



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TRATAMIENTOS DEL AUTISMO INFANTIL:
ADAPTACIÓN O SUBJETIVACIÓN**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:
SOFÍA BARRERA VARGAS**

**COMITÉ DE TESIS:
DRA. NORMA PATRICIA CORRES AYALA
MTRO. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL
DR. JOSÉ CUELI
DRA. MARGARITA LAGARDE
DRA. MARTHA LILIA MANCILLA**



MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

A José

A mis papás y a mis hermanos

A mis amigos

A Ceci Ríos

A Paty Corres

A Maestro Juan Carlos Muñoz Bojalil, Doctor José Cueli, Doctora Margarita Lagarde y

Doctora Martha Lilia Mancilla

TRATAMIENTOS DEL AUTISMO INFANTIL: ADAPTACIÓN O SUBJETIVACIÓN

ÍNDICE TEMÁTICO

INTRODUCCIÓN	1
I. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL AUTISMO	
1.1 Antecedentes históricos del autismo. Nacimiento del concepto	5
1.2 Aspectos fundamentales del estudio del autismo	13
1.2.a Autismo desde la biología	13
- Aspectos genéticos	13
- Factores pre, peri y postnatales	17
- Infecciones	17
- Factores neurobiológicos	18
1.2.b Autismo desde la psiquiatría	26
- Clasificaciones internacionales del autismo	26
DSM-IV-TR	26
CIE-10	30
- Tratamiento farmacológico	32
1.2 c Autismo desde la psicología	36
- Aspectos cognitivos del autismo	36
Teorías cognitivas acerca del autismo	39
Tratamiento cognitivo-conductual y psicoeducativo	40
- Aspectos psicoanalíticos del autismo	41
Práctica psicoanalítica institucional	45
- Otros métodos diseñados para el tratamiento del autismo	46

II. TRATAMIENTOS DEL AUTISMO INFANTIL: ADAPTACIÓN O SUBJETIVACIÓN

2.1 Tratamiento adaptativo del autismo	52
2.1.a Cognición y autismo	52
- Inteligencia	53
- Lenguaje	55
- Pensamiento	59
- Memoria	60
- Atención	63
- Sensación y percepción	64
- Emoción	65
- Simbolización y juego	66
- Desarrollo y habilidades sociales	68
2.1.b Teorías cognitivas acerca del autismo	72
- Teorías de las dificultades sociales	73
Teoría de la mente	75
- Teoría de las fallas en la función ejecutiva	83
- Teoría de la coherencia central	93
2.1.c Tratamientos cognitivo-conductuales del autismo	99
- Principios generales del tratamiento cognitivo-conductual	104
2.2 Tratamiento subjetivo del autismo	114
2.2.a Psicoanálisis y autismo	114
- Función de la madre, complejo de Edipo y metáfora paterna	118
- Formación de la función del yo: estadio del espejo y narcisismo	125
- Estructura psicótica/ estructura autista	130
2.3 El autismo y sus particularidades. Un caso clínico.	140
2.3.a. José, el consultorio, y yo. Otro que soporta,	

sitio, espacio y tiempo	142
2.3.b. Del tu al yo. Yo y Otro castrado	149
2.3.c. Escritos. Estereotipia, holofrase, repetición significativa	158
2.3.d. Mímica	165
2.3.e. Ecolalia	168
CONSIDERACIONES FINALES	170
ANEXO	183
BIBLIOGRAFÍA	187

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se ofrece un análisis de dos abordajes teóricos y terapéuticos referentes al autismo infantil: el *tratamiento adaptativo* y el *tratamiento subjetivo*. Cada uno de estos se basa en teorías específicas que derivan en modalidades terapéuticas importantes. Sin embargo, al realizar una comparación entre ambos, con la información obtenida a partir de su análisis, se encuentran dos maneras completamente diferentes de abordar una misma patología.

Por lo mismo, es necesario abordar el tema del autismo desde sus inicios, es decir, el nacimiento del término y los antecedentes históricos que marcaron la pauta para su posterior estudio. Además, siendo el autismo una patología tan enigmática en cuanto a su génesis, es necesario presentar las diferentes disciplinas que lo abordan y algunos de los resultados de las investigaciones de cada una de éstas, entre las cuales se encuentran: la biología, la psiquiatría y la psicología.

La primera parte de la tesis es la que se encarga de esto, es decir, de presentar cómo se encuentra el estudio del autismo hasta la fecha tomando en cuenta todo el carácter histórico que lo antecede.

En 1801 Jean Itard escribió *El niño salvaje*, uno de los primeros textos que hizo referencia al autismo. Más de un siglo después, en 1911 Eugen Bleuler introdujo el término *autismus* para identificar uno de los síntomas característicos de la esquizofrenia.

En 1943, Leo Kanner publicó el artículo "*Autistic Disturbances of Affective Contact*", en donde especificó un cuadro clínico al que denominó autismo; y un año después acuñó el término "*autismo precoz infantil*" para definir al padecimiento. También en 1943, Hans Asperger presentó el estudio "*Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter*", en donde distinguió la psicopatía autista del autismo esquizofrénico.

El trabajo realizado por estos dos psiquiatras formó las bases para el estudio actual del padecimiento, cuyos orígenes y causas se intentan explicar desde diferentes aspectos.

Cuando el autismo se estudia desde el punto de vista biológico es considerado como un síndrome conductual de base orgánica, es decir, sus orígenes y causas son planteados desde esta perspectiva. Entre las condiciones médicas o biológicas que se considera podrían causar el autismo se encuentran los aspectos genéticos, los factores pre y postnatales, las infecciones, los factores neurobiológicos y los factores neuroquímicos. Algunos estudios y resultados de estos se presentan en el trabajo encontrando datos sumamente interesantes referentes a la patología.

La psiquiatría es otra disciplina que se ha interesado en el estudio y tratamiento del autismo por medio de la descripción y clasificación nosológica de éste y la administración de fármacos.

De acuerdo al DSM-IV, el autismo está ubicado dentro de los trastornos generalizados del desarrollo de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. Se caracteriza por deficiencias graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Dentro de estas alteraciones se incluyen la interacción social, anomalías de comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

Su prevalencia es de 2 a 5 casos por cada 10.000 niños menores de 18 años. Siendo mayor su presencia en varones, 3 ó 4 por una mujer.

El tratamiento psiquiátrico del autismo es a través de fármacos; no existe un medicamento específico capaz de curar el trastorno, por lo que se busca mejorar los síntomas o disminuirlos. Los fármacos más utilizados son los antagonistas de la dopamina, los antagonistas de la serotonina, los antagonistas de los opiáceos cerebrales, los beta-bloqueadores, los antidepresivos, los estimulantes y los neurolépticos.

Otra disciplina que ha estudiado el autismo es la psicología y es la que, de acuerdo a los objetivos de esta tesis, más interesa; tanto el tratamiento *adaptativo* como el *subjetivo* surgen de diferentes ramas de esta disciplina. Por lo mismo, en la primera parte del trabajo se hace un resumen de lo que ésta propone en cuanto al autismo; se presentan las diferentes ramas de la psicología que estudian al autismo, además de múltiples métodos y formas de tratamiento que han surgido con base en teorías propuestas por esta disciplina.

En la segunda parte del trabajo se hace una revisión a fondo de dos modalidades terapéuticas que derivan de la psicología: el *tratamiento adaptativo* y el *tratamiento subjetivo*. Con respecto a éste último se presenta un caso clínico que permite ejemplificar y explicar aspectos tanto de la teoría como de la clínica de ésta modalidad terapéutica.

El *tratamiento adaptativo* recurre a las teorías cognitivo-conductuales para explicar el padecimiento. Éstas estudian la manera en que los aspectos cognitivos se manifiestan en el autismo, además de que buscan un déficit particular que pueda explicar aquello específico al autismo. Al respecto existen tres teorías: la teoría de la mente, la teoría de la disfunción ejecutiva y la teoría de coherencia central.

La modalidad terapéutica utilizada por el tratamiento, denominado de acuerdo a sus fines terapéuticos como *adaptativo*, es de tipo conductual. Su objetivo es modificar la conducta del niño autista para que este pueda aprender las conductas y habilidades que le permitan interactuar con su familia y medio.

Por otra parte, el *tratamiento subjetivo* se basa en las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud y de Jacques Lacan partiendo de lo que es un sujeto para el psicoanálisis, de todos los elementos y funciones que están involucrados en la emergencia del sujeto psíquico, y la manera en que esto se dibuja en el autismo.

El tratamiento que hace referencia a la subjetivación busca la emergencia del sujeto, no se preocupa por la demanda social, sino que se ocupa por el surgimiento de la demanda del niño. La construcción de subjetividad implica un arreglo singular de un sinfín de elementos con características sexuales, afectivas y del lenguaje, en la realidad psíquica del niño autista.

La información obtenida a partir del análisis de ambas modalidades terapéuticas permitió hacer una comparación entre ellas encontrando dos planteamientos completamente distintos en cuanto a un mismo padecimiento, cuestión que repercute en las formas de abordar terapéuticamente al trastorno. Por esto, se invita a leer a continuación cada uno de los capítulos que se presentan en el trabajo ya que además de hacer una recapitulación del antecedente histórico del autismo y las diferentes disciplinas que lo estudian, se presentan dos modalidades terapéuticas sumamente interesantes que abordan al autismo desde perspectivas completamente diferentes. No obstante ambas logran sus objetivos, cuestión que hace su estudio y comparación aun más interesante.

PRIMERA PARTE

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y
ASPECTOS FUNDAMENTALES DEL
AUTISMO

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL AUTISMO. NACIMIENTO DEL CONCEPTO

Siendo el autismo una patología tan incierta en la mayoría de sus aspectos, es necesario conocer el surgimiento histórico del concepto partiendo del descubrimiento de este padecimiento. Esto con el fin de estar al tanto de sus inicios y entender los diferentes aspectos que han surgido a partir de éste en cuanto a investigación, tratamientos de intervención, teorías que intentan explicarlo, enfoques terapéuticos, etc.

Uno de los primeros textos que hizo referencia a un caso parecido al autismo fue el libro de Jean Itard, *Memoria sobre los primeros avances de Víctor de Aveyron*, escrito en 1801. En éste se presentó el caso de Víctor un “niño salvaje”, que fue encontrado aproximadamente a los 12 años, viviendo solo en el bosque de Aveyron. Jean Itard lo describió como “un extraño ser subhumano que no puede hablar ni comprender el lenguaje de los hombres, que está acostumbrado a alimentarse con bellotas y raíces e ignora cualquier modalidad civil” (Itard, 1984 citado en Egge, 2008, p. 21). Siendo éste un caso tan excepcional, Itard decidió llevarlo con Philippe Pinnel, el más grande alienista de la época, quien lo diagnosticó con *idiotismo congénito*. Sin embargo, Itard no ligó este padecimiento con cuestiones orgánicas sino con la privación sociocultural como consecuencia del aislamiento prolongado. Ante esta situación, él solicitó a las autoridades la responsabilidad del niño con el fin de reeducarlo en su casa, dejándolo en manos de una institutriz quien tenía indicaciones de concederle todos sus gustos e inclinaciones, sin contrariar sus hábitos.

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

Cinco años después de iniciar el programa de reeducación, Víctor sabía leer y escribir algunas palabras, se comunicaba con sus semejantes y había establecido afecto con las personas que se encargaban de él. Sin embargo, no había adquirido el uso de la palabra.

En 1801 y en 1806 Itard publicó los resultados obtenidos afirmando que el niño no era un idiota irrecuperable sino un ser interesante que merecía la atención de los observadores y cuidados adecuados. Estos escritos son considerados pioneros en pedagogía.

A pesar de que se han descrito más casos de niños salvajes, ninguno ha tenido una descripción tan minuciosa como la que realizó Itard. El caso de Victor de Aveyron ha sido comparado en muchas ocasiones con autismo.

La palabra *autismus* proviene del griego *autos*, que significa “a sí mismo”. El término autismo fue introducido en 1911 por el psiquiatra Eugen Bleuler. En un principio este concepto definía a “personas retraídas o encerradas en sí mismas, y era aplicado a cualquier persona que tuviera esas características, pero principalmente para referirse a adultos esquizofrénicos, que manifestaban retraimiento...” (Martínez et al., 2003).

En el libro de *Demencia Precoz. El Grupo de las Esquizofrenias* Eugen Bleuler explicó la sintomatología de la esquizofrenia dividiéndola en dos: síntomas fundamentales y síntomas accesorios. Los primeros eran característicos de la enfermedad mientras que los últimos podían aparecer también en otras enfermedades. Bleuler situó al autismo como síntoma fundamental de la esquizofrenia y describió, por medio de éste, la relación que tenían los enfermos con la realidad; al respecto señaló:

Los esquizofrénicos más graves, que no tienen contacto con el mundo externo, viven en un mundo propio. Se han encerrado en sus deseos y anhelos (que consideran cumplidos), o se ocupan de las vicisitudes o tribulaciones de sus ideas persecutorias; se han apartado en todo lo posible de todo contacto con el mundo exterior.

A este desapego de la realidad, junto con la predominancia relativa ya absoluta, de la vida interior, lo denominamos autismo. (Bleuler, 1960, p. 71)

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

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

Bleuler utilizó los conceptos psicoanalíticos de Sigmund Freud para entender los procesos mentales desde la psicodinámica, añadiendo las ideas freudianas en la práctica clínica ya que estas estaban a la vanguardia en la cuestión de la esquizofrenia. El psiquiatra conoció la noción freudiana del autoerotismo, que se refiere a la característica principal de la sexualidad infantil y en la cual no hay objeto, la pulsión se satisface en el propio cuerpo. Sin embargo Bleuler prefirió adoptar el término autismo para el cuadro clínico de la esquizofrenia, rechazando la relación de ésta con la teoría sexual de Freud y negando cualquier similitud entre autismo y autoerotismo.

En 1943, Leo Kanner, psiquiatra norteamericano de origen austriaco, publicó el artículo "*Autistic Disturbances of Affective Contact*", en el cual comunicó once casos de niños que presentaban cierto retraimiento antes de haber cumplido el primer año de vida. Estos casos le permitieron constituir un cuadro clínico al que llamó *autismo* y que posteriormente (un año después de la aparición de este primer texto) denominaría *autismo infantil precoz*. Kanner reconoció en este cuadro clínico una afección característica de la infancia, clasificada dentro de las esquizofrenias pero con la diferencia de que ésta era precoz, es decir, no asistía a "un viraje respecto a una inicial presencia de capacidad relacional; no es un retiro con una capacidad de participación precedente existente" (Kanner, 1989 citado en Egge, 2008, p. 26).

En su libro de Psiquiatría Infantil editado en 1957, Kanner incluyó al autismo infantil precoz dentro del apartado de esquizofrenia y encuadró las características básicas del padecimiento. La descripción, aún vigente, que realizó Kanner de la

enfermedad hizo énfasis en algunos rasgos específicos comunes a pesar de las diferencias individuales en las historias clínicas. Al respecto, el psiquiatra escribió:

El denominador común de estos pacientes es su imposibilidad de establecer desde el mismo comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas o situaciones. Los padres dicen que ellos quieren ser autónomos, que se enquistan, que están contentos cuando los dejan solos, que actúan como si las personas que los rodean no estuvieran, que dan la impresión de sabiduría silenciosa. (Kanner, 1957, p 737-738)

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

Kanner señalaba que en estos niños había un deseo obsesivo de conservar la igualdad en la rutina, la disposición de los muebles y las normas. Cualquier cambio en esto los desesperaba y angustiaba. Por otra parte, ellos se relacionaban muy bien con los objetos, les interesaban, jugaban con ellos por horas, les cobraban cariño e incluso se enojaban con ellos. “Los objetos les dan la satisfactoria sensación de inquebrantable poder y dominio [...] los niños ejercen el mismo poder sobre sus cuerpos, revolcándose y haciendo otros movimientos rítmicos” (Kanner, 1957, p 739). La relación que tenían con las personas era muy diferente a la que existía con los objetos; a las primeras podían no prestarles atención alguna, pues para ellos los seres humanos tenían el mismo valor que un mueble, no parecían interesarles ni inmutarse de su presencia, y no solían verlos a la cara.

Respecto a la capacidad mental de los autistas, Kanner explicó:

Aunque estos niños suelen ser tomados por débiles mentales, todos ellos poseen una indudable capacidad cognoscitiva [...] El sorprendente vocabulario

de aquéllos que hablan, su excelente memoria, que les permite recordar sucesos de varios años antes, su fantástica memoria mecánica para las poesías y los nombres y su facilidad para recordar minuciosamente formas complejas y sus derivados indican que hay una clara inteligencia, en el sentido corriente del vocablo. (Kanner, 1957, p 740)

Otra característica que tenían en común estos niños, de acuerdo a Kanner, era que la gran mayoría eran hijos o nietos de profesionistas exitosos poco afectuosos.

Respecto a la etiología del autismo, Kanner formuló la hipótesis siguiente: Existe una incapacidad innata en el niño para establecer un normal contacto afectivo. Por otra parte no niega que la familia pueda jugar un papel activo en la génesis del autismo, pero sin embargo no cree que ese factor [...] sea en sí mismo suficiente para determinar su aparición. (Egge, 2008, p.27)

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

También en 1943, el médico austriaco Hans Asperger presentó el estudio "*Die Autistischen Psychopathen in Kindesalter*" en donde distinguió la psicopatía autista del autismo esquizofrénico. Asperger planteaba que:

Los síntomas esenciales del autismo y de la esquizofrenia tienen como común denominador la extinción de la relación entre el yo y el mundo exterior. Sin embargo, los niños autistas, en comparación con los esquizofrénicos, no muestran una desintegración de la personalidad. Por lo tanto no son psicóticos sino que muestran un grado de psicopatía menor o mayor.¹ (Asperger, 1943 presentado en Frith, 1991 p.39)

En el artículo, Asperger presentó una revisión extensa de cuatro casos a partir de los cuales sacó las conclusiones para definir el aspecto clínico de la *psicopatía autista*. Él distinguió los diferentes aspectos que caracterizaban esta patología haciendo énfasis en las diferencias individuales de cada niño, además de que consideró el grado y la persistencia en el tiempo de la enfermedad.

¹ Traducción del autor

De las características que se esbozan en la lectura de la obra del mencionado autor se nombran algunas pertinentes a la apariencia física y a la expresión de estos niños. Asperger decía que ellos tenían una apariencia aristocrática, que su mirada era siempre de reojo, es decir, no fijaban la vista; no tenían expresión facial y sus movimientos eran estereotipados. En cuanto al lenguaje él afirmaba que “se siente no natural, a veces como una caricatura que se percibe como ridícula para un receptor ingenuo. Además, el lenguaje autista no tiene dirección hacia la persona que escucha sino que se dirige a un espacio vacío.”² (Asperger, 1943 presentado en Frith, 1991 p.70).

Con respecto a la inteligencia, el autor planteaba que los niños autistas tenían gran capacidad para producir ideas originales, sin embargo presentaban dificultades para el aprendizaje mecánico. Esta creatividad de ideas también se expresaba en su lenguaje, ya que decían las cosas de una manera muy peculiar pero a la vez original. Ellos tenían la capacidad de ver las cosas desde un punto de vista diferente al habitual, lo que mostraba una madurez sorprendente. Este punto de vista también les permitía atender de mejor manera a las cosas que los rodeaban, al funcionamiento de las partes de su cuerpo o a fenómenos físicos y naturales.

Asperger también planteó que estos niños presentaban trastornos de sueño y alimenticios. De acuerdo al autor el mayor problema era que las personas que presentaban el trastorno tenían dificultades para relacionarse con el medio ambiente. Ellos estaban fuera del mundo de los objetos concretos, y por lo mismo su pensamiento era más abstracto. Sus relaciones sociales eran limitadas, no eran capaces de hacer vínculos emocionales fuertes, no comprendían ni distinguían bien sus emociones y como consecuencia preferían permanecer aislados.

En el artículo, Asperger también habla de la sexualidad de los niños de su estudio, la cual era todo menos uniforme con respecto a su desarrollo, ya que llegaba a ser precoz y perversa; los sentimientos de culpa o pena no existían, ellos se masturbaban en público sin pudor alguno. En ciertos casos había tendencias

² Ibíd.

homosexuales, así como sádicas y solían tener preferencia por palabras obscenas.

De acuerdo a Asperger estos niños eran o muy sensibles o totalmente insensibles. Los sentidos del gusto, del tacto y del oído se encontraban polarizados, algunas comidas les parecían deliciosas mientras que rechazaban por completo otras; no soportaban algunas sensaciones táctiles, por ejemplo la seda, el algodón, la madera, el gis, etc. En cuanto al sentido del oído, eran hipersensibles a algunos sonidos y de otros ni se percataban.

Estos niños, según el autor, carecían de expresión de afecto, eran emocionalmente pobres y en extremo egocéntricos. No tenían sentido del humor, sin embargo eran capaces de experimentar sentimientos profundos como echar de menos a su familia.

La relación que tenían estos niños con los objetos también era anormal y contradictoria: o no los tomaban en cuenta o tenían ciertas fijaciones por algunos objetos específicos.

Asperger creía que el origen de la enfermedad era genético, que afectaba casi exclusivamente a varones que, en la mayoría de los casos, eran hijos de padres con puestos jerárquicamente altos.

Como se puede apreciar, tanto Leo Kanner como Hans Asperger escriben acerca del mismo padecimiento, en la misma época y sin saber nada el uno del otro. El texto de Kanner se difundió rápidamente a nivel mundial mientras que el de Asperger únicamente lo hizo en los países de habla alemana.

De la comparación de ambos estudios surgen diferencias y similitudes importantes. Tanto Kanner como Asperger notaron más prevalencia del autismo en varones que en mujeres, de hecho Asperger creía que éste no se presentaba en niñas pre-púberes. También los dos hablaron de aislamiento social, egocentrismo y falta de interés de los sentimientos o ideas de otros. Ambos hicieron énfasis en los problemas al utilizar el lenguaje verbal así como el no verbal (contacto visual pobre o nulo, pocas expresiones faciales, etc.). En cuanto al juego, los dos autores describieron la falta de imaginación que presentaban los niños en este ámbito. Otros aspectos que concuerdan en ambos estudios son: el

patrón repetitivo de actividades incluyendo el orden de los muebles y las estereotipias entre otros; las respuestas extrañas ante los estímulos sensoriales; los problemas en el comportamiento como negativismo, agresividad, y destructividad. También, en ambos estudios se encontraron habilidades especiales en ciertas áreas cognitivas.

Como se mencionó anteriormente, también existen diferencias entre los estudios. Los niños que describió Asperger adquirieron el lenguaje antes de la edad escolar. Ellos tenían un vocabulario amplio y buena gramática. A pesar de que presentaban aislamiento social, estaban al tanto de la existencia de otros; sin embargo sus acercamientos eran inapropiados. Asperger describió la apariencia física de los niños como extraña mientras que Kanner hablaba de una apariencia sumamente atractiva, los niños de su estudio rara vez adquirían lenguaje y su aislamiento era tal que parecía que no tenían contacto con el medio.

Actualmente, las diferencias entre ambos estudios han llevado a proponer un *Trastorno del Espectro Autista* el cual tiene un rango de menor levedad a mayor gravedad. Los niños autistas del estudio de Kanner están ubicados en el nivel más profundo mientras que los del estudio de Asperger en un nivel más superficial, más leve.

Los trabajos de ambos autores, a pesar de sus diferencias, han formado las bases para el estudio del autismo. A partir de sus descripciones, este padecimiento tan fascinante e intrigante ha sido blanco de múltiples disciplinas que intentan entenderlo desde diferentes ángulos. A pesar del constante esfuerzo de parte de éstas no se ha encontrado una explicación totalmente satisfactoria de la patología. Por lo mismo, es importante saber en qué términos se encuentra actualmente.

1.2 APECTOS FUNDAMENTALES DEL ESTUDIO DEL AUTISMO

Siendo el autismo un padecimiento de cuyos orígenes y causas no se tiene una absoluta certeza y sabiendo que este tipo de trastornos muchas veces derivan de aspectos fisiológicos, psicológicos, etc. el presente capítulo esboza aquéllas disciplinas que se han encargado de estudiarlo con el fin de esclarecer sus causas. Cabe mencionar que sin ser el objetivo fundamental del presente trabajo tampoco podemos evitarlo, todo lo contrario, se reconocen los efectos que tanto la fisiología como la psicología pueden tener sobre el niño autista. Por lo tanto, se presentan a continuación, de manera general, los cuatro aspectos que considero pueden tener una notable influencia en el estudio del autismo.

1.2.a AUTISMO DESDE LA BIOLOGÍA

Cuando el autismo se estudia desde el punto de vista biológico es considerado como un síndrome conductual de base orgánica. Sus orígenes y causas son planteados desde esta perspectiva. Hay condiciones médicas o biológicas que se considera podrían causar el autismo, las cuales se presentan a continuación.

- **Aspectos Genéticos**

Dentro de las hipótesis que intentan explicar el autismo, se encuentra aquélla que habla acerca de un componente genético como causa del desorden. En 1943, Leo Kanner realizó una detallada descripción del autismo, “haciendo hincapié en que el defecto ocurría en forma innata, lo que permitió inferir, ya en esa época, su posible etiología genética” (Valdez, 2001, p. 197).

Se han realizado múltiples estudios con familias con más de un hijo autista, que en la mayoría de los casos son gemelos, para poder afirmar la hipótesis. Ray-Mihm (2008) señala que según los *National Institutes of Health*, “el autismo es uno de los desordenes mentales con más probabilidad de ser heredado. Si un gemelo idéntico tiene autismo, hay una probabilidad del 90% de que el otro gemelo también lo presente.”

S. Folstein y M. Rutter (1977) han realizado conocidos estudios con gemelos. Ellos analizaron 21 pares de gemelos, 11 de los cuales eran monocigotos y el resto dicigotos. El resultado fue que, de las once parejas de gemelos monocigotos, 4 concordaron con el autismo y de las 10 parejas de dicigotos, no había concordancia alguna.

En otro estudio realizado por E.R. Ritvo (1985), sobre 40 pares de gemelos donde, al menos uno de los hermanos padecía de autismo, se encontraron los siguientes resultados: de 23 pares de gemelos monocigotos, en 22 ambos padecían de autismo; de 17 pares de gemelos dicigotos, 4 pares eran concordantes con autismo y 13 no lo eran.

Por lo que puede verse según las investigaciones hasta aquí citadas, la tasa de que ambos gemelos tengan autismo cuando son idénticos, es significativamente mayor que cuando no son idénticos. Sin embargo, la posibilidad no es del 100%.

Wing (1998, p.97) en uno de sus trabajos, hacia la siguiente observación “un estudio de Patrick Bolton y sus colaboradores, publicado en 1994, planteaba que, entre los hermanos de niños con autismo típico, cerca del 3% tenían también autismo típico y el mismo porcentaje tenían otros trastornos generalizados del desarrollo (trastornos del espectro autista).”

Por otro lado, Brune, C., Kim, S., Salt, J., Leventhal, B., Lord, C., Cook, E., (2006), estiman que la concordancia para padecer autismo en gemelos monozigóticos es entre 61% y 91%, mayor a la que existe entre gemelos dicigotos y hermanos no gemelos (0 al 9%).

