa parte del sujeto” (Meltzer, 1979, pág. 144).

Conclusión.

Como se pudo observar, la importancia de la obra de Meltzer radica en la diferenciación de los estados por los cuales pasa el sujeto autista, además de que nos ofrece una conceptualización diferente del autismo, pues desde esta postura tal estado es definido como: un retardo en el desarrollo, siendo este una forma primitiva de desintegración, en donde hay una pérdida de tiempo vital de maduración mental.

Es así, como esta pérdida de tiempo en la maduración del niño es la que provoca que ciertas características sean evidentes y propias para el diagnóstico del infante. Así mismo, cabe aclarar que la postura del autor, no sólo ofrece una caracterización del individuo autista, sino que va mas allá, nos lleva a comprender qué pasa en la estructura mental del sujeto por lo cual su desarrollo se mantiene en reposo o inactivo.

Con respecto a lo anterior, se dice que en el autismo el equipo sensorial del sujeto está desmantelado y por lo cual deja de tener un modo de funcionamiento unido y consensual, por tanto en el autista hay una suspensión inmediata, pero también *transitoria*, de la actividad mental.

Es decir, se paraliza la vida mental y entonces el aparato mental se descompone y deja de funcionar y poco a poco se va quedando en pedazos y los sentidos vagan, la atención se suspende, lo que a su vez impide un progreso en el desarrollo perceptual y cognitivo del individuo.

En cuanto al “yo”, lo que ocurre es que tiene una naturaleza primitiva y fragmentada, debido a que los sentidos vagan, por tanto las categorías del yo, ello, superyo y del self están desmanteladas y por ello el yo coherente no existe temporariamente.

Lo descrito anteriormente, es lo que motiva la caracterización del autismo propiamente dicho y cuyas principales peculiaridades se pueden resumir como:

1. Se trata de niños de gran inteligencia.
2. Tienen un alto grado de sensibilidad emocional.
3. Hay un déficit en las categorías de tiempo y espacio.
4. Presentan un alto grado de aislamiento.
5. Hay un déficit en el flujo de los recuerdos.
6. Parece haber un intento de paralizar la vida mental.
7. No hay experiencias significativas pues todo es percibido como eventos.
8. El niño autista no diferencia entre las cinco áreas de la fantasía.
9. El niño presenta un alto grado de oralidad.
10. En él existe una primitiva sensualidad.
11. Hay una tendencia al dolor depresivo e intenso.
12. El niño presenta ansiedad.
13. Existen unos intensos celos y posesividad del objeto materno.
14. Hay una alta dependencia del objeto materno, ya que el infante no se reconoce como una existencia separada de los objetos.
15. Cualquier actitud del objeto materno, interpretada por el niño como un rechazo, implica un colapso que es sentido como si este fuera arrojado o arrancado violentamente por el objeto.
16. Así mismo, esto genera que el niño tenga la mímica y la conducta de un infante verdaderamente retrasado.
17. Relacionado con lo anterior, el niño imita cualquier objeto de manera no inteligente y su conducta y verbalización es no funcional, lo que hace que el pronombre en primera persona este ausente.

Es así, como se refiere que el niño autista no tolera la existencia de un espacio entre él y su madre. Así mismo, esto induce a una deficiencia en el sujeto para diferenciar entre estar dentro o fuera del objeto (la madre). Este déficit para diferenciar las áreas de la fantasía descritas por el autor, se explica debido a las siguientes características que presenta el niño autista:

Por otra parte, los intensos celos y la posesividad del objeto es una característica relevante y primitiva en el sujeto autista, esta implica una posesión absoluta de un objeto que no es poseible. Así mismo, se dice que los mecanismos obsesivos perjudican la capacidad del niño para realizar actos mentales que lleven a integrar experiencias sensoriales a las cuales se agregue un significado.

Es así, como la conducta obsesiva es la principal característica del sujeto autista, misma que lo lleva a la compulsión, a la tendencia a la repetición, la reiteración del acto y a los movimientos estereotipados, y por lo cual cualquier cambio en el ambiente les causa enojo y ansiedad.

Concordando con lo anterior, el hecho de que se quiera poseer al objeto de una manera tan obsesiva lleva a estos niños a sufrir ansiedad y son altamente vulnerables a la frustración, misma que los lleva a estados depresivos.