Igualmente existen estudios que afirman que cuando uno de los gemelos monocigotos presenta autismo, es 92% probable que su gemelo idéntico presente anormalidades cognitivas o sociales mientras que, si se trata de un par de gemelos dicigotos, hay una probabilidad de 10%. Estas anormalidades también son más frecuentes en hermanos no gemelos de niños autistas, si se comparan con los hermanos de niños que padecen síndrome de Down. Dentro de estas discapacidades cognitivas se encuentran las dificultades y retrasos en la adquisición de lenguaje, lectura y ortografía; sin embargo, el retraso no es del

mismo nivel que el de los niños autistas. Esto indica que lo que es heredado no es el autismo sino un rango de dificultades psicológicas. También se sugiere, a partir de otros estudios, que los padres y los hermanos de niños autistas pueden presentar algunos rasgos típicos de la enfermedad pero en un nivel más ligero.

Aun cuando no hay datos suficientes para explicar la genética involucrada en el autismo hay autores que consideran la posibilidad de la transmisión por ésta vía. Happé, F. y Uta, F. (1996) encuentran que “Szatmari y Jones (1991) concluyeron, de acuerdo a una revisión de los estudios existentes referentes al C.I. y el sexo, que pueden estar involucradas tres tipos de transmisión: exógena, autosómica recesiva y recesiva ligada al X. Bailey et al. (1995) concluyeron, debido a la gran diferencia entre los índices de concordancia entre gemelos monocigotos y dicigotos, que probablemente la herencia del autismo comprenda más de un gen”³

Se estima que el número de genes que contribuyen al autismo está en un rango de 2 a más de 100. Independientemente de esto, cualquier gen, de manera individual, puede contribuir mínimamente al desarrollo del autismo.

En cuanto a los genes que están involucrados con el autismo existen distintos estudios.

Al respecto, Schellenberg et. Al. (2006) reportaron cierta asociación existente entre el autismo y los marcadores genéticos en los cromosomas 7 y 4.

Sutcliffe y colegas (2006) analizaron el ADN de 120 familias, en las que al menos un integrante padecía autismo. Ellos identificaron 19 variantes de un gen que codifica la proteína transportadora de serotonina (asociado con la ansiedad, la agresión y la atención), en familias cuyo integrante con autismo era hombre. Estudios previos también habían reportado más frecuencia en el vínculo entre el autismo y el cromosoma 17, donde se localizan estas variaciones en hombres.

Grice y Buxbaum (2006) encontraron que los Trastornos del Espectro Autista están relacionados con anomalías cromosómicas y mutaciones en un

³ Traducción del autor

rango del 5% al 10% de los casos, pero una mayor proporción resulta de la interacción de *loci*⁴ de susceptibilidad múltiple.

Con excepción a los cromosomas 14 y 20, en todos los demás se ha reportado alguna asociación con el autismo, principalmente en el 7, el 12 y el 19. También se han encontrado anomalías en el cromosoma 15 y más frecuentemente en los cromosomas sexuales, sin embargo estas se relacionan a padecimientos asociados con el autismo y no son exclusivos del síndrome. Asimismo se han identificado regiones cromosómicas (1, 3, 4, 6, 13 y 18) que podrían contener genes relacionados con el síndrome de Asperger. Para el autismo tipo Kanner se detectaron los cromosomas 18, 19 y 6. (Rivera, A., 2005)

El autismo también ha sido asociado con numerosas condiciones congénitas y con síndromes de anomalías de la misma índole; estas causas son reconocibles del 5 al 14% de los casos. Entre las condiciones mencionadas se encuentran: Fenilcetonuria, Neurofibromatosis tipo I, Esclerosis Tuberosa, síndrome de X-Frágil, síndrome de Turner, síndrome de Rett, síndrome de Down, síndrome de Prader Willi y síndrome de Williams. (Valdez, 2001).

De lo anterior podemos concluir que se han realizado múltiples estudios e investigaciones con el fin de encontrar una causa genética del autismo. A pesar de que se han encontrado datos interesantes, dignos de estudios posteriores, aún no se puede hablar de la genética como causa absoluta del trastorno. Los porcentajes que se muestran son bajos y no son suficientes como para hacer semejante aseveración. Tampoco se puede hablar de cromosomas y genes específicos involucrados con el padecimiento; y las enfermedades relacionadas no determinan ninguna causa, más bien están asociadas con el autismo en cuanto a su sintomatología.

⁴ Locus, en plural *loci*, es un término utilizado en biología para designar una posición fija sobre un cromosoma, como la posición de un gen o de un biomarcador.

- **Factores Pre, Peri y Postnatales**

Es más común de lo que se creería encontrar problemas en el embarazo y durante el parto en las historias clínicas de los niños autistas. A continuación se enlistan algunos factores de riesgo que se han asociado con el autismo:

- Madres y padres de edad avanzada al momento de la concepción del niño
- Orden en el nacimiento (si es primero, segundo o qué número de hijo es).
- Medicación durante el embarazo.
- Meconio en el líquido amniótico durante el trabajo de parto.
- Sangrado entre el cuarto y octavo mes de embarazo.
- Incompatibilidad del grupo sanguíneo entre la madre y el bebé.
- Consumo de alcohol durante el embarazo
- Síndrome anticonvulsivo en embarazo
- Hipoxia neonatal

La identificación de estos factores sugiere que las dificultades durante el embarazo y el parto pueden causar daño cerebral en el infante. Sin embargo es importante recalcar que estos factores son evidentes en pocos casos de niños autistas y muchas veces están presentes en las historias de niños que se desarrollan normalmente. Estos factores, por sí solos no son la causa del autismo, pero en algunos casos pueden ser parte de ella.

- **Infecciones**

Numerosas madres de niños autistas han reportado haber padecido ciertas infecciones durante su embarazo, así como la presencia de éstas en los primeros años de vida de sus hijos. Esto indica que puede haber cierta asociación entre las infecciones que dañan al cerebro durante el embarazo y la infancia, con el autismo. Sin embargo, no en todos los casos de autismo hubo un antecedente de tal índole. Algunas de estas infecciones son:

- *Rubeola*: este virus se contrae, generalmente, durante los primeros tres meses de embarazo y puede dañar el cerebro del bebé provocando discapacidad mental, sordera y ceguera e incluso se cree que el autismo es otra posibilidad.

- *Citomegalovirus*: este virus también puede ocasionar discapacidad mental y autismo; sin embargo no es tan común encontrar niños autistas con el antecedente en su historia clínica, como es el caso de la Rubeola.

- *Encefalitis por herpes*: el virus del Herpes puede infectar el cerebro del niño y puede llevar a una inflamación cerebral conocida como encefalitis. Con frecuencia, cuando sucede esto, los niños que la desarrollan presentan una condición de tipo autista.

Muchos niños que padecen de infecciones cerebrales no desarrollan autismo y la mayoría de los niños autistas no las presentan en sus historias clínicas, lo que significa que, aunque pueden favorecer el desarrollo del autismo, no es válido atribuirles la etiología del padecimiento.

Tanto las infecciones durante el embarazo y los primeros años de vida del niño como las complicaciones pre, peri y postnatales, forman parte de causas ambientales patógenas. Algunos estudios sugieren que la predisposición genética al autismo y este tipo de causas interactúan de tal manera que lo producen. Sin embargo, otras investigaciones han llegado a la conclusión de que hay una anomalía congénita preexistente en el feto, que causa las complicaciones obstétricas. Por lo tanto, estas condiciones no se pueden considerar como causa del autismo, más bien contribuyentes a ésta.

- **Factores Neurobiológicos**

Se presume que en los niños que sufren de autismo hay un posible daño a nivel cerebral. Este padecimiento ha sido asociado a anomalías neurológicas cuya base está ligada a trastornos neuropatológicos, bioquímicos, metabólicos y neurofisiológicos.

El autismo aparece en la fase de maduración del sistema nervioso central (esencialmente en los tres primeros años de vida). En esta etapa el sistema nervioso está sometido a principios biológicos generales y por lo mismo es una etapa crítica, ya que el aprendizaje de estímulos adecuados se realiza con mayor facilidad; pero debido a la inmadurez del cerebro también es una etapa de especial vulnerabilidad a cualquier proceso orgánico o ambiental. (Martos, Riviere, 2000). Este hecho hace que se considere la importancia de los factores neurobiológicos en la génesis del autismo.

Se ha encontrado que el peso del cerebro de niños autistas menores de 12 años es mayor que el esperado para los niños de esa edad. (Valdez, 2001). También se ha visto, que el volumen cerebral es mayor en niños con autismo que en niños sin el padecimiento. Es probable que esto se deba a que los niños autistas tienen más materia blanca tanto en el cerebro como en el cerebelo, así como materia gris en el cerebro cortical. Es importante mencionar que estos aumentos no permanecen después de la adolescencia, ya que en esta etapa del desarrollo hay un estancamiento del crecimiento acelerado de las estructuras cerebrales de los niños autistas. Y no solo eso sino que se ha notado que los cerebros de adultos autistas pesan entre 100 y 200 gramos menos de lo esperado para edad y sexo. (Martínez, L.E. 2003)

Por otro lado, se ha encontrado que el cuerpo caloso de algunos niños autistas está disminuido. (Martínez, L.E. 2003)

Las anormalidades más consistentes se han encontrado en el sistema límbico, el cerebelo, los lóbulos frontales, el tronco del encéfalo y el cuarto ventrículo. (Baron-Cohen, 1996). Sin embargo, estas anormalidades no aparecen en todas las personas que padecen autismo y viceversa.

Bauman y Kemper 1985 y 1994 encontraron que en el sistema límbico los sujetos autistas presentaban menor tamaño neuronal y aumento del empaquetamiento de la densidad celular en el hipocampo, la amígdala, los cuerpos mamilares, el giro cingulado anterior y el núcleo del septum. También observaron compromiso del desarrollo del árbol dendrítico del complejo hipocampal. Tanto el hipocampo como la amígdala son estructuras que

intervienen en los procesos de aprendizaje y en la regulación del humor, lo que explicaría algunos de los síntomas esenciales del autismo. (Valdez, 2001).

Nacewics, et al. (2006), proponen que el aumento de densidad en la amígdala se debe a que registra hiperactividad, y de acuerdo al nivel de actividad que se presente, se determinará el desarrollo temporal de la hipertrofia de la amígdala.

En el Cerebelo se hallaron comprometidos principalmente las porciones inferiores y laterales de los hemisferios. Además, se encontró disminución del número de células de Purkinje y granulares sin pérdida neuronal, en los núcleos olivares inferiores, así como la presencia de algunas neuronas hipertróficas. (Valdez, 2001).

Es importante mencionar que el cerebelo media y modula, en ciertos aspectos, el aprendizaje y la conducta afectiva.

Al respecto de lo anterior se encontró que al analizar el lóbulo frontal de 3 adultos y un niño, Bailey y cols. (Valdez, 2001) encontraron engrosamiento de la corteza frontal en dos de ellos y en un adulto y un niño anomalías en el patrón laminar de la corteza frontal. Tres de ellos tenían disminución de las células de Purkinje en vermis y hemisferios cerebelosos y uno de ellos ausencia de estas células en el vermis. Además, se encontró perseverancia de neuronas en la oliva inferior principal; esto sugiere que hubo lesiones en el cerebelo cortical antes o durante las 30-32 semanas de embarazo (Happé, 1996).

En cuanto a la neuroquímica cerebral, se han investigado numerosos neurotransmisores y aspectos metabólicos llegando a resultados interesantes.

El transmisor del cual se han encontrado más niveles anormales en el autismo es la serotonina. Entre el 30% y el 50% de los niños autistas tienen niveles muy altos de serotonina en la sangre. Todavía no se sabe el porqué de estos niveles; sin embargo sucede lo mismo con niños que presentan discapacidad mental. (Ferrari, 2000). La serotonina es un neurotransmisor que regula el humor, el sueño, la temperatura, el apetito y la secreción de hormonas y se encuentra periféricamente en la sangre, el intestino y las plaquetas.

Por otra parte, Cohen y Donnellan (1987), observaron que el ácido homovanílico (metabolito de la dopamina) está elevado en los niños autistas que presentan estereotipias intensas. (Tomás, 2002).

También existe un modelo teórico que está basado en la aceptación de la teoría del exceso de opiáceos en el autismo. En éste se apoya la hipótesis de que el padecimiento podría ser consecuencia de la acción de péptidos de origen exógeno que afectan a la neurotransmisión del sistema nervioso central. Estos péptidos tienen efectos opiáceos y podrían, por sí mismos tener una actividad opiácea directa o formar enlaces con las enzimas peptidasas que podrían romper los péptidos opiáceos que se generan de forma natural en el SNC. En todo caso, la consecuencia sería la misma: el papel neuroregulador del SNC que es realizado normalmente por péptidos opiáceos naturales como las encefalinas y las endorfinas, podría intensificarse al grado de que los procesos normales que tienen lugar en el SNC se vieran severamente afectados. Esta intensa actividad opiácea podría afectar numerosos sistemas del SNC, dando como resultado muchos de los síntomas que constituyen el autismo. (Riviere, Martos, 1997)

Asimismo, se ha encontrado una alteración en la acetilcolina, neurotransmisor fundamental en el desarrollo de estructuras encefálicas durante la embriogénesis. Las diferencias en número y tamaño de células cerebelosas entre autistas y personas sin el padecimiento, sugieren alteraciones en los receptores nicotínicos y muscarínicos relacionados con este neurotransmisor. (Martinez L.E, 2003).

Los estudios sobre las catecolaminas han señalado una elevación significativa de la adrenalina y de la noradrenalina en el plasma de los niños autistas y una disminución significativa de las tasas de dopamina, de adrenalina y de noradrenalina en las plaquetas de los niños autistas. (Ferrari, 2000).

Algunos autores han evidenciado un aumento en la sensibilidad al estrés en los niños autistas, asociado paralelamente a un aumento significativo de diferentes hormonas del estrés: ACTH, cortisol y adrenalina. (Ferrari, 2000).

Todas las hipótesis que hay respecto a la bioquímica del cerebro, han llevado a tratamientos farmacológicos que no han disminuido satisfactoriamente

los rasgos específicos del autismo. Estos resultados disminuyen la importancia causal de las anormalidades bioquímicas.

Por otra parte, el estudio del autismo mediante técnicas neurorradiológicas ha permitido un acercamiento más amplio del cerebro en general y del autismo en particular. Sin embargo el reducido número de casos y el hecho de que algunos no cuenten con un grupo control de referencia, implica un defecto metodológico importante.

Los primeros estudios que se realizaron de esta índole fueron con la Neumoencefalografía. Por medio de ésta se detectó el agrandamiento de los ventrículos laterales en pacientes autistas.(Valdez, 2001).

También se ha utilizado la tomografía computada, cuyos hallazgos fueron más relacionados con entidades asociadas al autismo, al no identificarse una específica. Sin embargo Rosenbloom y cols. encontraron que un 15% de la población de autistas que fue estudiada, presentaba dilatación de los ventrículos laterales. (Valdez, 2001).

En los últimos años, la resonancia magnética ha sido la técnica neurorradiológica que más observaciones e interpretaciones ha hecho con respecto a la patología. Couchersne y cols. (1988), encontraron hipoplasia de los lóbulos VI y VII del vermis cerebeloso en 50% de los autistas de alto rendimiento. (Valdez, 2001).

Piven y cols. (1997), también reportaron una disminución del cuerpo caloso en el área posterior y media. (Valdez, 2001).

Carper y Couchersne describieron una relación inversa entre el lóbulo frontal y el tamaño del cerebelo en niños autistas. A través de una RM, ellos demostraron que había un aumento en el tamaño de los lóbulos frontales y que este aumento mostraba relación con el grado de anormalidad cerebelosa. (Valdez, 2001).

Otra técnica utilizada para el estudio del autismo es la tomografía por emisión de fotones (SPECT). Ohinishi y cols. estudiaron a 23 niños autistas aplicando esta técnica y detectaron una disminución en el flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo de la ínsula bilateral, en el giro temporal superior y en la corteza

prefrontal izquierda. Al relacionar sus hallazgos con los trastornos conductuales, observaron que cada uno estuvo asociado a un patrón de perfusión específico en el sistema límbico y en la corteza frontal. (Valdez, 2001).

Hay estudios funcionales (PET, Tomografía por Emisión de Positrones) que muestran alteración unilateral en el flujo sanguíneo y disminución de la producción de serotonina en los lóbulos temporal izquierdo y cerebeloso derecho. (Martínez, L.E, 2003)

La Tomodensitometría, también ha revelado, en cierto número de casos, anomalías cerebrales, como dilatación ventricular o modificación de la densidad de la sustancia blanca. Sin embargo, ninguna de estas anomalías es específica del autismo. (Ferrari, 2000)

Para estudiar los aspectos neurofisiológicos del autismo, se ha utilizado el Electroencefalograma (EEG) que a pesar de los numerosos estudios que se han realizado, no ha dado resultados que sean específicos del padecimiento.

Se han reportado anormalidades en el EEG entre el 30 y 40% de los niños autistas estudiados. Los hallazgos han sido de descargas focales o difusas de espigas, paroxismos de espigas y ondas lentas y en 1/3 de los casos, patrón mixto. (Valdez, 2001).

Algunos estudios de la encefalografía del sueño realizados a niños autistas han mostrado un crecimiento de los husos y una disminución en los movimientos oculares rápidos (característicos del sueño). (Ferrari, 2000)

También se ha utilizado el PEAT, (Potenciales evocados auditivos del tronco), y ha revelado anormalidades en niños autistas, aunque no han sido específicas ni consistentes. (Valdez, 2001).

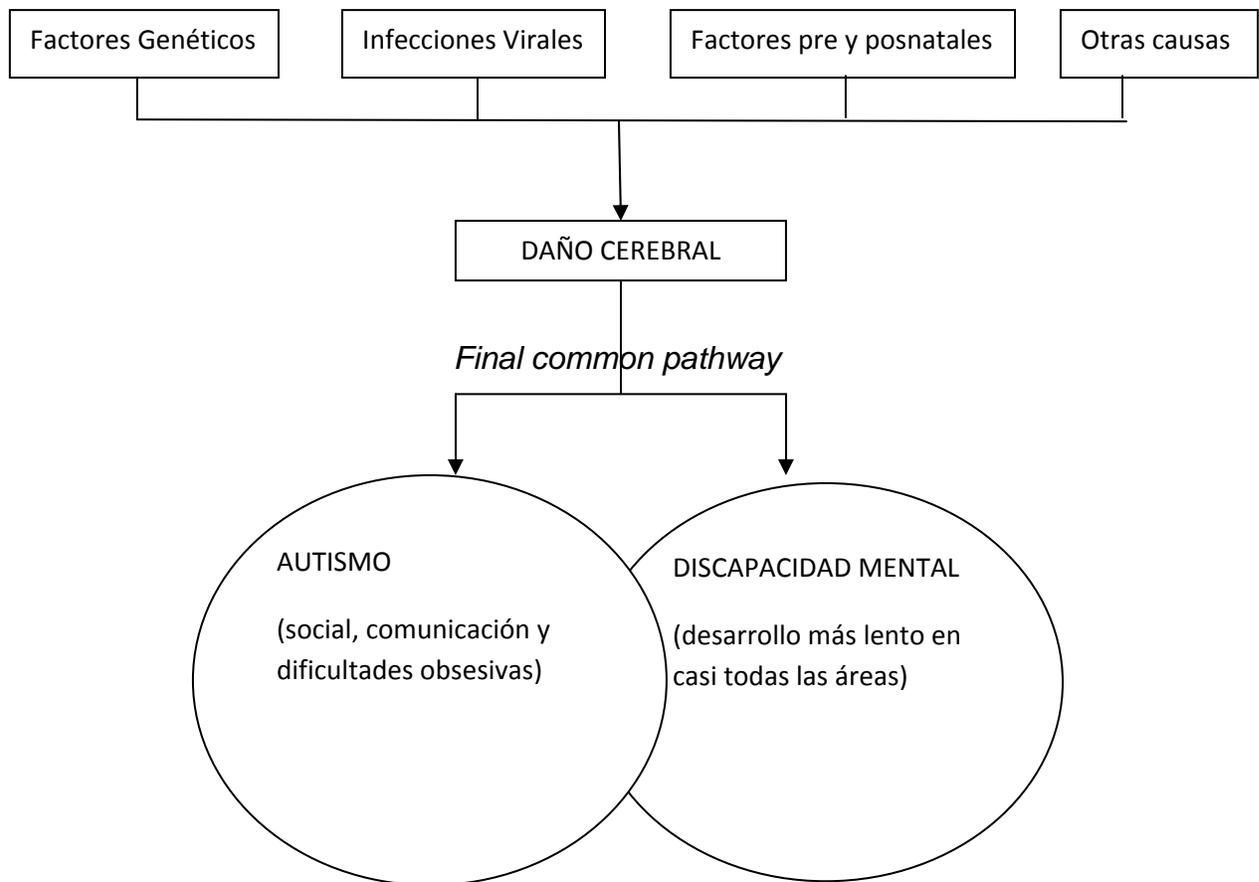
Ciesielski y cols (1990), reportaron la ausencia del componente frontal negativo Nc en individuos autistas. Ellos sugerían que las vías subcorticales están prácticamente intactas pero hay anormalidades neurofisiológicas en las cortezas frontales y parietales de asociación lo cual interpretaron como un compromiso en los mecanismos de atención selectiva. (Valdez, 2001).

También se han reportado anormalidades en la P300, con disminución o ausencia de la misma. (Valdez, 2001).

Múltiples condiciones neurológicas han sido asociadas al autismo. Las más comunes son la epilepsia y el retraso mental. Entre 25% y 35% de los autistas padecen epilepsia, con dos picos de incidencia, el primero entre los cero y tres años de edad y el segundo en la adolescencia. Mientras que el 75% de los autistas padece retraso mental. (Valdez, 2001)

Todos estos estudios e investigaciones que pretenden localizar anomalías neurobiológicas en el cerebro de los niños autistas, tienen como fin encontrar una etiología biológica del autismo. Sin embargo, no han puesto en evidencia alguna anomalía que se pueda considerar como específica del autismo infantil. Además, muchas de estas investigaciones tienen errores metodológicos; por ejemplo, los grupos control que se han utilizado no siempre son los correctos; la documentación de los sujetos de estudio es en ocasiones incompleta; los cerebros estudiados han sido pocos y muchas veces el tejido cerebral que se estudia es de individuos que también padecen de discapacidad mental, epilepsia o de sujetos que estaban, al momento de la realización del estudio, bajo medicación.

Como ya se dijo anteriormente de acuerdo al discurso médico-biológico del autismo, una amplia gama de condiciones médicas pueden estar inmiscuidas para que un niño lo desarrolle. Sin embargo, en la mayoría de los niños no se puede encontrar una condición de esta índole. Por lo mismo, se ha propuesto un modelo conocido como *Final Common Pathway*. En este modelo, varias causas del autismo comparten la característica de que dañan regiones del cerebro responsables del desarrollo de una comunicación normal y de un funcionamiento social y de juego. A continuación se presenta el modelo.



Cuadro 1. ⁵

Es probable que la discapacidad mental esté asociada con el autismo debido a que el daño que provocan todas estas causas médicas, también irrumpe en los sistemas cerebrales necesarios para el desarrollo intelectual. Actualmente, los científicos enfrentan el problema de definir precisamente qué parte del cerebro es responsable del autismo o en dónde se encuentra el sistema responsable.

Los estudios e investigaciones que se han hecho, buscando la posible etiología biológica del autismo, no han arrojado resultados 100% convincentes, es decir, se han encontrado ciertas similitudes de este tipo en pocos casos de autismo, pero no se puede generalizar al grado de afirmar a ésta como causa primordial del padecimiento. De hecho, los porcentajes de aspectos biológicos específicos encontrados en pacientes autistas son mínimos y por lo mismo hablar de un

⁵Baron-Cohen, S., Bolton, P., (1996). *Autism. The facts*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.

aspecto biológico como causa del autismo es muy aventurado. En consecuencia, es necesario conocer más a fondo acerca de este para familiarizarnos con las diferentes disciplinas que intentan explicarlo; la psiquiatría es una ciencia que se ha ocupado del estudio del autismo y que se encuentra ligada al aspecto médico-biológico del mismo.

1.2.b AUTISMO DESDE LA PSIQUIATRÍA

El autismo fue descrito por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuler como un síntoma de la esquizofrenia. Posteriormente Leo Kanner lo incluiría en su libro de *Psiquiatría Infantil* como una entidad independiente, al mismo tiempo que Hans Asperger haría una descripción sumamente detallada de un estudio realizado por él con niños autistas. Tanto Kanner como Asperger eran psiquiatras.

Como se puede observar, es imposible dejar de lado a la psiquiatría al momento de hablar de autismo ya que fue gracias a ésta que el trastorno salió a la luz. A partir de esto, la ciencia médica ha intentado clasificar el trastorno de acuerdo a sus características y ha respondido a él por medio del tratamiento farmacológico, ya que la psiquiatría se apoya en el discurso médico-biológico al momento de estudiar e intervenir en el padecimiento.

- **Clasificaciones internacionales del autismo**

La clasificación del autismo y su descripción aparece de manera detallada tanto en el DSM-IV como en el CIE-10, los cuales abordan la sintomatología, la epidemiología, la incidencia, etc. del trastorno con el fin de explicarlo, clasificarlo y a partir de esto poder diagnosticarlo.

DSM-IV-TR

De acuerdo al DSM-IV el autismo forma parte de los trastornos generalizados del desarrollo. Estos se caracterizan por perturbaciones graves o generalizadas en algunas áreas del desarrollo, por ejemplo en las habilidades para la interacción social, habilidades para la comunicación, así como la presencia de intereses, comportamientos y actividades estereotipadas. Las alteraciones cualitativas que

definen estos trastornos son impropias para el nivel de desarrollo o edad mental del sujeto.

Los trastornos que forman parte de esta categoría se manifiestan en los primeros años de vida y suelen asociarse con retraso mental. En algunos casos también se asocian con otras enfermedades médicas (alguna alteración genética, infecciones, anormalidades en el sistema nervioso central, etc.). El síndrome de Asperger entra en este tipo de trastornos.

Características diagnósticas

De acuerdo al DSM-IV el autismo se caracteriza por la presencia de un desarrollo anormal o deficiente en la interacción y comunicación social y un repertorio restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del trastorno varían de acuerdo a la edad cronológica y al nivel de desarrollo del sujeto.

Las deficiencias en la interacción social son notables y duraderas. Hay una notable afectación en la práctica de comportamientos no verbales (contacto ocular, expresión facial, etc.) lo que hace que la interacción social y la comunicación se vean afectadas. Los sujetos que lo padecen no establecen lazos cercanos con coetáneos, además de que no comprenden las normas de interacción social, por lo que les resulta sumamente complicado hacer amistades; también les falta la búsqueda espontánea de intereses, disfrutes u objetivos compartidos con otras personas así como reciprocidad social y emocional. Ellos suelen tener afectada la conciencia de los otros, ya que pueden prescindir de los demás niños, carecer de todo concepto relativo a las necesidades de los otros y no percibir el malestar ajeno.

Las alteraciones en la comunicación afectan tanto a habilidades verbales como no verbales. Puede haber retraso en la adquisición del lenguaje hablado o ausencia total de éste. Aquellos que hablan tienden a presentar dificultad para iniciar o sostener una conversación con otros, su lenguaje suele ser estereotipado y repetitivo o idiosincrático y el volumen, la entonación, la velocidad y el ritmo del habla es inusual. También la estructuración gramatical que presentan es inmadura y la comprensión del lenguaje es retrasada o incapaz. En cuanto al lenguaje social, hay incapacidad para integrar palabras y gestos o para comprender

aspectos humorísticos o no literales del lenguaje. El juego que presentan los autistas no es espontáneo ni imitativo, y el imaginativo está completamente ausente o notablemente alterado. Ellos no suelen integrarse a juegos propios de la niñez y si lo hacen es fuera de contexto o de manera mecánica.