Por otra parte, en cuanto a cómo el autista es percibido por si mismo, se puede decir, que para él no existe diferencia entre estar fuera y dentro del objeto, por tanto los objetos no tienen interior, ni espesor; el autista en una palabra, vivencia a su objeto y así mismo como segmentado y por tanto esto implica que hay un déficit en la relación corporal con el espacio. Por esto mismo se dice que el yo y el self están desmantelados.

En lo que respecta a desarrollo, en el niño hay diferentes deficiencias, en el caso del trabajo de Mletzer se explica este déficit en el área perceptual, cognitiva,

pero también en el lenguaje verbal, presentándose la mayoría de las veces mutismo, el cual acompaña al infante autista, pues está en un estado desmentalizado, y por tanto, el lenguaje carece de significado, además de que hay un fracaso en el concepto de espacio interno y por tanto, en lo que se refiere a introyección. Esto tiene que ver también con lo que el reposo que presenta el niño autista en su estado mental, también paraliza el impulso del balbuceo en un momento adecuado, y por tanto, maduracionalmente no está apto para adquirir el habla y si hay lenguaje, este no es funcional y si es repetitivo es debido al impulso compulsivo.

Por otra parte, hay otras características dentro del estado autista que pudieran explicar el déficit en el área de desarrollo, la primera de ellas reside en el hecho de que el autista no diferencia entre objetos inanimados e inanimados, ni tampoco entre humanos y no humanos, esto es lo que hace que a veces a nivel de lenguaje verbal el niño imite sonidos de animales o algún aparato o teléfono.

Otro de los aspectos, y tal vez uno de los mayores aportes en la obra de Meltzer es el hecho de que el individuo en estado autista, pasa por diferentes estados y que por tanto el autismo propiamente dicho es transitorio, (como se pudo ver en los casos descritos en el trabajo de Meltzer y sus colaboradores), así surge la esperanza de que el individuo en el estadio autista, por medio de la terapia analítica supere tal estado, y que llegue a la categoría de postautismo, cuya única línea de separación entre uno y otro concepto es la de enfermedad y secuela.

Para complementar, es importante decir, que en la obra de Meltzer también se puede encontrar explicación a la etiología de tal estado, y para resumir, al respecto se pudo encontrar lo siguiente:

1. El autismo se ha visto asociado con estados depresivos de la madre durante el primer año de vida.

2. El deterioro del contacto madre-hijo se ha visto reflejado en el historial de niños autistas, lo que causa estados de angustia depresiva en el niño.

Cabe mencionar, que el déficit en el vínculo madre-hijo, provoca desde la perspectiva analítica que el self se desmantele por períodos más largos de tiempo.

3. La predisposición obsesiva del niño en correlación con la depresión de la madre, provoca la desmentalización del yo en sus diferentes capacidades preceptuales.

Lo anterior interfiere en la evolución o desarrollo de:

- El espacio interno.
 - Del self y del yo.
 - Los procesos introyectivos y proyectivos.
 - Induce a la ilusión de pegarse o adherirse al objeto.
 - Se ve afectada la percepción de separación del objeto.
4. Meltzer, también menciona que etiológicamente se ha visto que en algunos niños autistas hay una estructura mental inadecuada que lo lleva a tal estado.
 5. Por otra parte, también se menciona el hecho de que en la organización del ambiente en el que el niño se desenvuelve puede favorecer la aparición de la patología autista.
 6. Así mismo, el autor no descarta los factores neurofisiológicos como predisponentes para el estado autista.
 7. De igual forma, la llegada de un nuevo bebé a casa, sumado a la tendencia obsesiva del niño puede favorecer el estado autista.

Para concluir, en cuanto al tratamiento propuesto por Meltzer y sus colaboradores, se hace énfasis en el analista como una persona capaz de hacer que se reintegre el yo del infante y este a su vez se convertirá en un objeto capaz de proveerlo de aquello que la madre no pudo satisfacer, similar a lo propuesto por Mahler.

Para Meltzer, el analista tendrá como principal labor mantener integrado al infante y ayudará a establecer límites corporales y el reconocimiento de éste como un objeto animado y humano.

En conclusión el terapeuta tendrá como labor principal lograr en el niño una imagen más coherente de sí mismo y de su cuerpo, desarrollar el sentido de identidad, la concepción de roles, la relación espacio-temporal y volver al niño consciente de lo que es el daño y el amor.

CONCLUSIONES.

El tema del autismo ha sido el objeto de estudio de distintas disciplinas, desde el siglo XVIII los profesionistas han tratado de dar una explicación en cuanto a causas y características de este trastorno, pero se han enfrentado con numerosos retos, el primero de ellos es que no se ha definido, en común, una etiología en la que todas las disciplinas coincidan.