Los sujetos con trastorno autista cuentan con patrones de comportamiento, actividades e intereses repetitivos y estereotipados. Pueden demostrar demasiada preocupación por algunos intereses específicos que resultan anormales en intensidad o en objetivos. Suelen adherirse de manera anormal a ciertas rutinas o rituales específicos, no funcionales y estereotipados. Suelen presentar una preocupación persistente por partes de objetos. Su gama de intereses es restringida, se preocupan por la uniformidad de las cosas y se resisten o alteran ante cambios triviales. En el cuerpo también presentan estereotipias que incluyen las manos o todo el cuerpo y puede haber anomalías posturales (caminar de puntillas). También pueden resultar fascinados por algún movimiento en particular (algún objeto que de vueltas) y suelen estar intensamente vinculados a objetos inanimados.

La alteración se manifiesta aproximadamente a los tres años de edad o antes por retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas: interacción social, lenguaje tal como se utiliza en la interacción social o juego simbólico o imaginativo. En la mayoría de los casos no se observa ningún periodo de desarrollo inequívocamente normal, aunque en 20% de los casos los padres afirman que fue así durante uno o dos años, señalando que el niño adquirió unas cuantas palabras perdiéndolas a continuación o pareciendo estancarse evolutivamente. Este periodo de desarrollo normal no se extiende más allá de los tres años.

Síntomas y trastornos asociados

En la mayor parte de los casos hay un diagnóstico asociado de retraso mental en un intervalo de moderado a profundo. Pueden observarse anomalías en el desarrollo de habilidades cognitivas ya que estas suelen tener perfiles desiguales, prescindiendo del nivel general de inteligencia y las aptitudes verbales son inferiores a las no verbales. En ocasiones se observan habilidades especiales.

Los sujetos con trastorno autista presentan una amplia gama de síntomas del comportamiento que incluyen hiperactividad, campo de atención reducido, impulsividad, agresividad, comportamientos autolesivos y pataletas. También se observan respuestas extravagantes a los estímulos sensoriales, irregularidades en la ingestión alimentaria o en el sueño. Suelen tener alteraciones del humor o la afectividad así como ausencia de miedo ante peligros reales y temor excesivo ante objetos no dañinos.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

En el trastorno autista la naturaleza de la alteración de la interacción social puede modificarse con el paso del tiempo, variando en función del nivel de desarrollo del individuo. Los niños pequeños presentan incapacidad por abrazar; indiferencia o aversión a las demostraciones de afecto o contacto físico; ausencia de contacto ocular e incapacidad para responder a la voz de sus padres. Los niños de corta edad tratan a los adultos como objetos y de manera mecánica. A lo largo del desarrollo puede aparecer un mayor interés por participar en la interacción social. En los sujetos de mayor edad hay excelente rendimiento en las tareas que implican memoria a largo plazo; sin embargo, la información memorizada se repite una y otra vez sea o no propia al contexto social.

El trastorno se presenta en los hombres con una frecuencia cuatro o cinco veces mayor que en las mujeres. Sin embargo, las mujeres autistas tienen más probabilidad de experimentar retraso mental grave.

Prevalencia

La tasa media de trastorno autista en estudios epidemiológicos es de 5 casos por cada 10,000 individuos, oscilando los valores entre los 2 y 20 casos por 10,000 individuos.

Curso

El inicio del trastorno autista es anterior a los tres años de edad. Durante la primera infancia las manifestaciones del trastorno son más sutiles resultando difíciles de definir para los observadores. En una minoría de casos el niño pudo

haberse desarrollado normalmente durante el primer año de vida. El trastorno autista tiene un curso continuo. En niños en edad escolar y en adolescentes son frecuentes los progresos evolutivos en ciertas áreas (actividad social). Algunos sujetos se deterioran comportamentalmente durante la adolescencia, mientras que otros mejoran. Las habilidades lingüísticas y el nivel intelectual general son los factores relacionados más significativamente con el pronóstico a largo plazo. Sólo un pequeño porcentaje de sujetos autistas llega a vivir y trabajar autónomamente en su vida adulta y alrededor de un tercio de los casos alcanza un grado de independencia normal. Los adultos autistas que funcionan a un nivel superior continúan teniendo problemas en la interacción social y en la comunicación, junto con intereses y actividades claramente restringidos.

Patrón familiar

Se observa un riesgo mayor de trastorno autista entre los hermanos de sujetos que lo sufren siendo este del 5%. También parece existir riesgo de distintas anomalías del desarrollo en los hermanos afectados.

Como se puede observar el DSM-IV-TR hace una descripción sumamente detallada del autismo, con el fin de encuadrarlo para poder realizar diagnósticos claros.

CIE-10

Al igual que la descripción que se hace en el DSM-IV del autismo, la *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes* (1996), lo ubica dentro de los trastornos generalizados del desarrollo junto con el autismo atípico, el síndrome de Rett, el trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados, el síndrome de Asperger y otros trastornos generalizados del desarrollo. Esta clasificación define al autismo como:

Un trastorno global del desarrollo definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal que se manifiesta antes de los tres años, y por un tipo característico de comportamiento anormal que afecta a la interacción social, a la comunicación y a la presencia de actividades repetitivas y restringidas. El

trastorno predomina en los niños con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en las niñas. (CIE-10, 1996).

Pautas para el diagnóstico

Por lo general no hay un periodo del desarrollo completamente normal, pero si es así, no va más allá de los tres años. Existen alteraciones cualitativas de la interacción social que toman la apreciación inadecuada de las señales socioemocionales manifestándose con falta de respuesta a las emociones de los demás, por comportamientos inadaptativos al contexto social, por uso escaso de los signos sociales convencionales y por una integración escasa del comportamiento social, emocional y de la comunicación, es decir, una falta de reciprocidad socioemocional.

También hay alteraciones cualitativas en la comunicación, las cuales consisten en la falta de uso de lenguaje, en el juego de hacer creer y de imitación social; la escasa sincronización y la falta de reciprocidad en el intercambio conversacional; la escasa flexibilidad en la expresión lingüística y una pérdida relativa de creatividad y fantasía en los procesos del pensamiento. Tampoco presentan respuestas emocionales ante los estímulos verbales y no verbales de los demás y suelen tener defectos en la entonación o cadencia, necesarias para lograr la modulación en la comunicación.

Este trastorno se caracteriza también por la presencia de formas rígidas, repetitivas y estereotipadas, de comportamiento, intereses y actividades en general. Hay rigidez en cuanto a aspectos rutinarios diarios afectando a actividades nuevas, costumbres familiares y formas de juego; suelen presentar gran resistencia a los cambios de rutina cotidiana o los detalles del entorno personal. Puede presentarse un apego específico a objetos extraños, así como a rituales específicos sin ningún fin funcional. También puede haber preocupaciones e intereses estereotipados; a menudo hay movimientos estereotipados y un interés en aspectos ajenos al funcionamiento propio de los objetos (su olor, su textura).

Además de estas características diagnosticas específicas, es frecuente que en los niños con autismo aparezcan otros trastornos no específicos, como temores, fobias, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, rabietas y

manifestaciones agresivas. También son frecuentes las autolesiones. La mayoría de los niños autistas carecen de espontaneidad, iniciativa y creatividad.

Las manifestaciones específicas de los déficit característicos del autismo cambian cuando se hacen mayores; sin embargo los déficit de socialización, comunicación y patrón de intereses persisten en la edad adulta de una forma similar.

En el autismo pueden darse todos los niveles de CI, pero hay retraso mental significativo en aproximadamente el 75% de los casos.

Tanto en el DSM-IV como en la CIE-10 la clasificación del autismo tiene una modalidad de descripción simple, sin implicaciones teóricas, para poder ser utilizadas a nivel mundial de manera que sea posible confrontar los datos estadísticos. Asimismo, por medio de estas clasificaciones, se busca establecer un marco de referencia para precisar el diagnóstico de la patología y en consecuencia dar un tratamiento adecuado.

- **Tratamiento Farmacológico**

La experiencia con fármacos para el tratamiento del autismo es limitada. No existe un medicamento específico capaz de curar el trastorno, por lo que se busca mejorar o disminuir los síntomas y/o conductas asociadas como agresividad, hipercinesia, estereotipias, trastornos del sueño, alteraciones específicas y cualitativas de la interacción social y de la comunicación, etc. Esto permite un mejor abordaje terapéutico y una mejor integración familiar y social.

Los grupos de fármacos más utilizados en el tratamiento del autismo son los antagonistas de la dopamina, antagonistas de la serotonina, antagonistas de los opiáceos cerebrales, beta-bloqueadores, etc.

Los fármacos que más se utilizan en el tratamiento de autismo son los antidepresivos (32.1%), seguidos de los estimulantes (20.2%) y de los neurolépticos (16.5%). (Tomás, 2002).

A continuación se presentan algunos medicamentos que han demostrado su utilidad en el tratamiento de niños con trastornos generalizados del desarrollo

(la psiquiatría ubica al autismo dentro de éstos) y los síntomas que pretenden disminuir.

Alteraciones conductuales a modificar	Medicación
Agresividad-Heteroagresión	Carbomacepina Ácido Valproico Risperidona Buspirona Catapresán Propranolol Pimocida Litio
Autoagresión	Fluoxetina Clormipramina Risperidona Propranolol Litio
Hiperactividad	Metilfenidato Clormipramina Desimipramina Catapresán Risperidona Pimocida
Conductas obsesivo compulsivas	Clormipramina Fluoxetina Fluvoxamina
Depresión	Clormipramina Desimipramina
Trastornos del sueño	Melatonina

Tabla 2: Medicamentos utilizados en pacientes autistas clasificados de acuerdo a los síntomas a modificar (Ruggieri 1996, Tuchman 1996, AACAP Official Action 1999, en Valdez, 2001)

Otros fármacos utilizados en el tratamiento del autismo son:

El Haloperidol (neuroléptico), es probablemente el más conocido, sin embargo sus efectos secundarios como convulsiones, sedación, apatía, efectos extrapiramidales y desarrollo de discinesia tardía son considerables por lo que se usa en periodos cortos y ante situaciones límite para disminuir las estereotipias motoras, la hiperactividad, el aislamiento y el negativismo. (Valdez, 2001).

Por otro lado, se ha descrito que la Piridoxina mejoró el estado de alerta y disminuyó conductas de autoagresión en algunos pacientes. (Valdez, 2001).

Otras drogas que parece han mejorado la conducta social de algunos autistas son las inmunosupresoras como los corticoides y el ACTH ORG 2766. (Valdez, 2001).

Estudios realizados con naltrexona (antagonista opiáceos útil por vía oral) han descrito mejoras modestas en la conducta, en la hiperactividad y en la inquietud. (Tomás, 2002).

La Secretina es un péptido hormonal que estimula la secreción pancreática; cuando un niño autista fue sometido a una exploración endoscópica que necesitaba el uso intravenoso de secretina para valorar la función pancreática exógena, mejoró significativamente sus habilidades verbales a las pocas semanas de exploración. Para confirmar estos hallazgos se han realizado múltiples estudios, no obstante no se han encontrado resultados del todo convincentes además de que la metodología de los estudios es dudosa. (Tomás, 2002).

Por otro lado, la Sertralina ha mostrado cambios en la cuestión ansioso-conductual asociada a situaciones de cambio ambiental. En un estudio con 9 autistas, 8 mostraron cambios positivos en este aspecto. (Tomás, 2002).

La olanzapina se ha utilizado poco en el tratamiento del autismo, aunque la respuesta que ha obtenido es positiva. Se ha encontrado mejoría importante en síntomas tales como inquietud motora o hiperactividad, alteraciones de la socialización y de la respuesta sensorial, agresividad, alteraciones del lenguaje, autolesiones, etcétera, pero no hay mejoría en las conductas repetitivas. Los efectos adversos más frecuentes son la sedación y el aumento de peso. (Tomás, 2002).

Un estudio reciente (McDougle, C., et al., 2002) comprobó que el Ziprasidone mejora síntomas autistas como agresión, agitación e irritabilidad tanto en niños, adolescentes y adultos.

Además de la farmacología, se han utilizado y experimentado otros tratamientos que involucran bioquímica con el mismo fin que son utilizados los medicamentos, es decir, reducir síntomas. Entre estos tratamientos se encuentran el de nutrición y dieta alimentaria y la vitaminoterapia.

Los estudios descriptivos han tratado de caracterizar al autismo de acuerdo con la ingesta de la dieta o la bioquímica nutritiva. Según estos estudios la administración de algunos nutrientes debe mejorar la anomalía metabólica o bioquímica responsable de las manifestaciones clínicas del trastorno. El mayor

interés de estos estudios es ligar los factores nutricionales con la integridad del sistema nervioso, por medio del papel que juegan las vitaminas como coenzimas en la síntesis de los neurotransmisores. (Martos, 1997).

Se cree que factores como la ingesta inadecuada de nutrientes y las necesidades aumentadas de los mismos pueden influir en la instauración y evolución del trastorno autista, ya que en algunas personas que lo padecen existe un defecto metabólico que origina necesidades aumentadas de uno o más nutrientes. (Martos, 1997).

Los defectos metabólicos anteriormente mencionados son en relación a un metabolismo incompleto de dos o más peptidasas como las casomorfina y las gluteomorfina. Es por esto que se recomienda una dieta libre de caseína y gluten. De hecho se han realizado estudios en donde se sometió a niños autistas a una dieta de esta índole y los padres informaron marcadas mejorías en habilidades de comunicación, aprendizaje e interés social. (Martos, 1997).

Por otra parte se encuentra el uso terapéutico o profiláctico de altas dosis de vitaminas hidrosolubles, el cual se ha extendido. La vitamina B6 ha sido utilizada en muchas investigaciones de patologías del SNC incluyendo al autismo y ha tenido resultados esperanzadores, sin embargo, los efectos secundarios son múltiples por lo que se recomienda administrarla junto con magnesio y en dosis no muy altas. (Martos, 1997).

Siendo la psiquiatría una ciencia médica es de esperarse que el enfoque terapéutico con el cual trate al autismo sea farmacológico; sin embargo, a pesar de que se han tratado y estudiado múltiples medicamentos, al no conocerse un marcador biológico específico como causa absoluta, estos no han podido atacar la fuente y por lo mismo no se puede hablar de una “cura” del autismo como consecuencia del uso de fármacos, dietas o vitaminoterapias. Por ello es necesario conocer la otra “cara de la moneda”, es decir el abordaje terapéutico del autismo desde un punto de vista psicológico, para poder dar una aproximación terapéutica integral con equipos multidisciplinarios.

1.2.c AUTISMO DESDE LA PSICOLOGÍA

Cuando se habla del papel de la psicología en el estudio y tratamiento del autismo es imposible hacerlo desde un solo punto de vista ya que existen diferentes abordajes teóricos y clínicos con respecto a la patología. Por una parte están las terapias y teorías cognitivo-conductuales que tienen como fin eliminar las conductas o defectos que presenta el niño dándole todo el peso al ambiente. Por otro lado se encuentra el psicoanálisis, cuyo objetivo es la emergencia subjetiva haciendo énfasis en los procesos psíquicos internos.

A continuación se presentan de manera resumida, las diferentes teorías psicológicas que intentan explicar el padecimiento y algunos de los tratamientos que existen desde cada perspectiva. Es importante mencionar que tanto los aspectos cognitivos referentes al autismo, así como los psicoanalíticos serán abordados con mayor precisión en la segunda parte del presente trabajo.

- **Aspectos cognitivos del autismo**

El estudio del autismo desde las ciencias cognitivas se refiere tanto a las modalidades particulares del funcionamiento de la inteligencia de los niños con autismo como a la investigación de un déficit cognitivo eventual que, de acuerdo a algunos autores, podría constituir la causa primaria del autismo. Además, las terapias utilizadas para tratar los posibles problemas cognitivos en el autismo son, generalmente, de tipo conductual y en ellas se busca adaptar el comportamiento del niño a las exigencias del ambiente.

Las teorías cognitivas difieren de otras porque acercan la brecha entre el cerebro y el comportamiento, además, pueden explicar y predecir cuestiones complejas del comportamiento en desórdenes del desarrollo como el autismo.

Estas teorías estudian las modalidades particulares del funcionamiento de la inteligencia y otros procesos cognitivos de los niños con autismo que, según los teóricos cognitivos es posible medir por medio de pruebas. Entre estas modalidades se encuentran:

Lenguaje

Los niños con autismo no comprenden cómo funciona comunicativamente el lenguaje. En los casos más extremos la falta de comprensión es casi completa: apenas comprenden a los demás y ellos no hablan. Lo más común es que el fallo sea parcial, es decir, que afecte a algunas de las formas y funciones del lenguaje pero no a todas.

De acuerdo a esta perspectiva, las anomalías típicas que pueden aparecer en el lenguaje de los niños con autismo son: falta de habla comunicativa que puede llegar hasta el mutismo; ecolalia; confusiones en el uso de pronombres personales; emisiones idiosincráticas que únicamente se pueden comprender si se refiere el contexto en donde fueron emitidas; habla literal; y la falta de comprensión de las intenciones comunicativas que se realizan más allá del habla. También existen anomalías en el tono y ritmo del habla y dificultades para iniciar conversaciones con las personas. (Hobson, 1993).

Durante mucho tiempo existió la idea de que el lenguaje era subyacente a las otras deficiencias autistas. Sin embargo ahora se sabe que es un reflejo de las limitaciones de relación y comprensión interpersonal que sufre el niño y más específicamente en las nociones de lo que significa compartir, referirse a algo y comunicarse. (Hobson, 1995).

Pensamiento

El pensamiento del niño con autismo es relativamente asocial. La capacidad imaginativa del niño está comprometida muy seriamente en cuanto a forma y contenido. Su procesamiento perceptivo y del pensamiento está centrado en detalles (perciben los objetos por partes para después integrarlos en un todo). Este hecho dificulta el que puedan desarrollar concretos internos flexibles sobre los objetos o sobre las situaciones. Para una persona con autismo es sumamente complicado lograr desarrollar “ideas internas” sobre situaciones sociales y emocionales. Este tipo de pensamiento también repercute en el desarrollo de la imaginación y de las habilidades de generalización en donde los detalles suelen cambiar según los diferentes contextos. (Aoki, 2006)

Una característica importante es la manera en la que las personas con autismo hacen asociaciones sobre los eventos que pasan en su entorno. Son pensadores lógicos que hacen asociaciones concretas para poder darle sentido a las experiencias que van viviendo; por esto suelen ser personas con rutinas establecidas y cualquier cambio los puede alterar. (Aoki, 2006)

Esta característica del pensamiento en personas con autismo tiene gran relación con la teoría de la “Coherencia Central” que será explicada con mayor detalle posteriormente.

Memoria

Pocos autistas tienen déficits en lo que se refiere a la memoria; en general ésta es buena tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, la memoria de material verbal es más deficiente si se compara con la memoria de material no verbal. (Schopler, 1995)

Los déficits en la memoria están relacionados con el lenguaje, especialmente en aspectos semánticos. Se espera que el uso del significado en la memoria esté particularmente deficiente en el autismo. (Schopler, 1995)

Atención

La atención de los autistas generalmente se centra en cosas extrañas y cuando están intensamente concentrados es casi imposible interrumpirlos. Muchas veces parece que los autistas no atienden a la información que se les presenta de modo simultáneo por lo que seleccionan un aspecto limitado de la misma y es a eso a lo que le prestan atención. La hipótesis de la “hiperselectividad estimular” hace referencia a esto. (Frith, 2004). Además, el poco interés en el contacto social ayuda a que no se distraigan de su tema de interés.

Sensación y Percepción

Los fenómenos de elevada o limitada sensibilidad a las sensaciones, se suelen asociar con el autismo y se reconocen como signos del trastorno, pero se sabe muy poco de ellos. Hay muchos informes de hipersensibilidad a ciertos sonidos, preferencias limitadas en cuanto a ciertos alimentos y texturas, así como una

tendencia a tocar, oler y gustar los objetos y, en ocasiones, a las personas. (Frith, 2004).

Simbolización y Juego

Los trastornos en la simbolización son constantes en la patología autista. Existe una dificultad para acceder al lenguaje, a la imitación y al juego simbólico que lo testimonian.

El juego creativo y simbólico aparece a la mitad del segundo año de vida. En el autismo esto no sucede; los sujetos que tienen tal padecimiento son capaces de participar en algunas formas de juego simbólico, pero éstas se producen sobre todo en situaciones estructuradas y raramente en el juego espontáneo. Esto se hace más evidente en autistas de mayor edad o más capaces. (Hobson, 1993)

Habilidades Sociales

Se han estudiado tres áreas principales en lo que respecta a la cognición social del autismo: a) la concientización y comprensión de las representaciones mentales de los otros; b) el reconocimiento de rasgos de carácter y comportamiento humano; y c) el procesamiento de estímulos afectivos. (Frith, 2004).

Muchos autistas carecen de la habilidad para atribuir confianza y otros estados mentales a la gente y por lo mismo se dice que carecen de una “Teoría de la Mente”, la cual se explicará más adelante en el presente trabajo.

Teorías cognitivas acerca del autismo

Dentro de las teorías cognitivas que intentan explicar los puntos medulares que caracterizan al autismo se encuentran:

Teoría de la Mente

La capacidad de atribuir estados mentales a uno mismo y a otros es lo que se captura en la frase de “teoría de la mente”. Se sugiere que la capacidad de *leer la mente*, es decir, de comunicar, imaginar y empatizar con otros, es precisamente una habilidad que las personas con autismo no tienen. (Happé, 1996).

A partir de ésta premisa se han originado múltiples acercamientos experimentales que buscan responder a la pregunta: ¿Es posible que un único

déficit cognitivo, como lo es la dificultad de *leer la mente*, pueda explicar una condición biológica como el autismo?

Teoría de la Disfunción Ejecutiva

Esta teoría presenta a la función ejecutiva como un candidato potencial para ser el déficit primario en el autismo.

Una función ejecutiva es un constructo cognitivo usado para describir comportamientos mediados por los lóbulos frontales. Se define como la habilidad para mantener una serie apropiada de problemas a resolver con el fin de alcanzar una meta. Los comportamientos de función ejecutiva incluyen planeación, control de impulsos, inhibición de respuestas posibles pero incorrectas, mantenimiento de la serie, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y acción. Todas las funciones ejecutivas comparten la capacidad de retirarse del medio ambiente inmediato o del contexto externo y en su lugar, guían el comportamiento a partir de modelos mentales o representaciones internas. (Schopler, 1995).

Coherencia central

El término “coherencia central” se refiere a la tendencia habitual para procesar la información que recibimos en un contexto, donde se retiene lo esencial de la información dándole un sentido. Según el enfoque de esta teoría, el autismo se caracteriza por tener una débil coherencia central, es decir que las personas que presentan la patología no centran su percepción en lo global, en un todo, sino que se centran en los detalles. (Happé, 1996).

Las tres teorías presentadas anteriormente serán retomadas en la segunda parte de la tesis, en donde se explicarán de manera detallada sus conceptos, bases y fundamentos.

Tratamiento cognitivo-conductual y psicoeducativo

Como ya se mencionó anteriormente, generalmente los tratamientos que se utilizan para mejorar las cuestiones cognitivas del autismo son de tipo conductual o psicoeducativo. Ambos tienen como fin ayudar al niño con autismo a adaptarse a su familia y al mundo que lo rodea.

Las intervenciones conductuales buscan incrementar las interacciones sociales y comunicativas positivas, promover el control de esfínteres y disminuir las conductas negativas (comportamiento estereotipado, agresividad, hiperactividad, etc.). Este tratamiento tiene por objeto enseñar al niño funciones dejando de lado el porqué de estas fallas. Para que lo primero sea posible se utilizan técnicas como el reforzamiento positivo o negativo, la economía de fichas, el moldeamiento y el castigo.

Por otra parte, para facilitar el aprendizaje de los niños autistas se interviene de manera educativa. Estos modelos deben de estar muy bien estructurados, basados en conocimientos de modificación de conducta; también deben de ser evolutivos y adaptativos, de acuerdo a las características personales de los niños; deben incluir a la familia y ser intensivos y precoces.

Se ha de motivar al niño al aprendizaje y hacer que las tareas sean claras y de acuerdo al nivel evolutivo del niño. También se han de brindar reforzadores.

El ambiente debe de estar bien estructurado, ser predecible y propiciar el aprendizaje.

- **Aspectos psicoanalíticos del autismo**

Es a partir del psicoanálisis que muchos teóricos han intentado explicar la etiología del autismo. Además, ellos intentan comprender los mecanismos psicológicos y psíquicos que actúan en esta afección con el fin de elaborar una teoría sobre ella. Las terapias de *setting clásico* que se llevan a cabo están estructuradas en sesiones plurisemanales, con tiempo definido y en un cuarto de juegos acondicionado específicamente para ello. El analista interpreta el juego libre del niño; éste es el instrumento principal de la cura. Asimismo se considera de suma importancia el compromiso de los padres y la instauración de una relación de transferencia. (Egge, 2008).

A continuación se presenta un esbozo de los teóricos psicoanalíticos que se han ocupado del autismo de acuerdo a la escuela en la que se formaron.

Escuela Inglesa

Melanie Klein (1882-1960) fue una de las primeras psicoanalistas en trabajar con niños (Freud analizó de manera indirecta el caso de Hans, un niño con fobia a los caballos, y también su hija Anna Freud trabajó con niños); ella basaba sus análisis en el juego infantil. En 1930 presentó el caso de Dick, un niño de cuatro años con características autistas. Para Klein, el autismo de Dick era consecuencia de su falta de relación simbólica con las cosas. Ella consideraba “que se trataba de una esquizofrenia atípica caracterizada por una inhibición del desarrollo” (Egge, 2008, p.53), ya que no disponía de diagnósticos sobre autismo.

Por su parte, Donald Winnicott (1896-1971), consideraba al autismo como:

Desarrollos defensivos contra el caos externo o interno y no tanto una detención en el desarrollo normal. El desarrollo patológico precoz estaría estrechamente conectado con la fallida instauración de una relación con la realidad externa, que comporta la escisión entre el verdadero Sí, oculto en un estado de conexión interna, y un falso Sí, que se organiza para mantener controlado el mundo externo. La escisión entre realidad externa y fantasía interna impide a estos sujetos crear “fenómenos transicionales” y “objetos transicionales”, los que, en calidad de primera posesión u objeto narcisista, se sitúan en los confines entre unidad madre-niño y división entre sujeto y objeto libidinal. (Egge, 2008, p.58).

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

Teóricos del Yo

Uno de los pioneros de esta vertiente, Bruno Bettelheim (1903-1990), pensaba que el niño autista experimentaba una angustia aterradora al enfrentarse a una situación vivida como amenazadora, sin nadie que pudiera contrabalancear esta vivencia (Bettelheim hizo mucho énfasis en la culpabilización de los padres, del padecimiento de su hijo). De ahí la retracción del niño hacia el mundo desinvistiendo los afectos. (Egge, 2008).

La Escuela Ortogenética de la Universidad de Chicago, fundada por Bettelheim, puso en marcha la práctica institucional para el tratamiento del autismo.