Es así, como en el presente trabajo se puede concluir, que las diversas disciplinas han establecido múltiples o una cadena de causas para el trastorno del autismo, las cuales se pueden resumir como sigue:

a) Discurso médico biológico.

- El autismo está relacionado, con una alteración orgánica, por la cual hay una inmadurez en el sistema nervioso central, vegetativo o motor.
- Hay disfunciones en diversas estructuras cerebrales: lóbulo frontal, temporal, parietal, cerebelo, sistema límbico, amígdala, hipocampo, sistema dopaminérgico, tálamo, entre otras, las cuales controlan diferentes funciones como lo motriz, cognitivo, lenguaje, lo perceptivo, auditivo o el procesamiento de información; habilidades que presentan un déficit en el individuo con autismo.

Pero acerca de este último punto, cabría la pregunta, ¿qué pasa con aquellas personas a las que se les ha realizado múltiples estudios y que no presentan ninguna alteración a nivel cerebral?, a este punto se encontrarán respuestas más adelante.

- Se refiere, que en algunos individuos autistas se han encontrado alteraciones en la actividad eléctrica o en la química cerebral, cabe

aclarar, que este tipo de variaciones se han encontrado mayoritariamente en personas diagnosticadas con autismo que presentan convulsiones o cuadros epilépticos.

- Trastornos genéticos: algunos investigadores relacionan al autismo con una anomalía cromosómica; ya que hay casos en los que gemelos (sobre todo idénticos) o hermanos presentan el trastorno autista.

En resumen, estas serían las causas del autismo desde el discurso médico biológico, aunque se ha encontrado también una relación entre ciertos factores prenatales y perinatales como la presencia de ciertas infecciones, la edad de la madre, la incompatibilidad RH, entre otras, que hay que aclarar que no podrían ser propiamente el origen del trastorno, sino más bien aunados a otros factores podríamos hablar de una cadena de causas que en conjunto podrían ser la causa del autismo.

Descrita la etiología desde la disciplina médica habría que cuestionarse lo siguiente:

¿Por qué afirmarse la relación entre el autismo y algún déficit o mal funcionamiento cerebral, si no en todos los casos se encuentra una alteración fisiológica?.

¿Qué le hace falta visualizar a esta disciplina, para poder dar una explicación acerca de la etiología del autismo?.

¿Con qué retos se enfrentan los profesionales de la disciplina médico biológica al estudiar un problema tan ilimitado como el autismo?.

Es así, como al respecto del discurso médico biológico se puede referir que la causa del autismo no ha sido determinada desde esta perspectiva, por lo tanto

este trastorno representa un desafío para los profesionistas de esta área, pues no existe nada en concreto al respecto.

Pero, no solo esta disciplina se ha enfrentado con el reto de determinar la etiología autista, la psicología también ha tratado de dar una explicación acerca de la génesis del trastorno, y para ello en el presente trabajo se puede resumir lo siguiente:

- El autismo es causado por una relación no satisfactoria entre madre e hijo, o por el hecho de que la madre haya sufrido alguna alteración emocional durante el embarazo; se agrega a esta teoría que el entorno al no satisfacer las necesidades del infante, también puede ser generador de la psicopatología.
- La familia puede ser generadora del trastorno autista, pues se considera a la conducta infantil desadaptada como un indicador de la psicopatología familiar.
- Se refiere al autismo como un conjunto de conductas deficitarias, las cuales, aunque su origen puede ser distinto, el objetivo del profesional es “habilitar” al individuo para hacerlo funcional a la sociedad.

En este último punto, hay una aclaración al respecto, en la propuesta de este trabajo, lo importante no es “normalizar” al niño, porque el autismo no es una “enfermedad”, la cual desaparece, mas bien las disciplinas de estudio, tendrían que poner más atención en porque el niño se comporta de determinada manera, para luego poderle brindar al individuo un tratamiento adecuado.

Descritos ya los puntos acerca del origen y la definición del autismo, también desde la disciplina psicológica se encuentran numerosas dificultades pues no siempre hay una familia disfuncional en el autista, o una madre con una

alteración emocional, ni tampoco se puede afirmar al autismo como solo un retraso en el desarrollo, porque entonces habría que preguntarse, ¿por qué algunos autistas presentan dentro de su conducta los llamados islotes de capacidad?, es decir, que algunas personas diagnosticadas con autismo presentan habilidades superiores a sus iguales “normales”, en lo que se refiere al área de las matemáticas, memorización de textos, dibujo, música, entre otras.