Margaret Mahler (1897-1985), definió la “psicosis simbiótica” como una detención del desarrollo normal o una regresión a un estadio precedente. Postuló que el desarrollo infantil se estructura en tres fases: autista normal, simbiótica normal y de individuación-separación. El trastorno autista se da cuando hay una detención en la primera. (Egge, 2008).

Para esta autora el niño autista no separa entre lo interno y lo externo, no está en condiciones de afrontar los estímulos externos y por ello coloca una barrera para evitarlos, así que no se inmuta del mundo que lo rodea. (Egge, 2008).

Mahler consideraba que el autismo estaba ligado a factores ambientales y madurativos del niño, descartando la incapacidad materna.

Post-kleinianos

Donald Meltzer (1922-2004), médico y psiquiatra infantil, individualizó al autismo

en un mecanismo particular de escisión: el desmontaje del yo en sus diferentes facultades perceptivas separadas, que priva de significado al objeto reduciéndolo a múltiples acontecimientos unisensoriales en los cuales los objetos animados no se distinguen de los objetos inanimados, lo que, en el autismo propiamente dicho, equivale a una “ausencia de pensamiento”. El empleo de este mecanismo daña los procesos introspectivos y proyectivos. El yo queda en un estado primitivo de fusión con sus objetos y produce una forma narcisista de identificación. (Egge, 2008, p. 59).

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

Meltzer afirmaba que para que exista el autismo debe haber cierta predisposición que tiene que ver con la calidad en la relación madre-niño que induce a este último a suspender la atención de la madre, particularmente si durante el primer año de vida su madre sufrió de depresiones. (Egge, 2008).

La psicoanalista inglesa, Frances Tustin (1913-1994), propuso tres formas de autismo: primario anormal, secundario encapsulado y secundario regresivo. Ella definió la patología como “una reacción proyectiva que se desarrolla para afrontar la tensión asociada a la rotura traumática de un estado de anormal prolongación de unidad adhesiva con la madre” (Tustin, 1995 citada en Egge, 2008, p. 61). Según Tustin, la terapia tiene como fin hacer frente al sistema defensivo causado por un trauma insoportable.

Post-lacanianos

Francoise Dolto (1908-1988) consideraba al autismo como un proceso reactivo de adaptación a un estado traumático, que hace que el niño pierda la relación afectiva y simbólica con su madre. El autista se refugia en la soledad de un lenguaje interior y pierde el lenguaje respecto al otro. (Egge, 2008).

En 1979 la autora mencionada creó la primera *Maison Verte*, lugar en donde se trataba a niños con autismo como sujetos y se les otorgaba un espacio fuera de la cotidianidad generalmente vivida de manera aislada. (Egge, 2008).

La holandesa Maud Mannoni (1923-1998), fundó el centro para adolescentes psicóticos en Bonneuil, dando paso a otras instituciones de corte psicoanalítico para el tratamiento de diferentes patologías.

Su gran mérito es “haber dotado al débil de un estatuto subjetivo, de haber puesto la atención en comprobar qué lugar ocupa el niño, dado por retrasado, en el fantasma materno... la autora subraya la importancia, en el tratamiento del niño débil, de dirigirse al sujeto y no a su enfermedad, porque está convencida de que quien se dirige al síntoma rechaza de hecho al niño” (Egge, 2008, p. 64).

Para Rosine y Robert Lefort (1980), el autismo tiene una estructura específica que no comprende solamente la primera infancia, sino también la adolescencia y la edad adulta. Ellos plantean que el goce del autista se iguala a la destrucción, y en ausencia de cada objeto, sólo queda la pulsión de muerte. Los autores proponen al autismo como una cuarta estructura para ser agregada a las otras tres: neurosis, psicosis y perversión. (Egge, 2008).

Como se observa, el discurso psicoanalítico plantea que el autismo es consecuencia de un retraimiento por parte del niño, del mundo que lo rodea y que éste percibe como amenazante. Muchos autores plantean esto desde diferentes puntos de vista. Sin embargo, en todos los casos el autismo tiene un origen emocional y anímico, no orgánico.

Anteriormente se presentaron algunos de los autores que, de una u otra manera, han trabajado con autistas o estudiado la patología desde el punto de vista psicoanalítico.

Práctica Psicoanalítica Institucional

Las prácticas institucionales actuales son el producto de años de investigación acerca del tema y de prácticas institucionales pasadas como la Escuela Ortogénica de Bettelheim, el centro para adolescentes psicóticos en Bonneuil, fundado por Maud Mannoni y la Maison Verte creada por Françoise Dolto. Actualmente hay dos modalidades institucionales que funcionan como pilares para el tratamiento del autismo:

Práctica entre varios

Es una forma de psicoanálisis aplicado inspirado en las prácticas clínicas que se infunden de éste. Es una modalidad de trabajo que ofrece al niño autista la posibilidad de inscribirse en un social que tenga los requisitos de lo humano. Se busca que el niño entre en el campo de la palabra para permitir una demanda. (Bori, 2006).

Según Di Ciaccia (fundador de esta modalidad terapéutica) el trabajo en la institución con los niños autistas está constituido por cuatro ejes: el *partnership* (un *guía* que siga al niño), la reunión del equipo, la función del director terapéutico y el puente de referencia teórico-clínico constituido por el psicoanálisis de Freud, las enseñanzas de Lacan y por la orientación dada por Jacques Alain Miller.

El dispositivo soporte

Es un dispositivo terapéutico que se sostiene en un espacio que no es ni público ni privado, donde siempre hay más de un terapeuta trabajando con cada niño y todos

por igual participan de la textualización de localización subjetiva de cada niño, en un espacio dentro del dispositivo: hipotetómetro. Por lo tanto este dispositivo oferta a cada niño la aproximación a un marco que introduce al sujeto como tal (en su indeterminación), singularizando aquello que en el niño en particular (el detalle) hace de anudamiento, enlace o suplencia entre lo real y el significante a través de maniobras, cálculos y anticipaciones que permiten dirigir el trabajo. (Manzotti, 2005).

- **Otros métodos diseñados para el tratamiento del autismo**

Como ya se dijo anteriormente, el autismo es una patología de la cual se sabe, a ciencia cierta, poco. Es por lo mismo que se han diseñado múltiples métodos que, utilizando diferentes técnicas buscan alguna respuesta de la persona que lo padece. Algunos de estos métodos van dirigidos a la sensibilidad de los niños, otros buscan la comunicación, algunos otros están apoyados por animales, etc. A continuación se presentan algunos de estos métodos y una breve descripción de ellos.

Método TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children)

Este método fue desarrollado en 1972 en la Universidad de Carolina del Norte por Eric Schopler; la teoría en la cual está basado es de tipo cognitivo-conductual y busca la modificación de comportamientos anómalos con el fin de mejorar la autonomía, las habilidades sociales y comunicativas, así como la adaptación al propio ambiente. También busca modificar los comportamientos inadaptados y tienen un cuidado particular en la estructuración del ambiente, ya que se basan en la hipótesis de que el niño con autismo tiene dificultades específicas para la adaptación a estímulos diferentes y para seleccionar las informaciones que derivan del mundo exterior. En la terapia se les da mucha importancia a los soportes visuales, ya que se reconoce mayor elaboración en la capacidad visual que en la auditiva de los niños. (Egge, 2008).

Programa de Intervención Regional (RIP)

Este programa, realizado en Tennessee, busca entrenar a los padres en los procedimientos de modificación de conducta, para que logren trabajar con sus hijos en edad preescolar. Esto lo hacen por medio de cuatro salones de clases, cada uno con una función específica: el salón de clases para el recibimiento busca una conducta adecuada para un salón de clases en general y el seguimiento de una rutina y un horario específicos; el salón para niños pequeños busca el desarrollo de habilidades sensorimotoras, así como la elaboración de conductas elementales para la adquisición de lenguaje; el salón de clases de lenguaje trabaja de manera grupal o individual como complemento a la tutoría individual que ofrece la clínica a cada niño; y el salón de clases de la comunidad busca integrar de la mejor forma posible al niño a la sociedad para que así pueda asistir a una escuela pública o a centros de cuidado. (Ceron, 2005).

La Intervención Comportamental Precoz de Lovaas y el Método ABA (Applied Behaviour Analysis)

En 1982 se introdujo el método comportamental creado por O. Ivar Lovaas de la Universidad de Los Ángeles. El tratamiento se basa en técnicas de modificación del comportamiento que tienen como fin la autonomía personal del niño, el aprendizaje de conductas adaptativas y el cambio de comportamientos desadaptativos, utilizando métodos de condicionamiento y estrategias de aprendizaje. También se espera que los niños generalicen y mantengan las habilidades adquiridas. (Egge, 2008)

Bright Start

Este método fue diseñado por Butera y Haywood y está basado en las teorías de Piaget y de Vygotsky. Tiene como fin ayudar a los niños a desarrollar las bases de habilidades como pensamiento, percepción, y resolución de problemas para posteriormente adquirir los aprendizajes académicos y sociales. Hace énfasis en el desarrollo metacognoscitivo buscando que los niños reflexionen en sus propios procesos del pensamiento, se evalúen a sí mismos y busquen soluciones

alternativas, a los problemas que se les presentan, que puedan ser efectivas. (Aoki, 2006)

Terapia para el Desarrollo del Centro Rutland

Una de las premisas básicas de este programa es que el niño autista necesita más modelos normales, por lo tanto se “incluye” en un aula con niños regulares pero con el mismo nivel de desarrollo. El niño también participa en sesiones estructuradas de terapia con sus padres para que estos aprendan a manejar ciertas actividades con él.

Las actividades del programa de terapia están destinadas a mejorar el funcionamiento del niño en cuatro áreas: conducta, comunicación, socialización y preacadémicas. Cada una de estas áreas esta dividida en cinco etapas de objetivos específicos ordenadas de manera jerárquica. (Ceron, 2005)

Programa Delaware

El objetivo de esta técnica es entrenar al niño en habilidades comunicativas que son necesarias en su vida cotidiana. Esto lo hacen trabajando tanto de manera individual como grupal e incluyen contextos cotidianos como el salón de clases, restaurantes, etc.

Este programa trabaja con personas verbales y con no verbales. A las no verbales se les aplica un sistema de comunicación aumentativa basado en imágenes. Primero se les enseña a identificar imágenes con la ayuda de reforzadores, así se siguen una serie de pasos hasta llegar a la fase en que los niños pueden responder a la pregunta ¿Qué es esto? y responder con la frase “Esto es...”. Durante todo el proceso se les enseña a combinar modelos y nuevas funciones comunicativas para incrementar el vocabulario y el manejo de conceptos.

El programa para los niños con habilidades verbales consiste en el trabajo de seguimiento de instrucciones que va de las más sencillas a las más complejas. (Aoki, 2006)

Programa del Centro Judevine

Este programa ha funcionado desde principios de los setentas y no es exclusivo para autismo, también trata esquizofrenia, retraso mental, desarrollo atípico y problemas severos de conducta. El programa va dirigido tanto a los niños como a sus padres; en el niño se busca que la conducta sea modificada hacia la que provoca la respuesta que él quiere, mientras que en los padres se modifican las conductas para alentar la producción de las conductas deseadas en el niño y extinguir las respuestas inapropiadas.

En Judevine se enfocan en tres áreas de entrenamiento: aspectos físicos, aspectos sociales y aspectos intelectuales. A cada niño se le elabora un programa basado en los déficits y necesidades en cada una de estas áreas. Estos programas se dan en cinco niveles de tratamiento, por cada nivel que va pasando se va aumentando la duración y el número de niños. Así, el nivel uno se lleva a cabo de manera individual y la sesión dura aproximadamente 20 minutos, mientras que el nivel cinco dura de 3 a 5 horas y hay alrededor de cinco niños por adulto. (Ceron, 2005)

Método Linwood

Este es un programa estructurado especialmente para el tratamiento del lenguaje en niños con autismo. Este método determina el funcionamiento verbal e identifica las áreas más fuertes y más deficientes para elaborar un programa específico a cada niño.

Es importante mencionar que de acuerdo a este método, antes de que un niño pueda adquirir el lenguaje y comunicarse con él, es necesario que tenga un sentido de sí mismo y de su cuerpo, además, debe de estar dispuesto a abrirse al mundo y a tolerar algunos contactos. Una vez logrado esto el terapeuta ha alcanzado la confianza del niño y por lo tanto un sentimiento de seguridad en éste. Así, se empieza con el desarrollo de habilidades preverbales para después intentar el habla expresiva.

Cuando existe cierto progreso de parte del niño, se empieza con el desarrollo del lenguaje enseñándole los significados y usos de las palabras por medio de diferentes técnicas y muchas veces asociando el sonido a algo que el

niño desee y reforzándolo. Una vez que ha adquirido el lenguaje con el terapeuta se le incita a generalizarlo, es decir, a que lo practique en otros contextos.

El enfoque del tratamiento va de la enseñanza de vocabulario sencillo a la formación de conceptos y posteriormente al desarrollo de la habilidad para razonar y pensar con lógica. (Ceron, 2005)

Comunicación Total de Benson Schaffer

Este programa busca que el niño tenga la posibilidad de acceder al lenguaje oral o al uso de signos comunicativos. Primero se le enseña al niño a utilizar signos manuales para conseguir lo que desea, después complejos de signo-palabra y finalmente busca borrar los signos para que únicamente se utilicen palabras. El objetivo final del programa es que el niño adquiera lenguaje verbal y que lo pueda expresar. (Aoki, 2006)

Musicoterapia

Fue una de las primeras maneras de intervención con niños autistas. Se puso en práctica en los años setenta debido a la gran sensibilidad que tienen estos niños a la música y a los sonidos. Partiendo de la observación de que los niños, aun antes de hablar, cantan canciones con texto prefijado (de caricaturas, anuncios, etc.) la terapia se enfoca en la música y el canto para acabar en la palabra. Lo que se busca es que se abra una brecha en la clausura del niño, ya sea utilizando uno o muchos instrumentos, diferentes ritmos, etc. (Egge, 2008)

Delfinoterapia

Como su nombre lo indica, esta terapia emplea como instrumento principal a los delfines y está dirigida no únicamente a pacientes autistas sino a todos aquellos que padecen de alguna enfermedad psicológica o neurológica.

Esta terapia consta de sesiones de 15 minutos. En el autismo la convivencia con los delfines estimula directamente al hipotálamo a producir endorfinas, células neurotransmisoras, y estimula la producción de la hormona ACTH, la cual produce estabilidad. Se dice que esta terapia produce cambios

neuroquímicos y neuroeléctricos ya que se trabaja a nivel cerebral para producir un cambio físico y mental. (Marin, 2005)

Como se puede observar, existen múltiples modalidades para el tratamiento del autismo. Esto no debe de sorprender ya que se sabe poco acerca del padecimiento, además de que no se ha visto ningún método 100% efectivo que lo “cure”. Es por lo mismo que surgen infinidad de métodos, la mayoría respaldados por teorías fuertes, que intentan de la manera que sea posible acercarse al niño y romper con esa barrera que lo rodea, ya sea por medio de la adquisición de lenguaje, de la enseñanza de conductas, de la música, de los animales, etc. En muchas ocasiones se logra una palabra, contacto visual esporádico o algún signo de que hubo una reacción, y en otras ocasiones, se logra poco. Como se puede observar el tratamiento del autismo es de *ensayo y error* y, a raíz de esto, un método bien respaldado por una teoría válida debe de ser tomado en cuenta.

En ésta primera parte de la tesis se presentaron los aspectos fundamentales que caracterizan el estudio del autismo, es decir, todas las disciplinas que se han interesado en la patología y por medio de investigaciones y estudios la han intentando explicar. Además se presentó el contexto histórico que precede al trastorno.

A partir de estos antecedentes, podemos ahora centrarnos en el interés principal del trabajo, dos métodos y teorías con diferentes posiciones acerca del abordaje teórico y el tratamiento del autismo: el *tratamiento adaptativo* y el *tratamiento subjetivo*.

SEGUNDA PARTE

TRATAMIENTOS DEL AUTISMO INFANTIL:
ADAPTACIÓN O SUBJETIVACIÓN

Como ya se mencionó anteriormente, existen múltiples abordajes disciplinarios para el autismo y por lo tanto igual número de tratamientos. En el presente capítulo se desarrollará a profundidad el discurso psicológico del autismo desde dos teorías y abordajes terapéuticos: el psicoanálisis y las teorías cognitivas. Ambas son las disciplinas más fuertes en cuanto a abordaje psicológico del autismo; sin embargo su manera de trabajar con el padecimiento es sumamente distinta. Las teorías y terapias de tipo cognitivo tienen como fin *adaptar* al niño a su entorno, a su familia y a la sociedad. Por otro lado, el abordaje psicoanalítico apuesta por la *emergencia del sujeto* buscando la expresión del niño.

En capítulos anteriores se presentó un esbozo de lo que presentan ambas corrientes, a continuación se explicarán las dos a detalle.

2.1 TRATAMIENTO ADAPTATIVO DEL AUTISMO

Cuando se habla de un tratamiento adaptativo se hace referencia a todos los esfuerzos que realizan tanto terapeutas como familiares para que el niño con autismo pueda, hasta donde le sea posible, hacer ciertas cosas por sí mismo, es decir, desligarse de sus padres y hacer frente a su medio de manera más independiente. Que el niño aprenda ciertas habilidades que le ayuden a funcionar mejor en la sociedad es uno de los objetivos principales de este tipo de terapias, que también buscan mejoras en las áreas cognitivas que se explicarán posteriormente.

Para poder hablar de un tratamiento del autismo es necesario conocer las teorías de las que éste deriva. El tratamiento que tiene como fin adaptar al niño con autismo a la sociedad, encuentra sus bases en los aspectos cognitivos del trastorno y las teorías cognitivas que intentan explicarlo.

2.1.a COGNICIÓN Y AUTISMO

El autismo es un síndrome que se define principalmente en términos conductuales; sin embargo también está asociado con déficits cognitivos. Es importante entender cómo es el desarrollo de los procesos cognitivos en el

autismo para intentar comprenderlo, y por lo tanto tener la capacidad de diseñar estrategias efectivas que puedan aminorar éstos déficits.

- **Inteligencia**

En múltiples estudios acerca de la inteligencia de niños con autismo se ha utilizado la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC, por sus siglas en inglés), con el fin de medir esta habilidad. Los resultados han sido patrones consistentes, ya que la mayoría de los niños con autismo se ubican en el rango de retraso mental. El cociente intelectual (CI) de ejecución es generalmente mayor que el verbal, lo que refleja una fortaleza relativa en habilidades visoespaciales. También suelen tener éxito en pruebas que dependen de la organización perceptiva y de la integración motor-perceptiva como las que requieren armar objetos o rompecabezas y las de diseño de bloques. Asimismo, los niños con autismo suelen obtener buenos resultados en las pruebas neuropsicológicas, en las tareas de procesamiento visual básico que incluyen aprendizaje de discriminación visual, y en el aprendizaje y la ejecución de habilidades motoras. (Schopler, 1995).

En cuanto a las pruebas de dominio verbal que aparecen en el WISC, aquellas que dependen de la memoria a corto plazo producen calificaciones más altas que otras subpruebas verbales. (Schopler, 1995).

La subprueba de Comprensión, que implica conocimiento social y expresión verbal abierta, es aquella en la que los niños autistas suelen salir más bajos. Las subpruebas de Comprensión, Similitudes y Vocabulario comprenden áreas que aparecen como débiles en estos niños, incluso cuando se les compara con aquellos que tienen algún trastorno del desarrollo del lenguaje. Esto sugiere que los déficits cognitivos del autismo no pueden considerar únicamente un impedimento en el lenguaje. (Schopler, 1995).

De acuerdo a Rutter (1983) el perfil típico de inteligencia de un niño con autismo refleja un déficit cognitivo en la secuenciación y abstracción de la información. El procesamiento secuencial es relativamente deficiente si se compara con sus habilidades de *procesamiento simultáneo* (simultaneous-

processing). Los niños autistas que no presentan retraso se desempeñan bien en aspectos de abstracción en los que se aprenden reglas, pero cuando estos implican razonamiento, suelen tener dificultades mayores. (Schopler, 1995).

No todas las personas con autismo tienen retraso, e incluso algunos que lo tienen presentan habilidades excepcionales en algunas áreas, como memoria especial para algunos datos, cálculo de cifras matemáticas o de tiempo, desempeño asombroso en música y arte, etc. Estas habilidades tan peculiares y asombrosas únicamente aparecen en 1 de cada 10 casos de autismo, el porqué de éstas no se sabe todavía; sin embargo, se ha demostrado que están basadas en el reconocimiento de patrones y reglas inherentes, además de que no son aprendidas y pueden emerger de manera repentina y espontánea. (Happé, 1996). Algunas pruebas neuropsicológicas aplicadas a personas con autismo, que tienen una inteligencia promedio o arriba de ésta, han revelado áreas fuertes en atención, memoria asociativa y en los aspectos de abstracción que implican el aprendizaje de reglas. También se han encontrado debilidades en tareas de abstracción que implican flexibilidad cognitiva, razonamiento verbal, memoria compleja, y lenguaje complejo. Independientemente de su nivel intelectual, las personas con autismo revelan déficits en la resolución de problemas conceptuales, habilidad meta-representacional, aspectos pragmáticos en comunicación, atención conjunta, juego simbólico y reconocimiento de emociones. (Schopler, 1995).

A pesar de que todos estos patrones característicos de la inteligencia del autismo no son universales, parecen ser específicos. Otros tipos de discapacidades mentales o desórdenes del desarrollo, no comparten este perfil; por lo tanto se puede hablar de una heterogeneidad cognitiva y conductual del autismo. (Happé, 1996)

Las habilidades cognitivas también se miden por medio de pruebas, además de que se pueden sacar conclusiones acerca de éstas por medio de la observación y el análisis. A continuación se presentan estas habilidades y sus formas de manifestación en el trastorno autista.

- **Lenguaje**

Uno de los aspectos cognitivos que se logra distinguir con mayor claridad en el autismo es la insuficiencia lingüística, de hecho antes se pensaba que el lenguaje era el déficit primario de la patología y que provocaba las fallas en comunicación y socialización que acompañan al trastorno. A pesar de que se descartó esta hipótesis, se sabe que aproximadamente 25% de los autistas no presentan lenguaje funcional. Los que pertenecen a este porcentaje no hablan y tampoco se comunican con gestos o expresiones faciales para remplazar las funciones del lenguaje hablado, como lo hacen los sordos. (Schopler, 1995). Aquellos que logran adquirir cierto lenguaje lo hacen de manera atrasada (a los cuatro o seis años) en comparación con los que se desarrollan normalmente, además de que tienen dificultades para comunicarse con los demás, a lo largo de toda la vida. Estas dificultades se deben a que el lenguaje y la comprensión social van de la mano. El lenguaje, al mismo tiempo que las incorpora, evoluciona a partir de las formas prelingüísticas de comunicación social que demuestran ser problemáticas para los individuos con autismo: las conductas de atención conjunta y de referencia social. (Capps, 2000)

Se cree que la vía de acceso al aprendizaje de las palabras es averiguar la intención del hablante. Los niños con autismo presentan gran dificultad para descubrir los estados mentales ajenos, por lo que adivinar la intención del hablante les puede resultar sumamente complicado. Por otro lado, se cree que aquellos niños con autismo que utilizan el lenguaje, lo aprenden asociativamente de los emparejamientos del sonido y la visión, lo que explica algunas de las fallas que se presentarán posteriormente. (Frith, 2004)

El lenguaje depende de una amplia gama de capacidades: fonología, gramática, semántica y pragmática. El desarrollo *fonológico* de los niños con autismo empieza más tarde y avanza a un ritmo más lento que el de los niños con desarrollo normal. Sin embargo, el orden y la aparición de los sonidos del habla se dan de igual manera en ambos casos. Los niños con autismo distinguen los sonidos del habla sin problemas, por lo que se puede decir que hay ausencia de

carencias fonológicas, a pesar de que son más lentos en la adquisición de las palabras.

En cuanto a la *semántica*, el autismo no interfiere en la adquisición del conocimiento conceptual básico, subyacente al significado de las palabras. Algunos niños con autismo disponen de pocas palabras y muchas veces las utilizan de forma idiosincrática, porque el significado se adquiere por asociaciones únicas y no se refiere a experiencias más generales. Esto debe de entenderse como un problema de comunicación más amplio; el habla idiosincrática indica una falta de interés o de necesidad de compartir con el oyente un contexto más amplio de interacción. (Frith, 2004 y Capps, 2000). Por otra parte, los términos que se refieren a estado mentales (emociones) o palabras con significado abstracto (“amigo”) o no se desarrollan o lo hacen de manera tardía, e incluso entonces sólo se comprenden de manera parcial. (Hobson, 1993).

Otra característica importante del autismo es la literalidad. El hecho de que el significado de las palabras cambie al situarlas en un contexto distinto es algo que las personas con autismo no comprenden. Para ellos, el significado literal de las palabras no cambia cuando el contexto lo hace. Tienen una tendencia a la comprensión literal de las palabras y no entienden la ironía ni el sarcasmo. (Frith, 2004).

La *gramática* y la sintaxis en el autismo son muy parecidas a la de los niños con desarrollo normal: se utiliza un sistema gramatical regido por normas. Los niños con autismo presentan cierta dificultad con el pasado gramatical y con las referencias pronominales y deícticas. (Capps, 2000). Ellos suelen sustituir el “yo” por el “tu” y viceversa, lo cual tiene dos posibles explicaciones. Por un lado, se relaciona con la repetición demorada de una emisión asociada a una situación similar, por ejemplo, cuando al niño se le apetece un galleta dirá: “¿quieres una galleta?” para expresar “quiero una galleta”. Por otra parte está la función deíctica de los pronombres personales, es decir, el empleo de tales pronombres depende de quién sea el hablante y quién sea el oyente. Es probable que la confusión sea a consecuencia de que las personas con autismo tienen problemas para percibir

aspectos sutiles como los papeles sociales, es decir, tienen dificultades para apreciar que perspectiva deben adoptar en una situación determinada.

El desarrollo fonológico, semántico y gramatical de los niños con autismo sigue un proceso bastante parecido, con algunas excepciones, al de los niños con desarrollo normal. Sin embargo la capacidad que tienen para utilizar el lenguaje con fines comunicativos presenta dificultades que caracterizan universalmente la patología. Cualquiera que sea el nivel de habilidad gramática y semántica de los autistas, su competencia *pragmática* será inferior. Es probable que los conflictos en esta característica del lenguaje formen parte de un problema más general con la comunicación, teniendo su origen en la limitada participación en interacciones reciprocas en las que se comparten atención, actitudes y emociones. Estas dificultades se presentan al momento de interpretar el significado sutil de las expresiones y de las palabras, al seguir las normas sociales y las convenciones coloquiales, para saber cuándo pasar de un registro a otro y al tomar en cuenta la perspectiva del que escucha.

En el desarrollo normal del lenguaje, las funciones comunicativas sociales y las no sociales se adquieren de manera simultánea, mientras que en el autismo se pueden obtener de manera secuencial y las funciones sociales se alcanzan relativamente tarde.

Las carencias prosódicas figuran entre las características más consecuentes del autismo. El habla de las personas con el padecimiento se caracteriza por una modulación inadecuada de la entonación, el volumen, el tono, el acento y el ritmo, así como falta total de variación, el habla se percibe como monótona.

En cuanto a las convenciones coloquiales del habla, los autistas presentan dificultades para iniciar y mantener una conversación; de hecho es menos probable que se pierda el flujo de la conversación si se les hacen preguntas. También suelen repetir información y no transmiten nada nuevo o lo importante, lo que al otro le interesa.