En este texto no se está queriendo negar que existen alteraciones en el desarrollo de estos infantes, pero hay que profundizar más, ¿no acaso estas alteraciones tendrán que ver, no solo con un daño a nivel cerebral, sino con que la persona se desarrolle en un ambiente inadecuado, que no le permita aprender ciertas habilidades a una edad propicia?.

A su vez, es inevitable pensar que la falta de la madre en algunas ocasiones puede llevar a la persona a no desarrollarse ni física, ni emocionalmente de manera adecuada. Por lo tanto, el autismo, no es solo un retraso en el desarrollo o un comportamiento inadecuado, también habría que considerar todo un ambiente y la relación entre el infante y quienes le rodean.

Por otra parte, estudiar al autismo desde la perspectiva psicológica en aislado, nos conduce a encontrarnos con ciertos límites, por ello, hay que encontrar una correlación entre este ámbito y la disciplina médico – biológica.

Es por ello, que en este texto se hace énfasis en una disciplina, relativamente joven, que nos ayuda a explicar la etiología autista de una manera convincente e interdisciplinaria: la neuropsicología, que ha brindado a los profesionistas la ventaja de poder construir un puente entre lo médico y lo psicológico y por tanto, establece una relación entre las funciones cerebrales, la estructura psíquica y lo sociocognitivo.

En el presente trabajo, la interdisciplina ofrece la respuesta más acertada para explicar la etiología del autismo, explicándose desde la neuropsicología que se trata de un trastorno del desarrollo que afecta el modo en como el niño ve al mundo, se relaciona con él y aprende de sus experiencias.

Así mismo, la neuropsicología no deja de lado las diferencias individuales pues brinda diversas estrategias terapéuticas para los pacientes, es así, como se puede pensar que para que exista un niño autista, se requiere mas que un cerebro disfuncional o una dinámica familiar fallida; es aceptable pensar que el autismo puede ser el resultado de una dinámica entre cerebro, el psiquismo no estructurado aún y un ambiente social no tan favorable.

Pero cabría preguntarse ¿por qué se propone que el autismo sea estudiado de manera interdisciplinaria?.

A este respecto, se han encontrado en el presente trabajo que ninguna propuesta o disciplina alcanza a describir una etiología determinada del trastorno, ni tampoco desde una disciplina en aislado se alcanzan a explicar las características del autismo, por lo tanto, la insuficiencia encontrada en cada área de estudio es lo que llama a la interdisciplina pues el discurso médico – biológico y el psicológico se encuentran con la imposibilidad de enfrentar al autismo.

Por otra parte, independientemente de que en la neuropsicología se consideren principios como los de la plasticidad cerebral, que posibilitan en cualquier infante una posibilidad de desarrollo por medio de la explicación del entramado neuronal que conforma las posibilidades de un yo psíquico y cognitivo, existe otra disciplina que explica el trastorno autista desde una perspectiva distinta. Es así, como en el presente trabajo se retoman dos posturas analíticas para explicar la etiología del autismo.

La postura de Margareth Mahler, refiere que el origen del autismo se debe a tres causas:

- Defectos innatos: que dificultan o incapacitan al infante para establecer un vínculo con la madre y recibir de ella los cuidados necesarios.
- Defectos en la relación madre-hijo, por una psicopatología materna.
- Traumas, al separar por alguna circunstancia a la madre y al niño.

Es así, como Mahler refiere la etiología autista, encontrándose que en esta teoría no se descartan los factores fisiológicos, sino que en coincidencia con la neuropsicología, estos se relacionan con una incapacidad del niño para relacionarse con la madre.

Por otra parte, la teoría Mahleriana es de gran valor para la psicología pues describe el vínculo madre e hijo, lo cual nos lleva a pensar no sólo a la madre como ausente o con una atención precaria, sino también como aquella madre que no deja ser, actuar ni desarrollarse adecuadamente a su hijo, lo que provoca que ante la separación de la progenitora, aunque el niño desee que ya no ser sobreprotegido, también se genere una angustia que lo lleve a situarse en el estado autista.

Por otra parte, la teoría de Donald Meltzer y sus colaboradores, también nos lleva a pensar en diversos factores etiológicos del autismo, el autor habla acerca de los estados depresivos de la madre después del parto como generadores del trastorno y es aceptable pensar que al existir una madre en estado depresivo no brinda de igual manera los cuidados a su hijo, lo que pudiera generar un impedimento en el niño para progresar en su desarrollo, pues “no hay nadie” quien lo estimule.

Meltzer, no descarta los factores fisiológicos o biológicos y refiere que la organización del ambiente en el que el niño crece puede ser un factor que favorezca la aparición de la patología autista e incluso se menciona como desencadenante del estado a las experiencias vividas por el infante como la separación de la progenitora, la llegada de un hermano o la falta de calidez de ambos padres.

Así pues, es importante considerar que independientemente de cómo o desde que disciplina se explique la etiología autista, no se tiene un inicio o un fin disciplinario, es un tema en el que no hay un límite en la dimensión del fenómeno, sino que hay una compleja explicación, pues hay aspectos específicos que miran determinados profesionistas y hay otros que no se visualizan pues hay situaciones y características que presenta la persona autista a los cuales no se busca explicación pues les aterra ante lo que se vayan a enfrentar y no se atreven a explicar de una manera un poco más profunda, menos tangible y cuantificable al autismo.

Es importante referir, que como en este texto se apuesta a explicar cada rasgo del trastorno desde una postura analítica que permita comprender “el por qué” el individuo actúa de cierta forma, este trabajo invita a pensar en aquellas personas con diversos *rasgos* autistas que no presentan un déficit neurológico, ni una dinámica familiar fallida, para ello es necesario explicar desde la postura analítica el concepto del diagnóstico.

Jöel Dor, (1991), refiere que desde esta postura no es una condición de necesidad establecer un diagnóstico para determinar el tratamiento, el diagnóstico desde el psicoanálisis no solo se determina mediante la observación o la clasificación del caso que se está estudiando, no se trata entonces de reducir la realidad al modelo sino de acceder a aquello que dada su dimensión significativa no se deja agotar sino en el decurso del proceso de la cura. La insistencia en una distinción entre síntoma, rasgo y estructura nos permitirá evitar la tentación de

hacer correlaciones unívocas al determinar a un síntoma como inequívoco de una patología, el valor del síntoma, a la inversa, está por determinarse en función del orden estructural que lo articula con otros síntomas según la dialéctica del deseo que en cada caso supone su peculiaridad.

El síntoma desde el psicoanálisis, es un significante que se revela en el orden del lenguaje y en función de mecanismos específicos: represión, denegación y forclusión, y su dinámica viene a determinar la estructura del sujeto, pero nos encontramos con la desventaja de que *el diagnóstico puede ser no seguro* a través de las manifestaciones sintomáticas.

De acuerdo a lo anterior, en el niño autista no se puede trabajar básicamente sobre los síntomas para diagnosticar, pues no siempre existe un lenguaje verbal, porque el silencio entonces podría ser una forma de resistencia y por tanto el diagnóstico del autismo desde esta postura tendrá que basarse en algo más allá del síntoma, por medio del cual aparecerá el concepto de “rasgo estructural”.

Es así, como desde la postura psicoanalítica se puede afirmar que los individuos no son estudiados en base a reglas específicas para un diagnóstico como se hace en la psiquiatría o psicología se trata entonces de estudiar cada caso y a partir de ahí determinar la forma de tratamiento que será única para cada persona, de ahí la justificación de tomar a la postura psicoanalítica como la principal fuente de acceso a la subjetividad y con ello establecer una relación con el ámbito corporal.

A continuación se presentan las manifestaciones clínicas del autismo, por las cuales se diagnostica o “etiqueta” a la persona como tal y se brinda al lector una explicación analítica y en algunos puntos médica acerca de cada comportamiento, por tanto, las características del trastorno autista se resumen de la siguiente manera:

- a) Existe en estos niños una falta de respuesta social y emocional. Por lo cual puede encontrarse alguna lesión a nivel prefrontal, parietal posterior, temporal o en el sistema límbico. Pero también se puede explicar esta conducta desde una relación fallida con la madre.

A su vez es importante decir, que estos niños pueden parecer poco sociales, porque se pueden sentir amenazados por el medio, al no encontrar en quienes le rodean un apoyo adecuado; el infante pudo elegir no crear un vínculo con el otro, si hay agresión e indiferencia hacia él, e incluso el hecho de que sea diferente puede hacerlo sentir temeroso y por ello se decida a no escuchar, no hablar y no establecer ni siquiera un contacto por medio de una sonrisa o una mirada con el otro.

- b) Hay una incapacidad para abrazar y una resistencia a ser tocado. ¿ Y si se debe a una percepción también de amenaza o por haber sido agredido?.
- c) Hay movimientos estereotipados y repetitivos. Lo cual desde el discursos médico se puede deber a una alteración en el lóbulo temporal o frontoestriado.