Otra característica de la comunicación en el autismo es que no se toman en cuenta ciertas características importantes del que escucha. Las personas que lo

padecen no contextualizan la conversación además de que no pueden evaluar la comprensión del otro. Ellos pueden hablar y hablar sin tener en cuenta el interés del otro, o por el contrario, pueden dejar de hablar repentinamente.

Todas estas dificultades pragmáticas evocan carencias en atención conjunta y en las referencias sociales, indicando una resistencia a compartir con los demás o una incapacidad para hacerlo. Como indicó Bosch (Bosch, 1970 citado en Hobson, 1993, p.205): “En el lenguaje y a través de él se revela, de forma impresionante, el éxito o el fracaso en la constitución de un mundo común y propio.”

Aproximadamente el 80% de las personas con autismo presentan *ecolalia* que es la repetición como en eco de palabras o frases oídas a otros en el pasado inmediato o lejano. Esta puede ser alguna estereotipia sin ninguna intención comunicativa. Frith señala que la ecolalia:

Es una manifestación flagrante de la desconexión entre los sistemas de procesamiento periféricos y el sistema central, que se relaciona con el significado. El niño con autismo presenta una atención selectiva al habla y traduce competentemente el habla oída al habla emitida. Pero parece que en dicho procesamiento se pasa por alto el significado. La ecolalia demuestra cómo se desperdicia el producto final de un procesamiento de la información complejo porque dicho producto no es interpretado por procesos de orden superior. A pesar de que las expresiones que se repiten puedan analizarse perfectamente en términos de unidades fonológicas, prosódicas y sintácticas, no se integran en un significado global. (Frith, 2004, p. 162)

En cuanto a la modalidad escrita del lenguaje, una proporción considerable de niños con autismo aprende a leer con fluidez a pesar del retraso lingüístico o intelectual. Ellos leen en voz alta con una fonología excelente y reconocen palabras escritas antes de aprender a hablar. Incluso algunos prefieren el lenguaje escrito como medio de comunicación ya que no implica contacto cara a cara, el cual les resulta estresante. Sin embargo, presentan problemas al entender lo que leen y no pueden globalizar una historia, por lo que únicamente se concentran en las palabras de manera individual. (Frith, 2004).

En resumen, la mayoría de las personas autistas pueden utilizar el lenguaje de manera adecuada. Las complicaciones se dan al momento de comunicarse con otros, ya que muchas veces no registran las emociones, las actitudes, las funciones y las identidades, para dar una continuidad a las interacciones sociales, fundamentales para la filiación cultural. Esto se explica en la Teoría de la mente, que se presentará más adelante en este apartado.

- **Pensamiento**

En el libro de *Learning and Cognition in Autism* (1995), Temple Grandin, una persona con autismo de alto rendimiento, escribe un artículo de cómo piensa la gente que presenta el trastorno basándose en su propia experiencia. Los aspectos más importantes acerca del pensamiento que se tocan en el artículo se presentan a continuación.

Los autistas tipo Kanner y tipo Asperger tienen patrones de pensamiento rígidos y concretos además de problemas en algunos procesamientos cognitivos. De acuerdo con Grandin las autopsias cerebrales indican que los diferentes tipos de autismo (según su ubicación dentro del espectro autista) tienen un patrón similar de inmadurez en el desarrollo del cerebelo y del sistema límbico. A pesar de que el patrón básico de anormalidad es igual, pueden haber variaciones ligeras, por ejemplo, en el autismo más severo se presentan problemas en el procesamiento sensorial mientras que en el tipo Kanner, ubicado en la otra punta del espectro, el pensamiento concreto es inflexible.

El hecho de que las personas con autismo tipo Kanner presenten un pensamiento concreto y rígido repercute en el aprendizaje. Además, afecta su sentido común y la capacidad para generalizar. De acuerdo con Grandin y su experiencia personal, una de las características del pensamiento en este extremo del espectro es que es visual; los pensamientos de estas personas resultan similares a la reproducción de videocasetes con imágenes en la imaginación. Ellos no tienen una memoria basada en el lenguaje.

Cuando escucho la palabra encima por sí sola, visualizo un recuerdo infantil de un perro saltando por encima de una reja. Para almacenar material que he

leído, o lo extraigo de una hoja que he fotografiado en mi memoria o traduzco el material escrito a imágenes visuales. Para recuperar la información, tengo que repetir el “video”. Esta manera de pensar es más lenta. Lleva tiempo repetir el video en mi imaginación. En el lenguaje de las computadoras mi memoria es como un disco de CD-ROM.”¹(Grandin, T. en Schopler, 1995, p. 143).

El pensamiento visual se aprecia de manera clara en el aprendizaje del lenguaje. Muchas veces las personas con autismo aprenden primero los sustantivos porque es fácil asociarlos con imágenes. Las palabras sin significado concreto como *pon* o *en* tienen que observarse de manera escrita para poder ser recordadas o escuchadas. Es necesario que cualquier palabra o pensamiento abstracto se convierta en imagen para que una persona con pensamiento visual lo pueda entender.

El pensamiento visual se basa en asociaciones, por ejemplo, un niño decía “pan francés” cuando estaba contento ya que, alguna vez que comió pan y se puso contento, asoció el pan con la felicidad. Por lo tanto, cuando visualizaba un pan francés en su mente, él se ponía contento.

Por otro lado, el pensamiento de las personas con autismo se centra en los detalles, es decir, cuando hay un objeto ellos perciben partes de éste para posteriormente integrarlo en un todo. Esta característica del pensamiento se relaciona con los conceptos fundamentales de la teoría de Coherencia Central, la cual se explicará posteriormente.

- **Memoria**

Es difícil encontrar trastornos específicos en la memoria de los niños con autismo, sin embargo se han realizado múltiples estudios comparativos para poder estudiarla. Estos se han concentrado en la memoria a corto y a largo plazo y en el enlace entre la memoria y los déficits del lenguaje.

En cuanto a la memoria de corto plazo, se ha estudiado como los niños con autismo procesan los estímulos visuales y auditivos. Hermerlin y Frith en 1971

¹ Traducción del autor

encontraron que al igual que los niños *normales*² y los que presentaban retraso mental de la misma edad (grupo control), los niños con autismo recordaban mejor las oraciones que las *no-oraciones* (nonsentences). Sin embargo, cuando se les presentaba un grupo de frases mezcladas con oraciones y no-oraciones, los niños con autismo recordaban mucho mejor las frases que eran presentadas al final que las que se les presentaban al principio, a este efecto se le denomina *efecto novedad* (recency effect). Además el grupo control recordaba mejor la parte de las frases que tenía oraciones que la parte que no tenía oraciones, mientras que los autistas recordaban el final de las frases. A partir de estos resultados se pensó que los niños con autismo, en lugar de reorganizar los estímulos auditivos durante las frases presentadas, como lo hacían aquellos sin problemas en la memoria, usaban su memoria como un eco, tal como se presenta en el fenómeno de la ecolalia. (Schopler, 1995)

Boucher (1978) realizó un estudio para analizar el *efecto novedad*. Él encontró que los niños con autismo y aquellos considerados normales con la misma edad cronológica, tenían una *capacidad de memoria ecoica* (echoic memory capacity) comparable para las palabras que debían de ser inmediatamente recordadas. A pesar de que el grupo conformado por niños con autismo no demostró ninguna capacidad fuera de lo normal, su memoria ecoica fue identificada como una habilidad alta. Además, como grupo, los niños con autismo tenían mayores dificultades que los niños normales al recordar las palabras que se presentaban al principio. Este resultado se debe al déficit en el lenguaje y la falta de codificación semántica. (Schopler, 1995)

En cuanto al procesamiento visual, los niños autistas demostraron la presencia del *efecto novedad* así como una buena memoria de corto plazo. En los estudios realizados en este campo, los niños con autismo fueron comparados con niños normales y niños con retraso y no se encontraron diferencias entre los grupos.

² Nota del autor: los calificativos a las diferentes manifestaciones de desarrollo infantil forman parte del léxico de esta corriente terapéutica. Así leemos calificativos como: retrasado, normal, y otros. En este trabajo se exponen de esa manera buscando respetar el lenguaje de la corriente, lo que no implica estar de acuerdo con ellos.

El funcionamiento de la memoria a largo plazo en el autismo también ha sido estudiado. Boucher y Warrington (1976) compararon un grupo de niños autistas con un grupo de niños normales y retrasados, de la misma edad cronológica, encontrando que las habilidades verbales y no verbales en tareas que tenían que ver con retención, eran iguales en ambos grupos. En todas las tareas se usaron palabras escritas, palabras habladas e imágenes. (Schopler, 1995)

En otro experimento de memoria a largo plazo, los sujetos autistas mostraban dificultades al recordar actividades en las que habían participado recientemente. Por lo que se concluyó que las personas con autismo tienen dificultades para evocar memorias.

Por otra parte se ha estudiado el efecto de las dificultades de memoria en las habilidades comunicativas. Boucher y Lewis (1989), realizaron tres experimentos al respecto. En el primero de éstos, se encontró que los niños con autismo presentan dificultades en la habilidad de seguir instrucciones habladas o por escrito. Esto se debe a que ellos no pueden recordar las instrucciones, en especial si están distraídos

En el segundo experimento se demostró que la habilidad de los sujetos autistas para recordar preguntas hechas previamente era baja. En un tercer experimento se evaluó la memoria para eventos recientes usando preguntas abiertas y preguntas diseñadas para facilitar el recuerdo. Como era esperado los niños autistas fallaron en las preguntas abiertas. (Schopler, 1995).

Como se puede notar, la memoria en el autismo tiene pocas fallas. Incluso hay casos en dónde se puede apreciar una memoria excepcional para recitar de memoria largas listas de palabras, fechas de nacimiento, números de teléfono, matrículas, equipos deportivos, etc. Ésta capacidad es útil para aprender a leer o escribir, sin embargo parece que no está relacionada con la capacidad de comprensión. La persistencia en este tipo de memoria indica que no se almacena la información de acuerdo con categorías o esquemas de significado, y que está asociada a defectos de razonamiento o de comprensión.

- **Atención**

Los procesos de atención en el autismo se describen como indiferentes a lo que los rodea, sobre-enfocados o hiperselectivos. Las respuestas anómalas a los estímulos se caracterizan por evitarlos y por prestar atención a aspectos inusuales de estos. Se sugiere que ésto se debe a un déficit en los procesamientos de alto nivel. Un estudio neuropsicológico (Minschew, et al., 1992, en Schopler, 1995) aplicado a autistas de alto rendimiento reveló un desempeño adecuado en pruebas estandarizadas de atención; y déficits en procesos de más alto nivel, como el razonamiento. Esto llevó a los autores a concluir que el autismo implica un anormalidad en el procesamiento de información compleja y no un déficit en la atención o en la adquisición de información. La atención de los niños con autismo se caracteriza por ser hiperselectiva, es decir, ellos atienden y responden únicamente a uno de muchos estímulos o sólo a un estímulo. Generalmente ellos no prestan atención a los estímulos que son representativos para otros niños y lo hacen a estímulos que para la mayoría pasan desapercibidos. Sin embargo esta característica no es particular del autismo, también se ha encontrado en niños que presentan retraso sin presentar autismo.

Hay teorías que atribuyen el autismo a la dificultad para regular la atención debido a la presencia de una afección en la regulación de los estados de sueño y de *activación* (arousal). Desde este punto de vista, los niños con autismo se encuentran excitados en exceso y abrumados por el medio ambiente. La excesiva selectividad, el deseo obsesivo de uniformidad, los intereses limitados y los escasos centros de atención que caracterizan al autismo son considerados como un recurso para afrontar el exceso de activación. (Capps, 2000).

Las anormalidades en los procesos de atención de los individuos con autismo han sido estudiadas a través de la exploración de los componentes de mediana o larga latencia del *potencial relacionado al evento* (event-related potential, ERP). Se cree que estos componentes corresponden a procesos de atención particulares, específicamente en lo que se refiere a la detección y clasificación del estímulo, la orientación del estímulo novedoso, la atención autogenerada, la atención selectiva y el mantenimiento y cambio de atención.

Ciertos estudios sugieren que las personas con autismo presentan anomalías en estos procesos. (Schopler, 1995)

Se ha encontrado que los niños con autismo no son indiferentes a su entorno. Son capaces de atender a los estímulos de manera adecuada, sin embargo poseen mecanismos anormales para seleccionar y cambiar sus objetos de atención.

- **Sensación y Percepción**

Las facultades sensoriales y perceptivas de los niños con autismo parecen estar intactas. En algunos casos, los padres llegaron a pensar que sus hijos eran sordos ya que no respondían de manera adecuada a algunos sonidos. Ahora se sabe que esto se debe a la respuesta social limitada que caracteriza a estos niños más que a una deficiencia sensorial.

Tanto el sentido del olfato como el del gusto se desarrollan de manera normal, a pesar de que algunos niños tienen reacciones negativas a ciertos olores o alimentos y preferencias muy marcadas por algunos de estos. Se cree que muchas de las aversiones a algunos alimentos específicos son consecuencia de su textura. (Wing, 1998).

El sentido del tacto también muestra ciertas ambivalencias en los niños con autismo, muchos de ellos muestran desagrado al ser tocados y a algunos les molesta la sensación de la ropa, especialmente los calcetines y los zapatos. Paradójicamente, muchos de los niños parecen indiferentes al calor y al frío, así como al dolor. (Wing, 1998).

En cuanto a la visión, los niños con autismo suelen emplear la percepción periférica más que la directa; ellos tienden a mirar con el rabillo del ojo, o mirar el extremo de un objeto y no su centro. Esto provoca dificultades en la interacción social. (Capps, 2000).

Aunque el desarrollo perceptivo y sensorial de los niños parezca normal, ellos suelen emplear sus sentidos de una manera inusual. Por ejemplo, huelen o prueban cosas que carecen de olor o de sabor; tienen cierta aversión a algunos sonidos mientras que son totalmente indiferentes a otros; les llama la atención los

reflejos luminosos, etc. Una de las características del autismo es precisamente el uso tan peculiar de los sentidos; existen varias teorías que intentan explicarlo, las cuales serán presentadas posteriormente.

- **Emoción**

En las explicaciones clínicas y populares del autismo es común encontrar que se hable de la monotonía emocional como característica básica del trastorno, sin embargo esta no es la forma más adecuada de definir la insuficiencia afectiva que caracteriza a la patología. De acuerdo a las experiencias de los padres de niños con autismo, ellos no parecen emocionalmente menos expresivos que los que se desarrollan con normalidad o los que padecen de retraso mental. Según sus padres, los niños autistas manifiestan más emociones negativas como miedo, tristeza, enfado y menos emociones positivas, como juego e interés. (Capps, 2000).

Se han realizado pocos estudios en donde se analice la expresividad y la receptividad emocional de los niños autistas. A pesar de que estos niños ríen, sonrían, y patalean, es decir, tienen la capacidad de expresar emociones, es importante determinar la adecuación social de estas conductas. En la mayoría de los estudios que se han realizado, los niños con autismo expresan casi de igual manera sus emociones que aquellos con desarrollo normal o los que presentan retraso mental. Sin embargo ellos tienen emociones negativas con más frecuencia que los niños de los otros grupos y es notoria la presencia de un sentimiento discordante (una parte de la cara expresa una emoción positiva y la otra una emoción negativa) más a menudo. Esto último quizá se deba a que se sienten confundidos ante ciertas situaciones sociales, sin embargo esto no ha sido comprobado. (Capps, 2000).

Una diferencia muy marcada entre los niños autistas y los niños con desarrollo normal o retraso es la respuesta ante el elogio. Los segundos levantan la vista hacia sus padres y sonrían buscando el elogio de parte de ellos, cuando han logrado algo. En cambio, los niños autistas solo sonrían, no buscan el reconocimiento. Además, los niños con desarrollo normal y aquellos con retraso

muestran expresiones emocionales positivas ante el elogio, mientras que los niños autistas no lo hacen, al contrario, apartan la mirada y se alejan de la persona que los celebra. (Capps, 2000).

Otra característica importante de la expresión emocional de los autistas es que no combinan la mirada con la sonrisa. Cuando ellos miran a sus cuidadores no sonríen y cuando levantan la mirada para compartir una experiencia con otra persona, raramente demuestran un sentimiento positivo. Es posible que ellos deseen compartir experiencias con los demás pero que éstos no sean conscientes de ello dada la ausencia de emoción. (Capps, 2000).

En el autismo también se presenta la dificultad de emparejar la expresión facial con la expresión vocal de la emoción así como la de captar las expresiones emocionales de las demás personas y por lo tanto actuar de manera empática con ellas.

- **Simbolización y Juego**

Los niños con trastorno autista no llevan a cabo los juegos imitativos sociales del mismo modo que lo hacen los demás niños. Tienen una capacidad pobre para el juego de simulación si se comparan con los niños con desarrollo normal y edad cronológica inferior, y los retrasados mentales con habilidades evolutivas y capacidades lingüísticas equivalentes. (Capps, 2000).

La ausencia de fantasía es una de las características fundamentales del autismo, de hecho en la mayoría de los casos se notan diferencias impresionantes entre el juego de un niño con desarrollo normal y el juego de un niño con autismo.

Los autistas con capacidades lingüísticas muy desarrolladas, en especial la comprensión lingüística, logran desarrollar algunos juegos funcionales, aunque siempre tendrán una capacidad subdesarrollada en comparación con los niños normales con el mismo nivel de comprensión verbal. En el caso de los niños con autismo que no presentan lenguaje es difícil encontrar este tipo de juego. Esto indica que el juego simbólico va de la mano con la comprensión lingüística ya que para ambos está implicada la capacidad de utilizar símbolos de representación. (Capps, 2000).

En el juego del autista tampoco se observan formas de simulación complejas, por ejemplo, la de imaginar objetos que no existen, atribuirles sentimientos, emociones, deseos y creencias a personajes simulados, etc. Este tipo de juego tan limitado corresponde a la poca relación que tienen con los objetos. Si se deja a un niño con autismo en una habitación llena de juguetes, es muy probable que los ignore y que lleve a cabo actividades estereotipadas (balanceo, aleteo, girar objetos, etc.) en lugar de implicarse en un juego significativo. Es probable que esto se deba a que el tipo de juego dirigido al objeto (girarlo, apilarlo, alinearlos) que ellos prefieren se puede hacer sin tener que simular mucho. (Hobson, 1993). “En cambio, una representación humana no se puede realizar si no imaginamos las acciones, los objetivos, las percepciones y las emociones de los actores. Es en este sentido en el que la simulación se inserta en una matriz sociocultural, así como cognitiva.” (Capps, 2000, p.49)

Es importante mencionar que cuando a los niños con autismo que presentan lenguaje se les induce al juego con alguna instrucción o algún modelo, ellos realizan mucho más juego simbólico y funcional que cuando se busca que se dé de manera espontánea. (Hobson, 1993).

Tanto los factores sociales como los cognitivos ayudan a entender la falta o empobrecimiento de juego simbólico y funcional que caracteriza a la patología autista. Ese tipo de juego está sumamente vinculado a la actividad social. La observación del uso de los objetos por los otros es fundamental para el juego funcional. Además el juego simbólico incluye muñecos y a otras personas; como se sabe, a los niños con autismo se les dificulta iniciar un contacto social, y tal vez esto se vea reflejado en su juego. Otra cuestión importante es que para ellos es complicado atribuir sentimientos y emociones a los muñecos o personas del juego ya que cuando observan a otros, les parece complicado interpretar las conductas y emociones que los acompañan. (Capps, 2000).

Para que exista el juego simbólico es necesaria una comprensión cognitiva no literal, ya que se dan “...por supuestas situaciones que son contrarias a los hechos; con lo que se renuncia a una interpretación literal” (Capps, 2000, p. 51).

Una de las características del autismo es la literalidad con la que interpretan el mundo que los rodea.

Existen diferentes teorías para explicar el desarrollo de la simulación, es decir, del juego simbólico. Leslie (1987) señala que para poder participar en un juego de simulación es necesaria la capacidad de separar o disociar las propiedades reales de las imaginadas, y atribuir pensamientos y creencias a los demás. A las personas con autismo les falta la capacidad de pensar sobre sus propios pensamientos y sobre los pensamientos de los demás y por lo mismo no pueden construir situaciones imaginarias. (Capps, 2000).

De acuerdo a lo anterior se puede concluir que una de las deficiencias propias del autismo es la carencia de juego simbólico. Para que éste aparezca es necesario que esté presente el pensamiento abstracto así como la conciencia de las demás personas y las convenciones culturales que organizan sus vidas. En el autismo, todas éstas presentan fallas, de ahí la carencia de este tipo de juego.

- **Desarrollo y Habilidades Sociales**

Se sabe poco acerca del desarrollo social de los niños con autismo antes de los tres o cuatro años de edad ya que la patología suele diagnosticarse entre los dos o tres años. Sin embargo, Adrien, et al. (1991) y Osterilng y Dawson (1994), en (Capps, 2000) realizaron estudios en donde analizaron videos de los primeros años de vida de los niños con autismo y los compararon con los de niños que no tenían el trastorno. A pesar de que se encontraron pocas diferencias, los niños con autismo tendían a participar menos en la interacción cara a cara con sus padres o con otros niños. También eran menos propensos a seguir los gestos de señalar y a levantar la vista cuando alguien decía su nombre.

En otro estudio, Johnson, et al. (1992) encontraron que aproximadamente a los 18 meses de edad empiezan a destacarse los problemas de desarrollo social en niños que posteriormente son diagnosticados con autismo. Dentro de estos problemas se encuentran los pocos inicios de intercambios sociales y la poca receptividad a los esfuerzos para la participación en formas de interacción sencillas, todo esto en comparación con niños sin el diagnóstico. (Capps, 2000)

En el mismo estudio se demostró que los niños con autismo de entre 3 y 4 años de edad disfrutaban la interacción diádica tanto con sus cuidadores como con extraños. Estos descubrimientos coincidían con los informes de los padres. Sin embargo esto sólo sucedía cuando los adultos participaban activamente con ellos. Cuando la interacción social no estaba bien estructurada, los niños con autismo no participaban mucho y tendían a deambular sin objetivo, demostrando poco interés por las personas y los juguetes.

En cambio, la interacción triádica (combinar la atención hacia otra persona con la atención hacia un objeto) es deficiente en todos los casos de autismo. Ellos rara vez levantan la vista hacia sus cuidadores cuando interactúan con juguetes, no comparten sus experiencias con los demás, se centran en el objeto. Asimismo, para los niños con autismo es difícil iniciar interacciones triádicas y tampoco responden cuando alguien los incita a participar en ellas. Es importante mencionar que los niños con el trastorno buscan la atención del otro levantando la vista cuando necesitan algo, es solo así que participan en este tipo de interacción. (Capps, 2000).

Otro problema que presentan los niños con autismo está relacionado con la atención conjunta³. Ellos rara vez responden a la mirada o a los gestos indicativos de otra persona y no imitan a los otros. Todas estas acciones desempeñan una función elemental en la creación de conexiones y relaciones íntimas con las personas, y en la de una visión común del mundo exterior. (Capps, 2000).

Los niños con autismo tampoco miran a la cara en busca de información, es decir, no toman las expresiones faciales de otros como referencia. Generalmente ante una situación adversa, los niños con desarrollo normal y aquellos que presentan retraso mental se guían por las reacciones faciales de sus padres o cuidadores para entender que es lo que está pasando. En cambio los niños con autismo no utilizan esto como referencia y no lo toman en cuenta para orientar su conducta. Además, ellos no suelen recurrir a otra persona con el fin de comprender alguna situación confusa. Esto indica que ellos carecen o del interés y

³ Este concepto será explicado más adelante en el apartado de "Teorías cognitivas acerca del autismo".

la capacidad o de la voluntad de leer las expresiones faciales de los demás. (Capps, 2000).

Estas conductas de referencia social insuficiente limitan el acceso a la información que es relevante para una situación determinada, además de que reducen la participación de la persona autista en la creación de un significado compartido. Así, estos niños no pueden aprender a través de otras personas la manera de responder ante ciertas situaciones u objetos, lo que da un sentido de pertenencia a una comunidad cultural. (Capps, 2000)

Por otro lado y de acuerdo a múltiples estudios, se ha comprobado que los niños con autismo manifiestan una clara preferencia por interactuar con sus padres o cuidadores antes que hacerlo con extraños. Además ellos suelen reaccionar con angustia cuando se les deja en un lugar desconocido o ante el abandono de la persona a su cargo. Sin embargo sus respuestas, ante situaciones extrañas, tienden a ser menos dolorosas que las de los niños con desarrollo normal. (Capps, 2000)

Asimismo, los niños autistas muestran respuestas positivas cuando se reúnen con sus cuidadores. Ellos suelen acercárseles, en ocasiones sonríen e incluso inician contacto físico. Estas conductas suelen ser más moderadas si se comparan con las de niños sin autismo, cuya conducta típica es la de correr y buscar contacto intenso. (Capps, 2000)

En cuanto a la estabilidad afectiva de los niños con autismo se puede decir poco, sin embargo, parece que sí es posible que desarrollen relaciones estables con lo demás de acuerdo a la que demuestran con sus madres o cuidadores. Es importante tomar en cuenta las características tanto del niño como de los padres para poder desarrollar vínculos afectivos estables. Estos generalmente se generan cuando las madres son más sensibles a sus hijos ya que ellos se vuelven más receptivos. (Capps, 2000)

Los descubrimientos referentes a la estabilidad afectiva exigen una visión diferenciada de los modelos de funcionamiento, es decir, los modelos de relaciones que los individuos obtienen de sus primeras formas de interacción con las personas que los cuidan y que organizan los modos de relación futuros.

Aunque algunos niños con autismo tienen relaciones estables con sus padres, no se puede suponer que ellos construyan sus futuras relaciones de acuerdo a esto. La naturaleza de la patología excluye el desarrollo de tales modelos porque para ello es necesario adoptar la perspectiva de otra persona, insuficiencia clara en el autismo. Así, se puede decir que además de formar una relación afectiva temprana estable, el individuo necesita desarrollar una comprensión y una apreciación de las perspectivas de los demás para poder disponer de un buen modelo de funcionamiento de las relaciones. (Capps, 2000)

Como ya se ha visto la comprensión social es algo que falla en el autismo. Es por esto que se espera que tengan dificultades al momento de abordar conflictos interpersonales así como de autocontrol. Esto es consecuencia de una menor conciencia de las normas sociales y por lo tanto una menor motivación para cumplirlas. Debido a esto, puede ser complicado establecer las formas más simples de control de conducta, y por lo mismo los niños con autismo desarrollan lentamente las maneras regulares de dormir, comer y sus hábitos de aseo personal. (Capps, 2000)

Estos niños suelen ser poco sensibles a las prohibiciones, y tienen dificultades para el autocontrol. Es probable que esto se deba al reducido repertorio de estrategias alternativas (persuasión) que poseen para alcanzar sus objetivos; lo cual no debe sorprender ya que los poderes de persuasión surgen de la capacidad de inferir las intenciones de los demás e influir en ellas. (Capps, 2000).

Las carencias que presentan los niños con autismo de conductas de interacción social contribuyen a la poca conciencia interpersonal y cultural que constituye la principal característica distintiva del autismo. Esta conciencia es también el fundamento del lenguaje que es de vital importancia para la construcción de un significado compartido y para entablar relaciones.