Pero puede ser una única manera de sentirse vivos o de dar a conocer al otro su presencia, decirle al otro que él también existe aunque no haya otra forma de comunicación.

- d) Hay una resistencia al cambio. Realmente la explicación a este punto se podría encontrar en el hecho de que no sabemos si el niño vive con el concepto de dentro y de fuera de él, entonces al moverle ciertos objetos de lugar perturba el recuerdo incluso de lo

que él ya había aprendido que era su mundo y de pronto si se lo cambiamos lo desconoce.

Aunque cabría aclarar que no solo se trata de la localización de objetos, ¿no acaso todos en algún momento nos resistimos al cambio?.

- e) Hay una carencia de aprendizaje social. Esto lo médicos lo explican por una probable alteración en el lóbulo temporal o por un retardo severo en el desarrollo.

Pero recuérdese que desde la postura analítica el autista ve a través de las personas, para ellos no hay diferencia entre lo animado y lo inanimado, para ellos “no hay nadie” de quien aprender. No hay una proyección, ni introyección e identificación con alguien y por lo tanto no puede haber una conducta imitativa.

A su vez habría que preguntarnos ¿qué tal si el autista decide vivir y actuar con sus propias reglas, en un mundo distinto al nuestro? Y cabe agregar que incluso por ello no accede a que sus objetos sean cambiados de lugar.

- f) Hay hábitos motores repetitivos. Para lo cual los médicos argumentan que puede haber una lesión en el lóbulo frontal o en el cerebelo y lo psicólogos argumentan que puede tratarse de conductas obsesivas.

Sin embargo, desde la postura tomada en este trabajo, puede ser la única forma de sentirse vivos y de marcar los límites de su presencia, es una expresión un lenguaje silencioso.

- g) En el autista se ve alterado el área del lenguaje e incluso a veces este no existe o se presenta ecolalia y en muchas ocasiones

puede ser no funcional. A lo cual la disciplina médica refiere que puede deberse a una alteración en el lóbulo frontal o temporal.

Los psicólogos argumentan que es parte del retardo en el desarrollo del niño o que no hubo una correcta estimulación de esta habilidad.

Pero es permisible pensar que si el niño se siente amenazado se niega a hablar, Meltzer por ejemplo, explica el mutismo del autista argumentando que efectivamente hay una inmadurez en estos niños para lograr el proceso de introyección, pues para ellos pareciera ser que “no hay nadie” a quien imitar y por quien aprender a comunicarse.

Además si no establece contacto social ¿para qué comunicarse igual que los demás?, así mismo, la falta de distinción entre lo humano y lo no humano es lo que hace que no establezca objetos internos que sean una audiencia adecuada para el habla; cabe agregar, que incluso la prolongada inmadurez del niño autista, tiende a superar el periodo del intenso impulso al balbuceo, por lo cual se limita el habla o si aparece se presenta con un déficit.

A este respecto cabría preguntarse ¿cuántos padres, pero sobretodo cuántos profesionistas hacen énfasis en comunicarse con el niño por otros medios? Tarjetas, colores, señas, etcétera, es cierto, parecieran no comprender nuestro código de comunicación, pero nosotros progenitores y terapeutas no podemos comprender que ellos pudieran tener códigos propios de comunicación que no hemos sido tampoco capaces de comprender.

Es así, como se puede arriesgar a afirmar que el autista genera códigos propios a los que no deja o no hemos sido capaces de acceder, modos de comunicación “personales”, e incluso se podría afirmar que la postura de su cuerpo y sus constantes movimientos podrían estar queriendo decirnos algo.

- h) No existe el juego cooperativo. Lo cual tiene que ver con el déficit social. Pero reacuérdese que tal vez se sienta amenazado y es comprensible pensar esta deficiencia pues para él no hay una diferencia entre lo humano y no humano, por tanto no distingue entre establecer contacto con un objeto o con una persona.

Además se sabe que para el autista lo objetos suelen ser mejores compañeros que quienes le rodean, esto probablemente porque las personas muchas veces insisten en que el autista acceda a su mundo.

- i) En el autista hay una carencia de juego simbólico. La disciplina médica afirma que esto se debe a una alteración en el área prefrontal, los psicólogos afirman que es parte del retraso en su desarrollo.

Sin embargo, quien dice que el simbolismo que el niño le da a los objetos, o cuando tiene una preferencia por los objetos giratorios, tenga eso que ver con que el autista le da un significado diferente a lo que le rodea, es cierto, no es lo socialmente admitido, pero para el infante su juego puede ser “aletear” (mover las manos constantemente, como muchos de ellos lo hacen), concentrar su vista ante un objeto que gira y con ello expresar la mayoría de las veces algo a lo que nosotros llamamos júbilo.

- j) El autista atiende a sonidos selectivamente. Los profesionales de la disciplina médica y psicológica lo explican por un déficit en el lóbulo temporal o por limitaciones en el medio que le rodea.

Pero el autista es una persona que no distingue entre donde es dentro y donde es fuera de él, tal vez atiende a los sonidos selectivamente dependiendo del estado en que se encuentre, si alerta a lo que le rodea en el medio exterior

pareciera que no escucha pues se encuentra ensimismado y refugiado en él mismo.

- k) Tiene ataques de rabia y berrinches. Lo que puede explicarse desde un déficit en el sistema límbico o temporal o por su falta de empatía explicada desde una alteración en la corteza prefrontal.

Pero habría que preguntarse tiene ataques de rabia ¿cuándo?, cuando queremos entrar a su mundo, invadiéndolo, queriéndolo normalizar, cambiándole sus cosas de lugar. Además recuérdese desde la psicología que el berrinche siempre tiene un objetivo para el niño, porque no preguntarnos ¿qué es lo que pretende nuestro infante cuando tiene este tipo de conductas?. Cabría agregar que si se consulta la bibliografía el niño presenta este tipo de comportamientos generalmente cuando algo le molesta o se quiere establecer contacto con él.

- l) Presenta un déficit en el área de atención y percepción. Tal vez ocasionado por una alteración en el cerebelo, pero ¿cómo afirmar que hay un déficit en estas áreas si su lenguaje esta ausente o no es funcional para darnos cuenta de si realmente no pone atención?.

A su vez, recuérdese que el autista no establece contacto ocular con las personas y esto puede comunicarles a los otros que no hay atención, pero ¿cómo afirmarlo?. Así mismo, la persona autista no siempre esta aquí, tiene la habilidad de poder estar con él.

Resulta algo ineficiente tratar de reclamarle estas habilidades pues el autista no percibe igual que otros niños, su mundo es diferente, a su vez es importante interrogarse ¿qué tanto el medio, sus progenitores y terapeutas lo dejan percibir?, si muchas veces el niño es escondido en casa o en una institución, si no se puede comunicar funcionalmente y nosotros no nos

arriesgamos a comunicarnos con él. ¿Cómo percibir igual a otros si para él no hay diferencia en todo lo que le rodea?, ¿cómo percibir y poner atención si él no es percibido muchas veces por el otro?

Así mismo, si por completo no hubiera atención en el autista ¿qué se puede decir de las largas listas de nombres que recuerdan o de las piezas de música y dibujos que reproducen casi fotográficamente?.

- m) Para finalizar, en muchos de los niños autistas existen islotes de capacidad: son muy hábiles en reproducir piezas musicales, textos extensos, armar rompecabezas, resolver extensas operaciones aritméticas o para dibujar casi fotográficamente.

¿No serán estas habilidades una señal para comunicarnos que están aquí?, con estas capacidades necesariamente el niño marca su presencia e incluso se podría decir que cuando dan un paseo por aquí aprenden y experimentan ciertas cosas de nuestro mundo.

Es así, como durante la extensión de este trabajo y la explicación de las diferentes disciplinas que han estudiado al autismo, se pudo dar a conocer la etiología del trastorno como una cadena de causas, en donde existe una relación entre lo físico, lo psicológico lo sociocognitivo y el yo psíquico del infante, concluyéndose que la insuficiencia de las diversas disciplinas para explicar el origen y las características del trastorno es lo que hace la intervención interdisciplinaria.

Así mismo, es importante que como profesionistas o padres de familia no conceptualicemos al autismo como un enigma, hay que investigar e ir un poco más allá, la propuesta terapéutica de este trabajo no tiene como fin “normalizar” o “tranquilizar” a la persona autista, el objetivo es conocer y reconocer a una persona con características individuales y capaz de ser y sentir. No se trata de que

la persona con autismo sea empático con nosotros, ¿por qué no, padres y profesionistas ponernos en el lugar de ellos?.