Todos los aspectos cognitivos del autismo revisados anteriormente se intentan explicar desde diferentes teorías cognitivas que han surgido con el fin de aclarar de mejor manera la patología.

2.1.b TEORÍAS COGNITIVAS ACERCA DEL AUTISMO

El surgimiento de las explicaciones cognitivas del autismo se dio a partir de que Hermelin y O'Connor (1970) en (Happé, 1996), compararon el autismo con otras formas de discapacidad mental y sensorial (ceguera y sordera). Una de las primeras suposiciones que hicieron fue que podía haber impedimentos específicos más allá de un nivel bajo de CI debido a un daño cerebral. Su trabajo demostró que ni un retraso general ni un problema periférico de entrada podían explicar el patrón de dificultades específico del autismo. Ellos aplicaron modelos de procesamiento de la información al estudio de desordenes del desarrollo, distinguiendo el procesamiento central de los procesos de entrada y salida. Los datos recabados de estos modelos sugirieron que todos, pero en particular los procesos centrales, eran anormales en el autismo.

Después de O'Connor y Hermelin, surgieron muchas aproximaciones teóricas que buscaban aquello específico al autismo usando grupos control para sustraer los efectos generales del retraso mental y del desarrollo. Actualmente existen tres grandes aproximaciones cognitivas que han atraído mucho interés: las teorías de déficit en la cognición social, las teorías de las fallas en la función ejecutiva y las teorías de la coherencia central débil. A continuación se explicarán cada una de ellas.

- **Teorías de las dificultades sociales**

La idea de que la raíz del autismo se encuentra en un desorden de la comprensión social ha sido la explicación cognitiva más exitosa hasta el momento. Esta idea central ha sido objeto de múltiples discusiones y actualmente muchas teorías cognitivas intentan explicar el desarrollo secuencial y fundamental que causa la dificultad social cognitiva, tema principal de las discrepancias. Sin embargo existe el común acuerdo de que tres áreas de interacción social temprana que posteriormente median el desarrollo de la interacción social, son las que se ven perturbadas en el autismo: la capacidad para establecer relaciones interpersonales, la atención conjunta y la imitación.

Hobson (1986a, b, 1993) en (Happé, 1996), sugirió que los niños autistas carecen de la capacidad para establecer relaciones interpersonales. Él asumió que la falla en coordinar perspectivas afectivas (como se sienten ellos y otros hacia un blanco de atención compartida) era la base de los impedimentos sociales del autismo. Sus argumentos sostenían que en lo niños con desarrollo normal era precisamente este tipo de relaciones emocionales las que fundamentaban el entendimiento social; y que, caer en cuenta de que los otros son como él basándose en la observación o expectación de estados psicológicos expresados por medio del cuerpo, era fundamental para las habilidades sociales de un niño.

También se han estudiado las anormalidades en el reconocimiento de las expresiones sociales en niños con autismo. Hobson *et al.* (1988) en (Happé, 1996), encontraron que ellos tenían mayor dificultad que el grupo control al combinar la modalidad cruzada de las emociones (por ejemplo, la cara con la voz), no sucediendo esto con estímulos no emocionales (por ejemplo, el sonido y la imagen de una cascada). Sin embargo los hallazgos más importantes no son concernientes a que tan bien, un niño con autismo, reconoce emociones sino cómo es que lo hace. Por ejemplo, los investigadores encontraron que cuando se les mostraban fotos que presentaban caras que se iban quedando sin expresión de manera progresiva, el procesamiento de la identidad en los niños con autismo y en los del grupo control se veía afectado, no obstante afectaba de manera más abrupta el reconocimiento de emociones en los primeros.

La atención conjunta, cuando se comparte el centro de atención al alternar la mirada (y a veces al apuntar), entre un objeto y otra persona, es otra habilidad social que se adquiere de manera temprana en niños sin autismo y de la cual aparentemente los niños con autismo carecen. También la referencia social, otro tipo de comportamiento similar, implica que el niño relacione la expresiones emocionales de otra persona a objetos novedosos del mundo (por ejemplo, si la madre expresa miedo ante un objeto, el niño no se acercará de nuevo a éste). Sigman, Mundy y colegas (Mundy *et al.*,1993) en (Happé, 1996), han explorado los problemas en la interacción social preverbal enfocándose principalmente en la atención conjunta. Ellos encontraron que las fallas al compartir la mirada de una

manera comunicativa, al coordinar contacto visual y las expresiones emocionales, al tomar información de las reacciones de los otros, y al responder ante expresiones negativas parecen ser características del autismo. De acuerdo a estudios recientes, la falla en atención conjunta (señalar y apuntar o seguir un señalamiento) parece ser uno de los marcadores más tempranos del autismo. Sin embargo, apuntar a ésta como una causa del autismo es todavía precario. (Baron-Cohen et al., 1992 en Happé, 1996).

El tercer comportamiento temprano que forma las bases del desarrollo social tardío es la imitación. Meltzoff (1988) y Meltzoff y Moore (1977) en (Happé, 1996), han demostrado que incluso los recién nacidos imitan algunas expresiones faciales (abrir la boca, sacar la lengua), habilidad aparentemente innata. Meltzoff y Gopnik (1993) en (Happé, 1996), sugirieron que, para un niño con desarrollo normal, esa imitación es efectiva como instrucción de entendimiento social ya que puede traer contagio social; al asumir la misma expresión facial, el infante puede compartir la emoción que el otro siente. Entonces, una falla en la imitación temprana puede afectar de manera severa el curso del desarrollo social. Meltzoff y Gopnik tienen la hipótesis de que los niños autistas carecen de imitación social temprana, que es el estado inicial para la comprensión social posterior.

Rogers y Pennington (1991) en (Happé, 1996), también sugieren que un déficit biológico básico en la imitación puede ser la causa subyacente de la falla posterior al compartir afecto con los cuidadores. Ellos han revisado evidencia empírica concerniente a la imitación y el autismo, y han reportado algunas dificultades en la imitación voluntaria compleja que se muestra más adelante en la niñez y la adultez. Por otro lado, Charman y Baron-Cohen (1994) en (Happé, 1996), encontraron que los niños con autismo no presentaban problemas en la imitación postural y gestual, sin embargo, hasta ahora no hay evidencia de que los niños sin autismo carezcan de la imitación neonatal. Tampoco es claro que este tipo de imitación se apoye en las mismas capacidades cognitivas que la imitación voluntaria posterior.

Como se puede observar existen múltiples estudios que fundamentan a la comprensión social como posible raíz del autismo y como se dijo anteriormente,

más de una teoría intenta sostener esto. Dentro de estas teorías se encuentra la teoría de la mente que se explicará a continuación.

LA TEORÍA DE LA MENTE

Esta propuesta es probablemente la más influyente respecto al tema de la comprensión social. En 1985, Simon Baron-Cohen, Alan Leslie y Uta Frith plantearon que el autismo era el resultado de una incapacidad para atribuir estados mentales independientes a otros. Al respecto Baron-Cohen (1993) citado en (Martos, 1997, p.191), dice lo siguiente:

Una teoría de la mente –dice Baron-Cohen- nos proporciona un mecanismo preparado para comprender el comportamiento social. Podríamos predecir que si a una persona le faltara una teoría de la mente, es decir, si una persona estuviera ciega ante la existencia de estados mentales, el mundo social le parecería caótico, confuso, y por tanto, puede ser que incluso le infundiera miedo. En el peor de los casos, esto podría llevarle a apartarse del mundo social completamente, y lo menos que podría suceder es que la llevara a realizar escasos intentos de interacción con las personas, tratándoles como si no tuvieran “mentes”, y por tanto comportándose con ellas de forma similar a la que lo hacen con los objetos inanimados.

Más que ser una herramienta científica la teoría de la mente es una herramienta práctica. Todos los adultos *normales* la poseen y la utilizan para predecir las relaciones entre los estados externos de las cosas y los estados mentales internos. A esa capacidad se le denomina *mentalización*, la cual es inconsciente y automática; es lo que se hace cuando se le atribuyen estados mentales a los demás para predecir su conducta. Para comprender lo que sucede en la mente de los otros, es necesario realizar una especie de lectura inconsciente del pensamiento. Se hacen inferencias acerca de lo que se observa e incluso éstas se extienden a los tipos de estados emocionales. Todo esto se produce sin que haya consciencia de la lectura de pensamiento que se está llevando a cabo; es inevitable atribuir intenciones, conocimientos y sentimientos a los demás. (Frith, 2004).

Es precisamente para la *mentalización* para lo que no están automáticamente preparadas las personas con autismo. De hecho ésta les resulta extraña y muchas veces se refieren a cierta incapacidad para comprender los pensamientos y sentimientos ajenos. Se pueden explicar muchas de las deficiencias sociales y comunicativas del autismo a partir de ésta, por lo que resulta sumamente atractiva para aquellos interesados en el estudio del trastorno. (Frith, 2004).

La teoría de la mente como explicación al autismo surgió de la idea de que el bebé poseía un mecanismo desde el nacimiento para acumular conocimientos sobre características importantes del mundo, así como expectativas innatas relativas a los objetos y a las personas. Si estos mecanismos no funcionaban, el desarrollo se torcería y se produciría el autismo. Alan Leslie pensaba que el mismo mecanismo era responsable de la capacidad de simular, lo que concordaba bien con el hecho, basado en la observación, de la falta de juego simbólico en los niños con autismo. (Frith, 2004).

La capacidad de simular es evidencia de que el niño de dos años no solamente posee *representaciones primarias* de las cosas como realmente son, sino que también posee *metarepresentaciones* que le permiten fingir. Leslie sugirió que el niño debía poseer dos tipos de representación para evitar un *abuso representacional* (representational abuse), es decir, la obstrucción del simular sobre el saber real.

La capacidad de los bebés para aprender características del mundo se debe a que su cerebro es capaz de formar copias o representaciones de las personas, las cosas y los acontecimientos. Esas representaciones llevan el mundo a la mente. En el segundo año de vida, los niños son capaces de elaborar metarepresentaciones de lo que los demás tratan de comunicarles. La mente crea estas nuevas formas de representación mediante un mecanismo innato que *desacopla* las representaciones de la realidad, éstas dejan de ser copias del mundo real y se pueden unir a los deseos, los pensamientos o los recuerdos personales. Es a través del desacoplamiento que se es libre para pensar las representaciones por sí mismas y jugar con ellas en la imaginación.

De acuerdo a Leslie una metarepresentación es una relación que incluye cuatro elementos:

Agente-----Relación Informativa-----Anclaje-----“Expresión”

En un ejemplo concreto el contenido podría ser:

Pedro-----Supone-----que este plátano-----“Es un teléfono”

El elemento “expresión” está entre comillas para indicar que se mantiene separado (desacoplado) de la realidad. El pensamiento desacoplado, en lugar de hacer referencia a la realidad, como es habitual, pasa a formar parte de los pensamientos y experimenta un cambio de significado. Entonces, las representaciones primarias perceptivas se desdobl原因 cognitivamente para hacer una metarepresentación.

La ausencia de “*hacer creer*” (make believe) en los niños con autismo llevó a Leslie a realizar la hipótesis de que ellos no pueden efectuar metarepresentaciones. Éstas últimas no son únicamente necesarias para simular, sino que también son importantes para representar otras relaciones informativas o actitudes propositivas, tales como pensar, desear, creer, tener esperanza, etc. Esta hipótesis generó una predicción, posible de examinar, acerca de la discapacidad social en el autismo: si los niños autistas no simulaban por la falta de metarepresentaciones, entonces debían de ser incapaces de atribuir estados mentales a las personas y a ellos mismos, ya que éstos también requieren de metarepresentaciones.

A partir de ésta hipótesis se han realizado investigaciones acerca de la naturaleza del déficit social en el autismo con el fin de probarla. Estas exploraciones comparan a los niños que presentan el trastorno con niños con desarrollo *normal* o con Síndrome de Down para analizar cómo es que se da, en ambos grupos, aquello referente a la teoría de la mente. A continuación se presentan algunos de los métodos utilizados.

- Sally y Ana

Este método fue adaptado por Simon Baron-Cohen para sostener la idea de que a partir de los cuatro años los niños eran capaces de comprender de modo explícito que otras personas pudieran tener una creencia falsa y en consecuencia predecir su conducta. (Wimmer, H. Perner, J., 1983, en Frith, 2004). Baron-Cohen utilizó dos muñecas (ver figura 1), Sally y Ana para la creación de una pequeña escena: Sally tiene una canasta, y Ana una caja. Sally tiene una canica y la guarda en la canasta. Después desaparece de la escena. Ana coge la canica de Sally y la guarda en su caja mientras Sally no está. Ésta vuelve a la escena y quiere jugar con la canica. En ese momento se hace la pregunta crítica: -¿Dónde va a buscar Sally su canica?-. La respuesta es en la cesta ya que ella cree que está ahí porque no presenció el momento en que Ana la cambió de lugar, entonces cree que sigue estando ahí.

Este método arrojó resultados sorprendentes, la mayor parte de los niños con desarrollo normal y con Síndrome de Down dieron la respuesta correcta, es decir, señalaron la canasta. En cambio, prácticamente todos los niños con autismo señalaron la caja, no tomaron en cuenta la creencia falsa de la muñeca.

A partir de éstos resultados, surgió la duda de que probablemente los niños con autismo no querían atribuir una creencia falsa a otra persona, por lo que se decidió llevar a cabo el experimento que se presenta a continuación. (Frith, 2004).



Figura 1. Experimento de Sally y Ana

- El lapicero en la caja de “*smarties*”

Esta tarea tenía como fin que los propios niños experimentaran lo que significa tener una creencia falsa. Para llevarla a cabo se utilizó un recipiente de caramelos (un tubo) bien conocido por todos los niños que participaban en el experimento. Ellos esperaban que hubiera caramelos en el tubo y todos se sentían decepcionados cuando salía un lapicero. Los niños con autismo sabían que había un lápiz en el tubo en lugar de los dulces, sin embargo, cuando se les preguntaba qué diría un niño nuevo, recién llegado, para hacer la prueba por primera vez, ellos respondían erróneamente: un lápiz. (Frith, 2004).

Los niños que fallaron se daban cuenta de que ellos mismos habían pensado, equivocadamente, que habría dulces en el tubo. Recordaban lo que habían dicho cuando se les preguntó, pero no comprendían del todo por qué habían creído que habría dulces. La razón es que el tubo era un recipiente de dulces por lo que cabría esperar que los contuviera. Sin embargo, los niños con autismo no se daban cuenta de que cualquier otra persona cometería el mismo error por la misma razón que ellos lo habían cometido. (Frith, 2004).

Así como los dos experimentos anteriores, se han realizado muchos más con el fin de comprobar la teoría de la mente. Éstos han arrojado resultados que indican que la mentalización exige una clase de capacidad muy distinta de la que interviene en el pensamiento causal y mecánico, como el que utilizan los niños con autismo. También se dedujo que la dificultad para los autistas no reside en realizar inferencias en general, sino que tiene que ver específicamente con el pensamiento sobre los estados mentales; además dicho mecanismo mental actúa como un módulo mental independiente y si esto es así, tendría que existir una base nerviosa específica en algún lugar del cerebro. Una disfunción de esta base neural podría ser la causa del fracaso de los niños con autismo. (Frith, 2004).

Hay algunos estudios realizados con imágenes cerebrales que suministran pruebas directas de la idea de que la actividad cerebral durante la mentalización es más débil en las personas con autismo que en las que tienen un desarrollo normal, lo que refuerza las hipótesis de la teoría de la mente. (Frith, 2004).

La idea de que en el autismo exista un déficit para la mentalización parece apropiada de acuerdo a la triada de impedimentos que se dan en la patología a nivel conductual: imaginación, comunicación y socialización. (Schopler, 1995).

Esta idea hace sentido en cuanto a los patrones particulares de las dificultades en socialización, que son más sorprendentes en la falta de una reciprocidad social emocional, y que dejan intacto el deseo de la interacción social y el contacto físico simple. Así, mientras que los niños con autismo disfrutan los juegos bruscos con sus padres, carecen de conductas de atención conjunta que al parecer involucran el estado mental de otros. (Schopler, 1995).

Como ya se ha visto anteriormente, en el autismo, las dificultades en la comunicación muestran patrones muy particulares de fortalezas y debilidades: la comunicación codificada es posible, mientras que una comunicación en donde se tenga que inferir algo es imposible sin la mentalización. Además, la falta de una teoría de la mente puede ser responsable de las dificultades y los retrasos en la adquisición del lenguaje, debido a la imposibilidad de leer palabras inferidas y por referencia a la intención del hablante. (Schopler, 1995).

En cuanto a la imaginación, la falta de juego simbólico, como ya se vio anteriormente, evidencia la falta de una teoría de la mente en el autismo.

Así como la teoría de la mente explica la triada autista es posible usarla para “entrar en la mente” de una persona con el padecimiento. Si ellos carecen de la habilidad de “pensar en sus pensamientos” y en los de los otros, entonces es como si fueran turistas en su propio país, ya que el mundo es social. El llevar a cabo o presenciar ciertas conductas o acciones nos hace sentido debido a que entendemos los estados mentales. Sin una teoría de la mente, el mundo debe de ser aterrador e impredecible, es por esto que los niños autistas suelen pelear contra éste o aislarse. (Schopler, 1995).

Muchos de los comportamientos tan extraños de las personas autistas pueden ser comprendidos de mejor manera si se recuerda que no pueden “leer la mente” de la misma manera que lo hacen las personas con desarrollo normal. Para ayudar a una persona con ceguera de la mente es necesario introducir cierta regularidad en el mundo social explicándole de manera explícita algunos aspectos

de la interacción social que de otra manera no notaría y enseñándole, situación por situación, estrategias para que pueda enfrentar situaciones nuevas. (Schopler, 1995).

En relación con las dificultades de atención, es apropiado partir desde “donde está el niño”, es decir, desde su propio foco de interés y empezar así con el fomento de atención conjunta. Este foco de interés debe de irse ampliando poco a poco para introducir aspectos relevantes a los que antes no se les prestaba atención. (Martos, 1997).

A pesar de los éxitos alcanzados, esta teoría también tiene ciertas limitaciones. Primero está el hecho de que entre el 15 y el 55% de los grupos experimentales con autismo aprueba las tareas de creencia falsa de primer orden. Generalmente estos niños presentan más lenguaje que aquellos que fallan. Es posible explicar su éxito suponiendo el uso de estrategias específicas para la tarea, que de hecho no recaen en la atribución de estados mentales, sin embargo hay evidencia de que al menos algunos que pasan dichas tareas poseen la habilidad de “pensar en pensamientos” y sentimientos. Algunos individuos muestran evidencia de poder leer la mente en la vida cotidiana, y se desempeñan bien en ciertos rangos de tareas de comunicación y socialización. Aparentemente los individuos con síndrome de Asperger se distinguen por tener una mejor perspicacia social, sin embargo, también presentan dificultades sociales cotidianas; esto puede ser consecuencia de un retraso en la adquisición de la perspicacia social o de algún otro impedimento que restringe el uso de las habilidades de la teoría de la mente. Hasta ahora ningún niño con autismo ha demostrado la atribución de estados mentales a una edad cronológica y mental apropiada. (Schopler, 1995).

Otro problema de la teoría concierne a las habilidades sociales básicas que normalmente aparecen muy temprano en la vida, y que aparentemente faltan en algunos casos de autismo. Las dificultades en estas habilidades no se explican de manera sencilla como el resultado de una mentalización defectuosa que se asume se recarga en un mecanismo que madura mas tarde. Klin et. Al. (1992) en (Happé,

1996), encontraron déficits en habilidades sociales tempranas como alzar los brazos con la esperanza de ser cargado, en un grupo de niños con autismo.

La tercera limitación importante de la teoría de la mente tiene que ver con los aspectos no sociales del autismo. Ciertas características clínicas de la patología, como el repertorio de intereses tan restringido, las estereotipias de palabras y acciones, y los patrones de habilidades cognitivas han recibido poca atención de la investigación hasta el momento. Recientemente Turner (1996) en (Happé, 1996), realizó un estudio en el cual mostró que el grado de conductas repetitivas en el autismo no estaba relacionado a una teoría de la mente o al CI. De hecho algunos tipos de conductas repetitivas (tics y problemas motores) eran más severos en aquellos niños con mayores habilidades verbales, muchos de los cuales aprobaban las tareas de la teoría de la mente. Estos datos sugieren que las conductas repetitivas no pueden ser secundarias a otros problemas cognitivos y requieren de explicaciones. Además, al menos algunos de los déficits y habilidades no sociales descritas son específicos al autismo, como lo ha demostrado la experimentación en aprendizaje y memoria.

Otra cuestión que no ha sido explorada todavía, es si el problema de la teoría de la mente tan característico del autismo es de hecho específico a este grupo. Algunas personas que no presentan el trastorno pero si problemas de aprendizaje leves, fallan en las tareas experimentales de creencias falsas, sin embargo esto parece no tener mucha relación con su perspicacia social cotidiana. Los niños con desordenes de conducta muestran algunas peculiaridades en atribuir estados mentales en las pruebas y en la vida real, tal vez mostrando una atribución negativa parcial. En adultos con síndrome de Tourette, un desorden en el cual un déficit en una función ejecutiva ha sido indicado, la teoría de la mente parece estar intacta al menos en un nivel de primer orden. (Schopler, 1995).

Por otro lado, la teoría de la mente es considerada por algunos como una “fría descripción del desarrollo de la comprensión social sugerido por quienes se adhieren al término *theory of mind*” (Martos, 1997, p. 194). Debido a esto Brothers (1995) en (Martos, 1997), acuñó el término “*hot theory of mind*” para dar cuenta del componente afectivo en la comprensión social.

Recientemente, Baron-Cohen y Ring (1994), propusieron ciertas modificaciones a la teoría propuesta por Leslie con el fin de incorporarle los hallazgos de las investigaciones evolutivas y neurológicas. Esta nueva concepción agrega tres nuevos módulos funcionales que maduran evolutivamente antes del acceso a la metarepresentación (ver figura 2): *detector de intencionalidad* (ID), *detector de la dirección de la mirada* (EDD) y *mecanismo de atención compartida* (SAM). Estando este último alterado en las personas con autismo. (Martos, 1997)

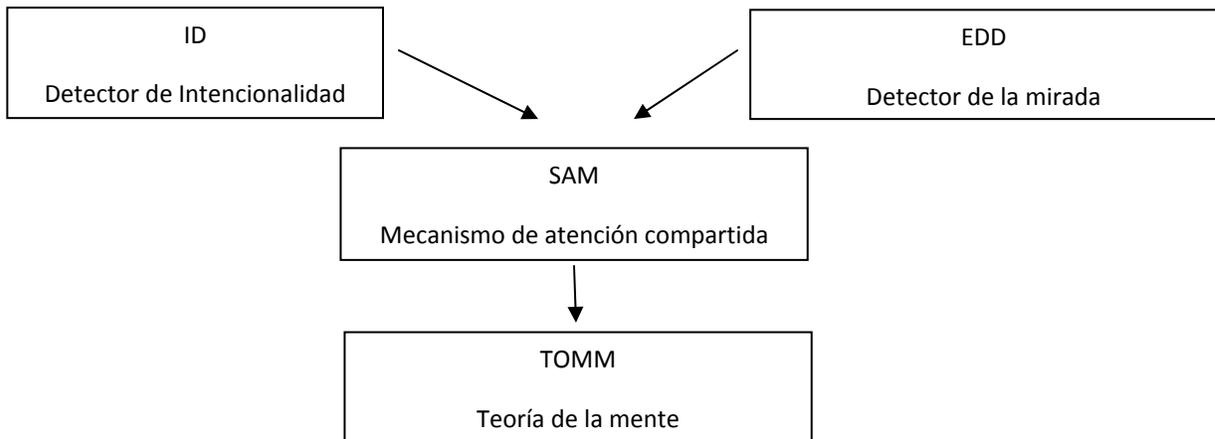


Fig. 2. Componentes del Sistema de Lectura de la Mente (adaptado de Baron-Cohen y Ring, 1994, en Martos, 1997)

Como ya se dijo anteriormente y como se puede observar a partir del análisis que se llevó a cabo de la teoría de la mente, ésta juega un papel sumamente importante en el estudio del autismo ya que explica, basándose en la teoría cognitiva, algunas de las fallas en la triada autista. Además, en lo que concierne al tratamiento adaptativo del autismo, esta teoría busca un mayor acercamiento con los niños utilizando como referencia las bases teóricas que la fundamentan. Sin embargo, como se expresó en los últimos párrafos de su exposición, esta teoría no logra explicar algunos aspectos fundamentales del autismo por lo que es necesario conocer otras que intentan hacerlo.

- **Teorías de las fallas en la función ejecutiva**

Además de las dificultades que presentan los autistas en cuanto a socialización, comunicación e imaginación, una característica que incluye cualquier diagnóstico

de la patología son los patrones de conducta restringidos, repetitivos y estereotipados. Se ha observado que algunas personas que presentan daños en el lóbulo frontal muestran conductas perseverantes y repetitivas parecidas a aquellas que se manifiestan en el autismo. Esto ha impulsado el surgimiento de la segunda teoría cognitiva más importante del autismo. Esta teoría recurre a la unión establecida por los estudios neuropsicológicos entre el cerebro y la conducta, proponiendo a la función ejecutiva como candidato potencial a déficit primario en el autismo. (Schopler, 1995).

La definición más común y completa de una función ejecutiva es la siguiente:

Es un constructo cognitivo usado para describir las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales (Duncan, 1986). Ha sido definida como la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura (Luria, 1966). Las conductas de función ejecutiva incluyen la planificación, el control de impulsos, inhibición de respuestas inadecuadas, búsqueda organizada y flexibilidad de pensamiento y acción. Toda conducta de función ejecutiva comparte la habilidad para “desprenderse” del entorno o el contexto inmediato o guiarse por modelos mentales o representaciones internas (Dennis, 1991). (Martos, 1997, p.195).

Las personas que tienen daño en los lóbulos frontales suelen presentar fallas en la función ejecutiva tales como: habla o movimientos repetitivos y desorientados; dificultad para inhibir respuestas familiares u obvias; repetición inapropiada de pensamientos y acciones previas; y una capacidad reducida de planeación. También suelen presentar deficiencias en el procesamiento de la información, por ejemplo, tienden a enfocarse en un solo aspecto de ésta; presentan dificultades para relacionar e integrar detalles aislados de la misma; tienen problemas al manejar información simultánea o que viene de diferentes fuentes; así como una habilidad reducida para aplicar o actuar, de una manera significativa, de acuerdo al conocimiento. (Schopler, 1995).

Como se puede observar muchas de las características del autismo están sumamente relacionadas con aquellas que son producto de una lesión o de algún

daño en los lóbulos frontales. Este hecho ha atraído la atención de investigadores del tema que han realizado muchos estudios con el fin de probar esta teoría.

Antes de que se empezara con la investigación formal de la función ejecutiva, se publicaron algunos casos en dónde se evidenciaban fallas de la misma. El primero de éstos fue publicado en 1945 por Sheerer, Rothmann y Goldstein. Ellos describieron las características clínicas y los resultados de la valoración de un adolescente con autismo. Los autores atribuyeron las dificultades académicas, cognitivas y sociales del joven, a una imposibilidad relativa a la cuestión abstracta. Goldstein, quien era neuropsicólogo, consideraba al lóbulo frontal el lugar en donde se llevaban a cabo las funciones del pensamiento abstracto. A pesar de que en ese momento esto no se estudió a fondo, la explicación que se dio representa la primer teoría del lóbulo frontal del autismo. (Schopler, 1995).

En otro estudio de caso, Steel, Gorman y Flexman (1984), en (Schopler, 1995), examinaron las habilidades en la función ejecutiva de un adulto con autismo de alto rendimiento. El sujeto tuvo un desempeño en el rango promedio a superior en las evaluaciones analíticas espaciales y no verbales, y fue ligeramente más bajo de la media en las pruebas de memoria y lenguaje; sin embargo mostro déficits severos en las medidas de la función ejecutiva que incluía la *Prueba de Clasificación de Cartas de Wisconsin* (Wisconsin Card Sorting Test, WCTS) y la de los *Laberintos de Porteurs* (Porteus Mazes). El sujeto tuvo respuestas perseverantes y sus estrategias para resolver problemas fueron rígidas y poco flexibles.

Los primeros estudios de las funciones ejecutivas que se llevaron a cabo utilizando grupos control, fueron realizados a adultos con autismo por Rumsey y colegas (1985, 1988, y 1990) en (Schopler, E, 1995). En el estudio realizado en 1985 se encontró que el desempeño en la prueba WCTS de un grupo de hombres con autismo, lenguaje y sin retraso, era más perseverante que aquel llevado a cabo por el grupo control de edad, sexo y CI idéntico. En un segundo estudio se aplicó una batería neuropsicológica de comprensión a un grupo de hombres con autismo de alto rendimiento y se encontró nuevamente un déficit en la función

ejecutiva. El desempeño en la WCTS fue también deficiente en relación al grupo control, esta vez en términos del número de categorías logradas, como la habilidad de completar una tarea de búsqueda planeada. Estos problemas relativamente severos eran específicos al dominio de las funciones ejecutivas, mientras que otras habilidades neuropsicológicas resultaron ligeramente afectadas o sin problema alguno. Cuando se compararon las destrezas en la función ejecutiva entre hombres con autismo de alto rendimiento e individuos con dislexia severa, se encontraron resultados semejantes.

Los estudios de la función ejecutiva y autismo en niños fueron realizados por primera vez en 1990 a cargo de Prior y Hoffman (Schopler, 1995). Ellos administraron medidas de la función ejecutiva a niños con autismo y habilidades de inteligencia en un rango *limítrofe* (border-line). Los niños con autismo se desempeñaban significativamente más bajos que los que tenían una edad mental y una edad cronológica igual (grupos control), en las pruebas de WCST y laberintos, demostrando déficits en la planeación y el uso de retroalimentación para cambiar de manera flexible sus estrategias de resolución de problemas. Los autores notaron que a los sujetos autistas se les dificultaba aprender de sus errores mientras que a los controles no; los primeros usaban estrategias no adaptativas una y otra vez, cometiendo los mismos errores y presentando incapacidad para crear una estrategia que sobrepasara las dificultades. El grupo con autismo se desempeñó igual que el control en las pruebas de *copia de diseño* (design-copying). Sin embargo, los autores notaron que la manera de llevar a cabo la tarea de copiado de los grupos conformados por niños con autismo era más desorganizada que la manera en la que lo hacían los grupos control; los niños con autismo también tendían a enfocarse en detalles, en lugar de englobar la figura al copiar el diseño.

Un estudio reciente examinó un amplio rango de procesos neuropsicológicos, que incluía las funciones ejecutivas, con el fin de explorar los déficits específicos y universales del autismo, y por lo tanto potencialmente primarios al desorden. Ozonoff et al. (1991) en (Schopler, 1995), compararon a un grupo de niños con autismo, que presentaban lenguaje y que no tenían retraso,

con un grupo control conformado por niños de edad, sexo, estatuto socioeconómico y CI igual al primer grupo. A ambos grupos se les aplicó una batería de comprensión que incluía mediciones para la función ejecutiva, teoría de la mente, percepción emocional, memoria verbal, y habilidades espaciales. Los déficits en la función ejecutiva fueron los más comunes entre los individuos con autismo, mientras que los de la teoría de la mente fueron localizados únicamente en aquellos sujetos con edad mental verbal más baja. Además, la Torre de Hanoi, un test que mide la función ejecutiva, fue capaz de discriminar entre los grupos y predecir de manera correcta a qué grupo pertenecía cada niño. El desempeño en esta prueba clasificó de manera correcta al 80% de los sujetos en el grupo al que pertenecía. Por otro lado, las variables de la teoría de la mente, no clasificaron bien al 35% de los individuos autistas, mientras que otras variables neuropsicológicas (memoria, percepción emocional, habilidades espaciales, etc.) predijeron la pertenencia a cada grupo prácticamente de manera casual.

Una investigación realizada recientemente examinó la función ejecutiva en niños con autismo de entre 3 y 7 años comparándolos con un grupo control. A ellos se les administraron las siguientes tareas: A-no-B de Piaget, respuesta retardada, inversión espacial y de alternancia. Los resultados más significativos, por la diferencia de resultados que hubo entre los grupos, correspondieron a las tareas de inversión espacial, en lo referente a la función ejecutiva y a la atención conjunta. (Schopler, 1995).

La serie de estudios presentados anteriormente proporciona el soporte empírico que prueba la existencia de un déficit en la función ejecutiva de los individuos con autismo dentro de un amplio rango de edad cronológica y mental. Esto sugiere que un problema en la función ejecutiva puede ser el déficit central del autismo. Sin embargo, es importante conocer cómo las dificultades en este campo se relacionan con los síntomas del desorden, así como la manera en que éstas repercuten en el patrón de conductas que caracterizan a la patología.

Además de regular las funciones ejecutivas, los lóbulos frontales son importantes para otras habilidades. Las regiones corticales prefrontales están muy relacionadas con la regulación de las conductas sociales, las reacciones

emocionales, y el discurso social. Las personas con daños frontales suelen carecer de *insight*, tienden a aislarse, demuestran su afecto de manera superficial o plana, y son incapaces de entender las reglas sociales. También suelen insertar material irrelevante en sus conversaciones y las habilidades para entender los puntos de vista de otros y para demostrar empatía, se encuentran deterioradas. (Schopler, 1995).

Como se puede observar existen muchas similitudes entre las conductas de los pacientes con problemas en los lóbulos frontales y aquellas que caracterizan al autismo, como los déficits en las conductas sociales y las habilidades discursivas. A raíz de esto, Goldman-Rakic (1987) en (Schopler, 1995), propuso una teoría que abarcaba tanto la cuestión socio-emocional como la cognitiva. Ella formuló la hipótesis de que la función de la corteza prefrontal es guiar la conducta por medio de representaciones mentales creadas a partir de “modelos de realidad internos”. Las diferentes áreas de la corteza prefrontal acceden a las representaciones en diferentes campos, manteniéndolas “en línea” para poder guiar las conductas futuras. Se cree que la corteza dorso-lateral guía la conducta utilizando representaciones visoespaciales, mientras que la corteza orbital guía la conducta usando representaciones de información afectiva y social. Cuando hay algún daño prefrontal se interrumpe el sistema y los individuos son incapaces de usar las representaciones mentales para guiar su conducta, por lo que utilizan la información que les proporciona el medio ambiente. Es probable que estos mecanismos estén sumamente relacionados tanto con los síntomas cognitivos como con los sociales que caracterizan al autismo.

Con el fin de comprobar la relación entre la disfunción prefrontal y los déficits en la función ejecutiva se utilizó la prueba de la Torre de Hanoi, la cual examina la capacidad de planeación. Para llevar a cabo las tareas que exige esta prueba es necesaria la habilidad de planear a futuro y predecir consecuencias futuras. Los resultados obtenidos señalaron que los niños con autismo se desempeñaban por debajo de los del grupo control.

Es probable que las dificultades sociales típicas del autismo sean consecuencia de una falta de la habilidad para mantener las representaciones “en

línea". Para demostrar empatía y poder apreciar los pensamientos y sentimientos ajenos, es necesaria una representación interna de los estados mentales que sea capaz de guiar las respuestas. Para demostrarlo se utilizó la prueba de los *smarties* mencionada anteriormente en la descripción de la teoría de la mente. La explicación de los resultados obtenidos de acuerdo a la teoría de la disfunción prefrontal es que, tanto ésta como la dificultad para guiar las conductas por medio de representaciones mentales, pueden explicar las respuestas de los niños con autismo. Como ellos no son capaces de utilizar representaciones mentales, se ligan a la información proporcionada por el medio (el tubo siempre contiene dulces) y les es imposible utilizar las primeras (la creencia del otro) para resolver el problema.

Ozonoff y cols (1991) en (Schopler, 1995), encontraron que los niños con autismo se desempeñaban peor que aquellos del grupo control en una tarea de emparejamiento de emociones. A ambos grupos se les presentaron fotos con caras haciendo diferentes expresiones emocionales, las cuales tenían que emparejar a otras fotos que expresaban la misma emoción. De acuerdo a los resultados, los niños con autismo eran más propensos a hacer parejas que fueran similares perceptivamente a la emoción objetivo (emparejaban una foto que expresaba sorpresa con una que expresaba miedo, ambas con la boca abierta). Se cree, de acuerdo a la teoría aquí expuesta, que la discapacidad autística de procesar la información emocional, es consecuencia del déficit existente en la habilidad de mantener "en línea" el esquema de una expresión afectiva típica. A falta de esto, las respuestas de los autistas son producto de los estímulos externos, es decir, cómo se ven las caras; entonces, son capturadas por una dimensión prepotente pero irrelevante: el patrón perceptual de las caras.

De manera similar, es probable que estos impedimentos causen los déficits en imitación que presentan los niños con autismo. Para imitar movimientos después de que éstos han sido realizados, es necesario que se guarde "en línea" una representación de los movimientos previamente observados. Se cree que los niños con autismo carecen de la habilidad para formar imágenes mentales que guíen sus conductas de imitación. (Schopler, 1995).

Siguiendo la misma línea, Shah y Frith (1983) en (Schopler, 1995), señalaron que los niños con autismo se desempeñan pobremente en tareas que tienen que ver con lo espacial y que únicamente pueden ser resueltas si se hacen referencias a representaciones visuales internas. Así, los niños con autismo se desempeñan bien en tareas espaciales únicamente si existen estímulos externos que puedan guiar sus conductas.

Para que exista el juego simbólico, es necesario que se lleve a cabo un desligue de la información que proporciona el medio ambiente. El desprendimiento del contexto externo permite una transformación de la información del ambiente a información interna no literal, la cual permite guiar la conducta del niño en lugar de las demandas de la realidad. Por lo mismo, Harry (1993) en (Schopler, 1995), aseguró que la dificultad responsable de los déficits en el juego simbólico de los autistas, está relacionada con la función ejecutiva.

El rol que juegan los déficits de la función ejecutiva en los síntomas del autismo ya ha sido presentado. Sin embargo es necesario exponer la evidencia neurológica que fundamenta la teoría. La información que existe al respecto es escasa ya que solo pocos han examinado la región frontal del cerebro en niños con autismo. Recientemente, Piven, et al. (1990), reportaron evidencia de una migración neuronal anormal en los lóbulos frontales de tres individuos con autismo; sin embargo ellos representaban únicamente un quinto de su muestra, por lo que no es posible la generalización de los resultados. (Schopler, 1995).

La investigación neurológica del autismo, ha arrojado resultados documentados consistentes referidos a anormalidades en el sistema límbico y el cerebelo. Courchesne y cols. (1988) en (Schopler, 1995), encontraron que dos áreas del cerebelo, los lóbulos vermales VI y VII, eran significativamente más pequeñas en el 78% de los individuos con autismo que en los del grupo control. Las disfunciones en el lóbulo frontal pueden coincidir con estos hallazgos ya que éstos, el cerebelo y el sistema límbico, se encuentran sumamente conectados entre sí. Entonces, si se presentan anormalidades en alguno de ellos, es probable que éstas puedan generar cambios en los otros al interrumpir el flujo normal de la información entre los centros neurales.

Es probable que el hecho de que no se encuentren anomalías prefrontales en el autismo, sea consecuencia de las limitaciones de la tecnología actual en cuanto a imagen cerebral. Sin embargo, Horwitz, Rumsey, Grady y Rapoport (1988) encontraron, usando una tomografía por emisión de positrones, una correlación significativamente baja entre las regiones frontales y parietales de su muestra autista. Se cree que la actividad cerebral correlacionada entre centros neurales, refleja el procesamiento integrado de la información; las asociaciones funcionales reducidas que se muestran en el PET, pueden indicar un funcionamiento poco integrado entre las regiones cerebrales. Dado que los lóbulos frontales desempeñan un rol inhibitorio en el cerebro y una de las funciones de los lóbulos parietales es la integración de estímulos sensoriales provenientes del medio ambiente, un desbalance entre las interacciones frontales y parietales puede dar como resultado un control excesivo de la conducta por parte de los estímulos externos. (Schopler, 1995).

A pesar de que la teoría de la función prefrontal del autismo explica muchos de los síntomas que se presentan en el trastorno, existen algunas limitaciones en ésta. Es posible que las disfunciones prefrontales sean necesarias pero no suficientes para tomarlas como único criterio para el desarrollo del autismo.

Hay algunas habilidades que los niños con autismo presentan, pero que un déficit en el uso de representaciones mentales para guiar la conducta mostraría como dañadas. Por ejemplo, el desempeño de niños con autismo en tareas de permanencia de objeto, no difiere de aquel del grupo control con la misma edad mental, a pesar de que el desempeño exitoso depende de las habilidades para acceder a las representaciones internas del objeto ausente. (Schopler, 1995).

Recientemente se ha demostrado que los niños con autismo no presentan problemas en las tareas de "fotografías falsas". En estas pruebas se fotografía una escena (un gato sentado en una mesa), la cual se modifica posteriormente (se pasa al gato a la cama). Entonces, la fotografía se voltea para que el sujeto no la pueda ver. Cuando se les pregunta a los niños con autismo en dónde está sentado el gato en la fotografía, ellos responden de manera adecuada, a pesar de que la situación que se muestra en la fotografía difiere de la forma en que está arreglada

la escena al momento de la pregunta. Lo que se esperaría de acuerdo a la teoría prefrontal es que el niño respondiera que el gato está en la cama, ya que él usaría el contexto externo, en lugar de una representación mental, para guiar la respuesta. (Schopler, 1995).

Sin embargo, es probable que el autismo no implique una absoluta incapacidad para desligarse del ambiente externo o para guiar las conductas por medio de representaciones internas. Quizá entren en juego múltiples factores, incluyendo la intensidad y la familiaridad de la información externa; la naturaleza y complejidad de las representaciones mentales; y el número de alternativas para responder, los cuales determinan qué tanto un individuo autista guía la conducta por medio de representaciones mentales. Si el set mental en cuestión es novedoso o altamente abstracto (por ejemplo, el hacer creer, como en las tareas de la teoría de la mente) es probable que a los niños con autismo se les dificulte mantenerse “en línea”, resultando así la dependencia a claves externas. Sin embargo, si la representación mental a la que se accede, está sobre entendida o es muy familiar, es probable que puedan guiar su conducta por medio de modelos internos. (Schopler, 1995).

Otra limitación que presenta esta teoría es que las dificultades prefrontales no son específicas al autismo. Los niños con TDAH, fenilcetonuria, síndrome de Tourette y desórdenes de conducta, también las presentan, pero, todavía no es claro como estos desórdenes difieren del autismo en el impedimento ejecutivo. (Schopler, 1995).

Como se puede observar, la teoría de la disfunción ejecutiva se queda corta al intentar explicar algunas cuestiones importantes del autismo; sin embargo, se puede hacer un buen uso de ella al momento de tratar la patología con un enfoque conductual.

Una de las principales orientaciones del tratamiento que se base en esta teoría, es la de educar a aquellos que tratan a individuos con autismo acerca del impacto, en ciertas habilidades, que causan los déficits en la función ejecutiva. Una vez hecho esto, se busca resaltar el desarrollo de algunas destrezas específicas de la función ejecutiva; por ejemplo, para la planeación, se les puede enseñar a los niños a

dividir las tareas en pasos, desarrollar una jerarquía de metas complejas de manera que éstas vayan incrementando conforme se vayan resolviendo, y secuenciar las actividades con el fin de lograr la meta más alta de la jerarquía. Para combatir los déficits en la consolidación y la aplicación del conocimiento, tanto padres como maestros pueden ayudar a los niños a identificar la idea principal de la información nueva, hacer asociaciones entre esta información y la que fue adquirida previamente y enseñarles a englobar la información en lugar de que sólo se enfoquen en detalles de ésta. Así, mientras se les provee a los niños de una organización del medio, ellos desarrollan habilidades independientes de vida y de estudio. (Schopler, 1995).

La teoría de las fallas en la función ejecutiva queda aun como hipótesis a la explicación del autismo ya que no se puede considerar como un absoluto y todavía tiene que ser explorada a fondo. Sin embargo, logra explicar algunas fallas y algunos de los síntomas que caracterizan al trastorno.

- **Teoría de la coherencia central**

La teoría de la coherencia central en el autismo difiere de las previamente expuestas porque no presenta un déficit en la coherencia central como premisa, sino que propone que en el autismo ésta funciona de diferente manera a como lo hace en personas sin el trastorno.

Para poder entender cómo se da o no esto en el autismo es necesario explicar lo que se entiende por coherencia central. Se puede concebir como una fuerza que integra grandes cantidades de información, y que tiende a ver las cosas como un todo, como una gestalt. De acuerdo a Uta Frith:

El sistema cognitivo normal posee una propensión intrínseca a dar coherencia a una gama de estímulos lo más amplia posible y a generalizar a un conjunto de contextos lo más amplio posible. Éste es el impulso que da lugar a los grandes sistemas del pensamiento, y es esta capacidad de coherencia la que tienen disminuida los niños con autismo. En consecuencia, sus sistemas de procesamiento de la información, y su propio ser, se caracterizan por la desconexión. (Frith, 2004, pp 207-208).

Se dice que los niños con autismo tienen una “coherencia central débil”, ya que existe una falta de influencia del contexto y por lo tanto una falta de impulso para buscar significado, es decir, las personas con autismo no tienen en cuenta el contexto, capacidad poco común en las personas con desarrollo normal. De hecho, estas últimas tienden a una “coherencia central fuerte” la cual implica la influencia del contexto sobre el significado.

Amita Shah (1983) en (Frith, U. 2004), investigó sobre la capacidad de los niños con autismo para localizar figuras ocultas, utilizando la prueba de Figuras Enmascaradas (ver fig. 3), la cual consiste en localizar una forma pequeña en un dibujo de mayor tamaño compuesto por líneas que inducen a la confusión. Shah, encontró que los niños con autismo puntuaban por encima de la media de su edad mental y eran más rápidos y precisos que los niños con desarrollo normal de la misma edad mental. Hay quienes sostienen, a partir de estudios similares a éste, que aquellos que pueden descubrir figuras enmascaradas particularmente bien, suelen desempeñar de manera adecuada otras tareas que miden la independencia del campo, es decir, la falta de influencia del contexto en la percepción visual y en la interacción social. Las personas dependientes del campo son fácilmente influidas por la opinión de los demás y tienden a adoptar los puntos de vista que predominan en el grupo; en cambio, las personas no dependientes no se dejan llevar por los aspectos sociales ni la opinión ajena.



Fig. 3. Figuras Enmascaradas

Como se ha visto anteriormente, los niños con autismo suelen resolver de manera extraordinaria la prueba de Cubos. En ésta es necesario descomponer una gran figura geométrica, una gestalt, en formas menores (ver fig. 4). Es necesario copiar la figura grande, que se presenta sin separaciones en una lámina, con cubos pequeños. El primer problema, para aquel que realiza la prueba, consiste en dividir el dibujo que se presenta en la lámina, en segmentos adecuados. Este componente tiene mucho que ver con la coherencia central ya que se percibe al dibujo como un todo y es necesario separarlo en partes, para poder realizar la tarea que se pide. Los niños con autismo, poseen una coherencia central débil, tienen una tendencia menor a percibir el dibujo como un todo, como lo hacen los niños con desarrollo normal y aquellos con retraso, por lo que la segmentación mental les resulta más fácil. (Frith, U. 2004).

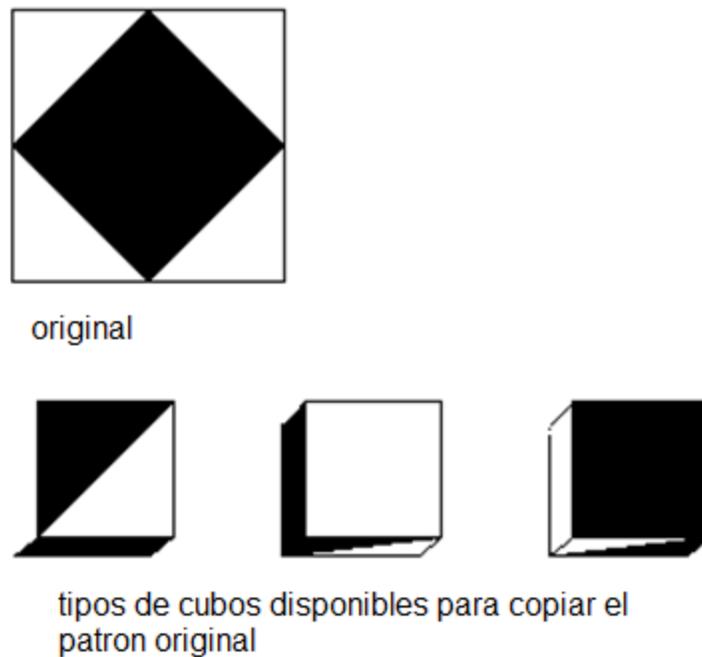


Figura 4. Diseño de cubos

La memoria mecánica superior que caracteriza al autismo también está relacionada con la coherencia central. Una capacidad memorística ordinaria, no tan superior como la de los autistas, crea la necesidad de agrupar los elementos individuales en unidades mayores que sean coherentes. Es necesaria esta cohesión para que los datos no se pierdan en la memoria. La memoria mecánica

superior se basa en elementos pequeños y utiliza una estrategia fragmentada, mientras que la memoria ordinaria se basa en unidades grandes y coherentes y posee una estrategia global. (Frith, U. 2004).

La influencia del contexto es sumamente importante para el significado de las palabras. Existen palabras que se escriben igual pero que tienen significados distintos; sin embargo, es posible discriminarlos si se hace referencia al contexto. El contexto de una frase constituye el telón de fondo para su comprensión. Una coherencia central débil es un inconveniente en este caso. (Frith, U. 2004).

La categorización y la globalización es un tema que también se relaciona con la coherencia central. Los seres humanos clasifican las cosas y los acontecimientos constantemente, y suelen generalizar de un hecho a otro. Para poder hacer esto es necesario prescindir de numerosos detalles diferentes, situación que puede ser complicada para alguien con una coherencia central débil, como es en el caso del autismo. (Frith, U. 2004).

También se han realizado estudios de coherencia central a los parientes de niños con autismo. Francesca Happé (2001) en (Frith, U. 2004), realizó un estudio a parientes clínicamente normales de niños varones con autismo. La mitad de los padres y un tercio de las madres manifestaron signos de un estilo de procesamiento de coherencia débil en áreas visuales y verbales. Además este estilo de procesamiento se relacionaba con ciertas conductas cotidianas como la presencia de intereses especiales, la atención a los detalles, la insistencia en las rutinas y la intolerancia al cambio.

Así mismo, Baron-Cohen y cols. (2002) en (Frith, U. 2004), han realizado estudios en parientes de niños con autismo identificando un estilo de procesamiento de la información denominada por ellos como “sistematización”. Ésta se basa en la comprensión intuitiva de cómo funcionan los objetos mecánicos y en una preferencia por la información física del mundo a la psicológica. Los investigadores contrastan la sistematización con la “*empatización*” que se refiere a la atribución de estados mentales y que es lo mismo que la mentalización. Por medio de tareas experimentales encontraron que las personas con autismo presentaban una sistematización excelente y una *empatización* deficiente.

También encontraron una preponderancia por parte de los padres de niños con autismo a la ingeniería, informática y las ciencias. .

La sistematización es muy compatible con la coherencia central débil, ya que las personas que sistematizan recogen la información en forma de taxonomías autolimitadas que no se relacionan entre sí.

Por otra parte, se suele reconocer que los niños con autismo poseen la capacidad de discriminar detalles sumamente sutiles por medio de la vista y el oído. Es posible que ellos no estén preparados para observar similitudes en niveles abstractos y por eso no coloquen los estímulos en la misma categoría aunque estos difieran únicamente en detalles mínimos. Para probar esto Kate Plaisteid y Michelle O'Riordan (2000) en (Frith, U. 2004), llevaron a cabo un estudio en el cual demostraron que una capacidad superior de discriminación va en detrimento del aprendizaje de categorías y de la generalización. Los niños con autismo aprendían muy bien un patrón de puntos, pero no sabían generalizarlo a otro conjunto de puntos que se les presentaba con una disposición un poco distinta. A partir de éste y otros estudios se planteó la posibilidad de la existencia de una característica básica del procesamiento perceptivo: el funcionamiento ineficaz de un sistema visual denominado "sistema magnocelular". La falta de eficacia de este sistema produce una disminución en la capacidad de percepción de la dirección de los estímulos que se mueven con rapidez. Esto es algo que se ha hallado en estudios sobre grupos de niños con trastornos diferentes, entre ellos el autismo. Milne y Swettenham (2002) en (Frith, U. 2004), sostienen que el sistema magnocelular procesa los patrones en términos de su gestalt global, mientras que el sistema parvocelular, otro sistema visual, procesa los estímulos en términos de sus características individuales. Es probable que en el autismo exista un desequilibrio entre ambos sistemas, que daría lugar a una manera distinta de ver las cosas.

Laura Klinger y Geraldine Dawson (2000), han hallado dificultades de integración y generalización en niños con autismo. Estos niños presentaban dificultades para aplicar un concepto previamente aprendido a una situación nueva y adecuada a dicho concepto. Klinger y Dawson, en lugar de suponer que el

problema procedía de un excelente procesamiento de orden inferior, sospechaban que estas dificultades se debían a un problema en el procesamiento de orden superior deficiente, el cual impedía la formación de categorías abstractas. (Frith, U. 2004).

Por su parte, Lauren Mottron y cols (2000) en (Frith, U. 2004), quienes han centrado sus estudios en la audición, han hallado pruebas de un excelente procesamiento de orden inferior. En un experimento musical, crearon una situación en la que se producía un conflicto entre el procesamiento global y el local. La trasposición de una melodía puede concebirse como una gestalt que implica un procesamiento global, en tanto que el reconocimiento de una nota equivocada implicaría un procesamiento local. Las personas con autismo fueron perfectamente capaces de traspasar una melodía a otro tono, lo cual demostraba un buen procesamiento global, pero también superaban al grupo control a la hora de detectar una nota equivocada cuando el error era muy sutil, lo que demostraba un buen procesamiento local. Entonces se concluyó que estas personas procesan mejor las propiedades físicas elementales de los sonidos.

La teoría de la coherencia central difiere de las anteriores ya que no supone alguna falta o déficit de ésta en el autismo, más bien la presenta como una manera diferente de procesar la información proveniente del exterior a la que es común. Incluso hay personas que tienden a una coherencia central débil y que no necesariamente presentan autismo; muchas veces es necesaria esta manera de procesar la información para tareas científicas sumamente minuciosas. Sin embargo el estilo de procesamiento que se presenta en el autismo logra explicar algunos de los síntomas y características esenciales del trastorno.