Es cierto, el grupo social al que pertenecemos nos demanda adaptarnos, de ahí el concepto de estas personas como con “capacidades diferentes”, pero no le podemos exigir al autista estándares sociales como los de los “normales”, tampoco se puede dejar de lado la “humanización”, pero como profesionales hay que comprender a la persona quien padece y lucha diariamente con la carga de ser diferente, además ¿quién nos dice que nuestra forma de vida es la mejor?, ¿no acaso exigimos la “normalización” porque hay algo de temor ante lo que no conocemos y ante las personas que solo tienen una forma de pensar y de vivir distinta?.

Por otra parte, siguiendo a Meltzer, ¿quién dice que no se trata de un estado mental suspendido, de una desmentalización?, del cual el individuo pueda “normalizarse” o pasar a otro tipo de estados mucho más complicados de entender, claro es importante volver a enfatizar que en esta propuesta no se descartan los aspectos neurobiológicos, psicológicos o psiquiátricos, al contrario, la información obtenida a través de estas disciplinas ayuda a entender mejor el reto que nos plantea el autismo como profesionales.

Finalmente, es importante mencionar que se pretende que la propuesta planteada en el presente trabajo, sea útil para futuras investigaciones, en las cuales al quererse estudiar al autismo se tenga no solo una descripción de las causas y características del trastorno, sino también se aporta una perspectiva distinta para entender a la persona autista y que por medio de la interdisciplina se aborde un fenómeno tan ilimitado y complejo en su explicación: el autismo. Es así, como mediante este trabajo se pudo establecer cuál es la dimensión que existe entre lo corporal y lo subjetivo en el autismo, encontrando en la neuropsicología una herramienta fundamental para establecer esta conexión que aunada a la necesidad de la postura analítica se permitió cumplir con el objetivo de esta tesis.

BIBLIOGRAFIA

Artigas, J. (Sin año). El trastorno autístico. Unitat de Neuropediatria. Hospital de Sabadell.CSPT. (En red). Disponible en: [jartigas cspt.es](http://jartigas.cspt.es).

Baron, C.S. Bulton, P. (1998). **Autismo una guía para padres.** Madrid: Alianza Editorial.

Bleichmar, N. y Leiberman, C. (1997). **El psicoanálisis después de Freud.** Argentina: Paidós.

Cabanyes, J. (sin año). Una perspectiva neuropsicológica del autismo infantil. Firts international congreso on neuropsychology in internet. (En red). Disponible en: [jcabanyes madrid. Betica.sanjuandedios-oh.es](http://jcabanyes.madrid.Betica.sanjuandedios-oh.es).

Carbona, J. (2000). **Neurología Pediátrica.** Madrid: Ergon.

Dean, P. (1998). **Psiquiatría del niño y el adolescente.** España: Harcourt Brace.

Dor, J. (1991). **Estructuras clínicas y psicoanálisis.** Argentina: Amorrortu editores.

Fejerman, N., Fernández, E. y Chamoles, A. (1997). **Neurología pediátrica.** Madrid: Médica Panamericana.

Garanto, A. J. (1990). **El autismo.** Barcelona: Herdev.

Garanto, A. (1994). **Epidemiología de la psicopatología y autismo.** Salamanca: Amarú.

Lebovici, S., Diatkine, R. y Soúle, M. (1989). **Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente**. Madrid: Biblioteca Nueva.

Martos, J. (1989). Definición y etiología del autismo. Extracto del libro: Intervención educativa en autismo infantil. (En red). Disponible en: Página de autismo España.com.

Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D y Wittenberg, I. (1979). **Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico**. Argentina: Paidós.

Meneghello, R. y Grau, A. (2000). **Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia**. Madrid: Médica Panamericana.

Olmos, G., Rivera, V. y Gamboa, J. (1990). **Aspectos clínicos de neurología pediátrica**. México: Trillas.

Paluszny, M. (1987). **Autismo, una guía práctica para padres y profesionales**. México: Trillas.

Polaino, A. (1982). **Introducción al estudio científico del autismo infantil**. Madrid: Alambra Universidad.

Risueño, A. y Motta, I. (sin año). Neuropsicología dinámica del desarrollo y autismo. Revista Argentina de psicología en línea. (En red). Disponible en: sabpp fibertel.com.ar.

Sigman, M. (1993). Investigación conductual en autismo infantil. En: **El autismo 30 años después de Kanner**. Salamanca: Amarú.

Sigmon, C. (2000). **Niños y niñas autistas**. Madrid: Murata.

Uta, F. (1989). **Autismo una explicación del enigma**. Madrid: Alianza Editorial.

Waxman, S. (2004). **Neuroanatomía clínica**. México: Manual Moderno.