En los últimos años ha desaparecido la idea de que sólo existe un déficit cognitivo en el autismo; sin embargo todavía no existe una explicación satisfactoria del padecimiento. Claramente, las consecuencias de una coherencia central débil y de los déficits en la función ejecutiva pueden coincidir e interactuar con otros déficits sociales específicos. No obstante, las intenciones de reducir los déficits

encontrados de la teoría de la mente a problemas de la función ejecutiva o de la coherencia central, han sido poco fructíferas.

Es probable que algunos aspectos de las tres teorías estén relacionados entre sí, es decir que algunos aspectos de la teoría de la mente puedan ser explicados por la teoría de la función ejecutiva o por la de la coherencia central y viceversa. Sin embargo hablar de tres características cognitivas principales que fallen en el autismo (las que propone cada teoría) no es algo que se pueda expresar con toda certeza. Tampoco se puede prescindir de ninguna de las teorías al momento de intentar esclarecer las posibles causas del autismo, ya que las tres aportan hipótesis importantes referentes a los procesos cognitivos, que intervienen en el padecimiento.

Para poder trabajar con el autismo desde una perspectiva cognitiva es necesario tener en cuenta la propuesta de cada una de las teorías presentadas anteriormente con el fin de elaborar programas terapéuticos completos.

2.1.c Tratamientos cognitivo-conductuales del autismo

Después de haber explicado cómo es el desarrollo y desempeño de los procesos cognitivos en el autismo y las diferentes teorías que intentan explicar el porqué de esto, es necesario presentar las técnicas terapéuticas que se fundamentan en los estudios y teorías anteriores con el fin de intervenir de la manera más efectiva posible en los síntomas que caracterizan al trastorno. Así es posible eliminarlos o modificarlos de manera que el niño pueda adaptarse y vivir mejor en su entorno familiar y social.

El tratamiento conductual es esencialmente una aplicación sistemática de los principios de aprendizaje de la conducta humana. Es la aplicación de los principios derivados del análisis experimental de la conducta, ciencia cuyo objetivo es identificar y comprender las leyes por medio de las cuales los factores ambientales determinan la conducta de los seres humanos. La identificación de estas leyes hace posible las prácticas para cambiar la conducta. A estas se les denomina “modificación de conducta” o “terapia de conducta”, que incluyen

diversas técnicas conductuales específicas que se basan en principios del aprendizaje. (Schreibman, L. en Martos, 1997).

La aproximación conductual es eficaz al momento de favorecer conductas positivas y reducir las disruptivas. Además acentúa la importancia de la evaluación y la valoración, y sus principios son relativamente fáciles de comprender, por lo que personas no profesionales como los padres, hermanos y maestros de los niños con autismo pueden involucrarse en el tratamiento y así englobar los ambientes en los que se desarrolla la vida diaria del niño. (Schreibman, L. en Martos, 1997).

Históricamente se ha trabajado con los principios conductuales en el tratamiento del autismo; sin embargo, los métodos utilizados han cambiado a tal grado que actualmente es posible adaptar mejor los tratamientos a las necesidades específicas de cada niño. Se sabe que las características de los niños con autismo son sumamente heterogéneas por lo que cada uno tiene necesidades específicas distintas a las de los otros. Además, es necesario tener en cuenta otras variables al momento de determinar las estrategias a utilizar. El enfoque conductual se interesa por el análisis de las conductas concretas y de las variables ambientales que las controlan, es por esto que es apropiado para el tratamiento de las necesidades individuales de una población diversa como es el caso de la del autismo. (Schreibman, L. en Martos, 1997).

Es importante mencionar que el tratamiento conductual es relativamente independiente de las hipótesis causales del autismo que como bien se sabe, representan un problema sumamente importante al estudiar la patología ya que no se sabe con certeza cuáles son. Desde el enfoque conductual es posible tratar y educar al niño con autismo sin que se conozca la causa de su alteración. Incluso si el mecanismo causal del autismo estuviera bien definido, los procedimientos de modificación de conducta seguirían manteniendo su utilidad. (Riviere, A., en Martos, 1997).

Es necesario que el terapeuta conozca a fondo las sutilezas y los matices de la modificación de conducta y del niño con autismo, es decir, las peculiaridades de sus motivaciones y formas de procesar, elaborar y almacenar los estímulos del

medio. Como ya se dijo anteriormente, no es necesario conocer las causas del autismo para que funcione este tipo de tratamiento, sin embargo es sumamente importante considerar los mecanismos psicológicos subyacentes. (Riviere, A., en Martos, 1997).

El hecho de que las personas con diagnóstico de autismo tengan características tan particulares e individuales, exige que los procedimientos de modificación de conducta se adapten a éstas, de las cuales destacan, de acuerdo a Riviere (Martos, 1997) las siguientes:

1. *Dificultades de interacción.* Afectan, tanto la competencia de interacción, como la motivación para relacionarse con las personas, y se expresan en diversas alteraciones y carencias específicas, como falta de contacto ocular, evitación de la mirada, desatención o rechazo a muestras de afecto, ignorancia hacia las personas o exceso de excitación ante el contacto con ellas, etc. Este tipo de dificultades exigen que el terapeuta tenga un *valor positivo* para el niño como condición para un tratamiento eficaz. Muchas veces el valor de los reforzadores depende del valor interpersonal de la persona que los dispensa. Además la relación entre el niño y el terapeuta se da en términos de intercambio, el cual debe de ser positivo para el desarrollo y el aprendizaje del niño. Además, este intercambio debe de ser estructurado, claro, de límites comprensibles, adaptado a la capacidad de interacción del niño, con un ritmo asimilable, contingente y con estímulos relevantes fácilmente discriminables.

2. *El nivel evolutivo de los niños.* El autismo suele asociarse con deficiencia mental, y es común encontrar niños que padecen el trastorno con niveles evolutivos bajos o disarmónicos junto con una fisonomía inteligente. El educador debe tener conciencia de esto para plantear objetivos acorde a las posibilidades reales del niño. Por lo mismo, es importante aplicar pruebas psicométricas o escalas de desarrollo que identifiquen las claves equívocas que proporcionan (apariencia inteligente, falta de estigmas físicos, habilidades especiales, etc.) y que pueden confundir en un primer momento al terapeuta. Al plantearle objetivos alcanzables se da una interacción positiva con el niño y se evitan errores,

alteraciones de conducta, rabietas, autoagresiones, etc. que de otra manera se fomentarían.

3. *Las alteraciones de conducta.* Las estereotipias, conductas auto estimuladoras, autoagresiones, conductas destructivas, etc. representan otras dificultades para el educador ya que éstas interfieren seriamente con las posibilidades de aprendizaje del niño, aumentan su aislamiento y pueden dañar tanto al medio como al propio sujeto. La modificación de conducta busca disminuir o eliminar este tipo de conductas mediante procedimientos de extinción, reforzamiento, tiempo fuera, sobrecorrección, incrementos de conductas incompatibles, etc. El empleo de procedimientos aversivos para su supresión (el castigo) debe atenerse a normas rigurosas y no ser muy frecuente. Sin embargo, rechazar de manera radical estos procedimientos puede ser negativo para el desarrollo del niño con autismo. Es importante mencionar que las tendencias recientes en el tratamiento del autismo se basan en el uso de técnicas no aversivas debido a la influencia de consideraciones éticas, legales y sociales. Se ha desarrollado una “tecnología positiva” que implica la consideración de la conducta desde sus antecedentes más que de sus consecuencias. Con el fin de evitar los procedimientos aversivos, se manipulan los antecedentes. Otra área de impacto en cuanto a la tecnología positiva es la de la *comunicación funcional* que supone que ciertas conductas disruptivas son, en realidad, formas de comunicación; entonces se les enseñan formas apropiadas de comunicación que puedan utilizar, en lugar de las conductas disruptivas.

4. *Ausencia de conductas funcionales y espontáneas y la limitación de la gama de conducta.* La frecuencia de alteraciones de conducta en los niños con autismo está directamente relacionada con éstas. Es necesario estimular sistemáticamente las conductas funcionales como la exploración y el juego, el empleo funcional de instrumentos, etc. Para lograrlo es necesario establecer, de forma consistente, condiciones de aprendizaje intencional.

5. *Dificultades generalizadas para aprender.* La mayoría de los niños con autismo o con alteraciones semejantes, presentan dificultades generalizadas para aprender. La falta de imitación, esencial para el aprendizaje y para los procesos de

humanización, ha sido considerada por algunos investigadores como uno de los síntomas primarios del autismo. La mayoría de los enfoques conductuales parten de la premisa de que la adquisición de la imitación es la llave para el desarrollo de la conducta funcional, las pautas sociales, el lenguaje y las funciones cognitivas. La prescripción de desarrollar la imitación es una de las bases del empleo de los procedimientos de conducta en la educación del niño con autismo, sin embargo es una de las tareas más difíciles. Además de la imitación existen otros procesos sumamente afectados que comprometen el condicionamiento clásico. La dificultad para asociar, los procesos de aprendizaje simbólico y de abstracción, y los de aprendizaje vicario y observacional que influyen mucho en la adquisición de las pautas sociales en niños con desarrollo normal, se encuentran severamente afectados. Así, el empleo de procedimientos operantes tiene que ser en condiciones sumamente estructuradas y usando reforzadores sumamente poderosos.

6. *La dificultad específica para asociar contingencias y conductas.* Esto es algo que aparece de manera común en los niños con autismo. Esta deficiencia podría estar en la base de las alteraciones y retrasos de su competencia interactiva. La percepción y la consciencia de estas relaciones favorece la adquisición de operantes y la alteración de éste da lugar a procesos operantes más lentos, por lo que no se puede pasar por alto este hecho. A esta dificultad también se le añaden *la falta de valor reforzador de los estímulos simbólicos y sociales* que limita la gama de procedimientos utilizables, y *la dificultad para abstraer los estímulos relevantes para el aprendizaje*, que determina la necesidad de controlar escrupulosamente la presentación de los estímulos que el educador o terapeuta quiere convertir en discriminativos. Relacionada con esta última dificultad se encuentra *la dificultad de generalización*, que exige el establecimiento de programas explícitos que permitan transferir las adquisiciones realizadas en contextos educativos a situaciones naturales.

7. *Alteraciones de las funciones de percepción, discriminación y atención.* Como se ha visto anteriormente los niños con autismo presentan una percepción de estímulos hiperselectiva, la cual plantea problemas especiales en las

condiciones del aprendizaje. Esta dificultad obliga a cuidar los problemas relacionados con la presentación sistemática de estímulos, la neutralización de los estímulos irrelevantes y el control de los relevantes en las situaciones de aprendizaje de los niños autistas, así como el empleo de ayudas especiales, consistentes en acentuar la distintividad de la dimensión que se quiere hacer relevante y no añadir dimensiones nuevas; y finalmente, hacer el tratamiento directo encaminado a superar el problema de la hiperselectividad. En cuanto a las alteraciones en la atención, estas afectan la educación de estos niños y obligan a emplear estrategias consistentes en establecer objetivos directos de incremento de atención, asegurarla antes de la presentación del estímulo discriminativo y emplear reforzadores potentes, capaces de superar el desinterés y la falta de atención.

8. *Dificultades de comprensión y uso de símbolos y el lenguaje.* Estas alteraciones están relacionadas con todas las anteriores e imponen serias limitaciones de comunicación y comprensión que plantean exigencias específicas en las condiciones de aprendizaje. Lo que se hace al respecto es establecer objetivos específicos de lenguaje (oral o gestual) y desarrollo simbólico; analizar de manera sistemática la competencia de comprensión para adecuar a ella las consignas y señales que se le proporcionan al niño; aumentar al máximo la claridad y carácter distintivo de esas señales; y tratar de eliminar estímulos irrelevantes que interfieran en las situaciones de aprendizaje y en la comprensión de los estímulos realmente relevantes.

Todas las características presentadas anteriormente limitan las posibilidades de educación y tratamiento de los niños con autismo por lo que obligan a establecer condiciones de aprendizaje muy especiales.

- **Principios generales del tratamiento congitivo-conductual**

Los principios operantes que se aplican en el tratamiento del autismo difieren mucho de aquellos que se aplican en el tratamiento de niños con desarrollo normal o que no tienen deficiencias de comunicación, atención, interacción, simbolización, aprendizaje y lenguaje como las que suelen mostrar los primeros. Es por lo mismo

que estos principios se muestran en sus términos más esenciales con el fin de que se dé un aprendizaje eficaz, es decir, las variables relevantes tienen que ser realizadas y las irrelevantes neutralizadas o eliminadas ya que, en caso contrario, el niño es incapaz de percibir los estímulos discriminativos significativos, las regularidades y contingencias capaces de estimular su aprendizaje. En relación a esto, Juan Martos y Ángel Riviere (Martos, 1997), proponen una serie de condiciones generales establecidas, necesarias para que se dé un aprendizaje eficaz en los niños con autismo:

- Considerar el autismo como un trastorno del desarrollo.
- Acentuar los objetivos funcionales y la necesidad de intervenir en contextos naturales de interacción.
- Deben de implicar a la familia y a la comunidad.
- Deben de ser intensivos y precoces.
- Acentuar la intervención en comunicación, desarrollando objetivos positivos, es decir, no centrarlos en eliminar conductas indeseables, sino crear y potenciar habilidades adaptadas y alternativas.
- Las instrucciones, consignas y estímulos discriminativos deben de ser discriminables para el niño; apropiadas para la tarea; consistentes de unos ensayos a otros; ininterrumpidas; y presentadas solo después de asegurar la atención.
- Las ayudas deben de ser eficaces para evocar las respuestas correctas.
- Moldeamiento: que en cada ensayo, la respuesta sea por lo menos tan correcta como la del ensayo precedente.
- Las consecuencias deben de ser inmediatas, apropiadas, claras, consistentes y efectivas.
- Ensayos discretos: cada ensayo debe de tener un principio y un final bien definido y debe de ser precedido por un intervalo inter-ensayos.

Las condiciones anteriores se resumen en tres principales fundamentos que deben de guiar el tratamiento: adaptación de los objetivos y tareas al nivel

evolutivo del niño, discriminabilidad y claridad de las variables relevantes, y estructura o consistencia del ambiente educativo. (Riviere, A. en Martos, 1997).

Este último fundamento, la *estructura* del ambiente educativo, es necesario ya que a pesar de que es relativamente poco natural comparado con las situaciones “normales” de aprendizaje, permite percibir con claridad las contingencias del aprendizaje, los estímulos pertinentes y las consecuencias de la conducta propia. La estabilidad está impuesta por las alteraciones y necesidades objetivas de los niños. (Riviere, A. en Martos, 1997). El ambiente debe de ser simple, no complejo, y el educador o terapeuta debe de mantener una actitud directiva no relajada.

El enfoque operante implica un alto grado de estructura y demanda interpersonal, éste establece una situación de aprendizaje muy estructurado que implica el establecimiento claro de objetivos, formulados en términos conductuales, el análisis funcional sistemático de las variables relevantes para el aprendizaje y el registro de conductas y condiciones estimulantes. Existen datos experimentales que demuestran que los ambientes más estructurados favorecen más el aprendizaje y el desarrollo de los niños autistas. (Schopler, et al., 1971, Bartak, 1978, Clark y Rutter 1981 en Riviere, A. en Martos, 1997).

Por otro lado, se cree que los ambientes estructurados aumentan las posibilidades de aprendizaje y disminuyen el aislamiento y las conductas autoestimuladoras debido a que favorecen la percepción de contingencias, que es fundamento del aprendizaje de operantes y del desarrollo de la conducta social. (Riviere, A. en Martos, 1997).

Otro principio esencial en la aplicación de modificación de conducta para el tratamiento del autismo es el de procurar, lo más posible, el *aprendizaje sin errores*. Janet Dehn (1971) en (Martos, 1997), ha comprobado que el aprendizaje por ensayo y error y algunos comentarios negativos que lo acompañan (“está mal”) produce un aumento en el negativismo, en las alteraciones de conducta y falta de motivación para las situaciones de aprendizaje. En cambio, las condiciones de aprendizaje sin errores desaceleran las conductas negativas y disminuyen el negativismo. Sin embargo, conseguir este tipo de aprendizaje es

muy difícil. Para hacerlo es necesario adaptar los objetivos al nivel evolutivo del niño; asegurar la adquisición previa de los requisitos de conducta que se pretenden enseñar; molecularizar al máximo los objetivos educativos, dividiéndolos en partes asimilables por pasos sucesivos; emplear las ayudas necesarias para evitar los errores; controlar la presentación clara de los estímulos discriminativos y la neutralización de los irrelevantes; evitar los factores de distracción y ambigüedad en la situación educativa; y, mantener la motivación del niño mediante el empleo de reforzadores poderosos.

Como se puede observar, el tratamiento del autismo implica un control riguroso, en la situación de aprendizaje, de las variables relevantes tales como la presentación de los estímulos, las ayudas, la aproximación a la respuesta correcta, la presentación y naturaleza de las consecuencias y el intervalo interensayos. Todas estas serán revisadas a continuación de acuerdo a lo que propone Ángel Riviere en (Martos, 1997).

Ayudas

Son empleadas para suscitar y promover las respuestas que se quieren enseñar al niño. Las ayudas innecesarias son contraproducentes para el aprendizaje y el desarrollo del niño, por lo tanto deben de ser eliminadas gradualmente hasta que el niño responda por sí sólo al estímulo y no a la ayuda. Resulta imposible prescindir de la ayuda para lograr un aprendizaje sin errores, sin embargo también pueden resultar perjudiciales para este proceso. En relación a esto se ha establecido la distinción entre «ayudas extraestimulares» y «ayudas intraestimulares». Las primeras son las que suponen añadir una clave externa a la dimensión de aprendizaje; las segundas consisten en acentuar la discriminabilidad de ésta. Así, mientras que las extraestimulares pueden bloquear el aprendizaje de los niños con hipersensibilidad estimular, las intraestimulares lo facilitan por lo que son un recurso muy valioso, aunque no siempre es posible utilizarlas, además de que no resuelve el problema de la hiperselectividad, más bien lo evita.

Aproximación a la respuesta correcta: moldeamiento y encadenamiento.

El moldeamiento es el reforzamiento de aproximaciones progresivas a una respuesta terminal, dividida en pequeños pasos cada vez más similares a ésta. El encadenamiento, por su parte, implica la división de una conducta en una serie de respuestas componentes más moleculares. Los componentes de la cadena son respuestas individuales que pueden figurar previamente en el repertorio de conducta del niño. El moldeamiento es más adecuado para establecer conductas nuevas, en cambio el encadenamiento se emplea, generalmente, para desarrollar respuestas compuestas de otras simples previamente establecidas. Este último se emplea para desarrollar conductas de autonomía. Es importante tomar en cuenta que cuando se emplea el encadenamiento, implica una secuencia acumulativa y que la magnitud de los eslabones depende de las respuestas del niño. La utilización de estos dos modelos en el tratamiento del autismo es compleja debido a la lentitud de los progresos, la labilidad de los procesos de moldeamiento y aproximación sucesiva, etc.

Presentación y naturaleza de las consecuencias. Motivación y refuerzo.

El uso de reforzadores en el tratamiento del autismo es un tema complicado, ya que debido a ciertas características de la patología, no se pueden utilizar los mismos que se utilizan con niños con desarrollo normal. Los estímulos sociales como caricias y alabanzas, no son eficaces en el autismo, tampoco lo son los estímulos simbólicos o los reforzadores generalizados de valor simbólico. Es por esto que se utilizan reforzadores primarios (comida) en las primeras fases del tratamiento del autismo. Estos pueden ser, posteriormente, asociados con estímulos sociales, para hacer que estos últimos adquieran valor de reforzadores. Ultimadamente se han utilizado reforzadores sensoriales, como la presentación de luces, música, etc. siempre y cuando se definan primero las características del niño ya que existen diferentes preferencias o aversiones a este tipo de estímulos. También se han utilizado procedimientos de extinción operante, tiempo fuera, etc.

Intervalo inter-ensayos.

Como ya se ha señalado antes, cada ensayo debe de tener un principio y un final claro y debe de ser precedido y seguido por un intervalo inter-ensayos. Esto facilita la percepción de contingencias y el aprendizaje, pero configura condiciones relativamente artificiales.

Es necesario tomar en cuenta las variables presentadas anteriormente al momento de intervenir de manera directa en algún área o campo de trabajo que precisan los autistas. La enseñanza de comunicación, de habilidades sociales, de habilidades de pensamiento y el manejo de problemas de conducta son algunos de estos. Al respecto Riviere (Martos, 1997), plantea lo siguiente:

La enseñanza de la comunicación y el lenguaje.

Este es uno de los focos centrales de la intervención de tipo cognitivo-conductual. Las mejoras en estas áreas repercuten de manera directa en las mejoras de otros síntomas que caracterizan al autismo. Los procedimientos que se utilizan son pragmáticos y funcionales y pretenden ante todo el desarrollo de la comunicación. Gortazar (1993) en (Martos, 1997), presenta las ventajas del “Modelo de Tratamiento Natural del Lenguaje” en el autismo y sugiere lo siguiente al momento de la intervención: centrarse en los contenidos relevantes para el niño que sean funcionales, fomentar el desarrollo de conductas comunicativas autoiniciadas, aprender el lenguaje en medios naturales donde normalmente transcurra la vida del niño, y la intervención en el tratamiento por parte de los padres y profesores del niño.

Existen algunos sistemas diseñados específicamente para proporcionar instrumentos de comunicación a los niños autistas. Dos de ellos son el método TEACCH y el programa de comunicación total de Benson Schaeffer, ambos presentados previamente en este trabajo. Actualmente también se están empleando sistemas alternativos utilizando información visual, medios informáticos y computadoras como formas útiles para el desarrollo de la comunicación y el lenguaje en personas autistas.

La enseñanza de habilidades sociales.

Entre las habilidades que se intenta enseñar a los niños con autismo se encuentran: la mecánica de jugar con otra persona, expresión de afecto, escoger actividades de ocio, utilizar habilidades conversacionales asertivas, comprar en centros comerciales y tener en cuenta las necesidades de otras personas. Existen “paquetes” de enseñanza de habilidades sociales como es el programa Mesibov que ofrece un curriculum con reuniones semanales para conocer personas, mejorar habilidades de atención, identificar y expresar emociones, apreciar el humor y la toma de turnos en una conversación. También se ha utilizado el uso de modelos con niños “normales” para que aprendan a interactuar unos con otros y así se aumenten las respuestas sociales de los niños con autismo. La integración de estos niños a escuelas regulares es otra de las actividades que se realizan con el fin de mejorar su sociabilidad.

La enseñanza de habilidades de pensamiento y la educación cognitiva.

El estilo de pensamiento autista es muy peculiar, y de hecho se define como rígido y estereotipado. La ausencia de espontaneidad e iniciativa limita de manera importante el aprendizaje activo; las dificultades con la creatividad y la imaginación y con el pensamiento y la conducta estereotipada hacen a este campo blanco de múltiples orientaciones prácticas. Entre ellas se encuentran las que Powell y Jordan (1996) en (Martos, 1997), han propuesto para la enseñanza de pensamiento flexible y conducta autónoma: crear situaciones libres de ansiedad ya que ésta reduce la flexibilidad de conducta, para hacerlo es necesario que el terapeuta o educador se haga predecible y darle sentido a lo que se hace; y enseñar comprensión y conocimiento atendiendo a los significados relevantes, desarrollando estrategias de memoria, desarrollando la posibilidad de elección, y enseñando conductas flexibles y creativas.

El método de “Bright Star” ha desarrollado un programa de educación cognitiva que ha dado buenos resultados. Este ha sido diseñado para ayudar a desarrollar las habilidades de pensamiento, percepción y solución de problemas que subyace a la mayor parte del aprendizaje académico y social.

El manejo de los problemas de conducta.

Se han hecho múltiples investigaciones y estudios en este campo, de hecho la mayoría de estos se han centrado en el análisis funcional y contextual de dichas conductas y en el desarrollo de intervenciones creativas para fomentar el aprendizaje de conductas alternativas apropiadas. La conducta problema, a menudo, viene motivada por la obtención de cosas concretas o puede consistir en una respuesta de escape reforzada con una consecuencia negativa o una respuesta de búsqueda de atención premiada con una consecuencia positiva. Es necesario determinar el patrón de este operando para poder incidir sobre la conducta problema.

El programa de enseñanza denominado “*Pivotal Response Training*”, emplea estrategias de instrucción natural y contiene componentes específicos de eficacia probada para aumentar la motivación y la respuesta a claves múltiples. Entre las estrategias que se utilizan para aumentar la motivación se encuentran: permitir que el niño elija las actividades o materiales de la situación de aprendizaje; utilizar refuerzos directos que relacionen las consecuencias de la conducta con las respuestas del niño; intercalar tareas de mantenimiento entre las tareas de adquisición; reforzar los intentos de responder y no solo las respuestas correctas; y por último, entregar las recompensas de forma inmediata y contingente. Este método también es utilizado para enseñar lenguaje.

Hay algunos que consideran a los problemas de conducta como un reflejo de los déficits en comunicación, por lo que enseñando y ampliando las habilidades comunicativas relevantes, resulta posible sustituir la conducta inadecuada con el fin de eliminarla.

Las estrategias expuestas hasta aquí han resultado efectivas para el desarrollo de conductas adecuadas en los niños con autismo, sin embargo en todas existe la presencia continua del terapeuta, lo que genera cierta dependencia y restringe la posibilidad de que se generalicen los efectos del tratamiento. Hay investigaciones que comprueban que esta dependencia puede disminuir si se utilizan procedimientos para desarrollar la *autorregulación*. Esta es una capacidad que el individuo puede utilizar en diversos contextos y con relación a muchas conductas

una vez que ha aprendido a manejar su conducta. Para lograrla el niño tiene que aprender a discriminar e identificar las conductas apropiadas de las inapropiadas; reconocer la presencia de la conducta objetivo; autoadministrarse los refuerzos; y manifestar la conducta apropiada en ausencia del terapeuta. Estos programas disminuyen la dependencia del terapeuta, ayudan a que se generalicen y mantengan mejor los efectos del tratamiento y aumentan la independencia de la persona lo que hace posible interacciones positivas con personas de su comunidad. (Schreibman, L., en Martos, 1997).

Los niños con autismo son muy diversos, cada uno tiene sus particularidades, cada caso es diferente. Por esto, los resultados terapéuticos son diferentes dependiendo de cada uno y de la modalidad terapéutica que se haya utilizado en su intervención. Es por esto que la evaluación continua es necesaria ya que a medida que cambian las necesidades del niño el tratamiento debe de cambiar también, adaptándose de forma continua a estas necesidades.

Arriba se presentaron las características fundamentales que se han de tomar en cuenta al momento de intervenir de manera cognitivo-conductual en el autismo. A partir de éstas se han desarrollado múltiples métodos y técnicas que se basan en las teorías cognitivo-conductuales, pero que se desempeñan de manera diferente.

Como se puede apreciar, a partir de lo presentado anteriormente referente a la teoría cognitivo conductual en el autismo y al tratamiento denominado en este trabajo como *adaptativo*, la intención de este último es lograr que el niño con autismo funcione en la sociedad y en su medio por medio del aprendizaje de ciertas conductas y la eliminación o manipulación de otras. Los ambientes estructurados, la dirección del terapeuta y muchas otras variables que deben de ser sumamente controladas, posibilitan la enseñanza de cómo vivir de acuerdo a las exigencias de la sociedad a los niños con autismo. Es importante mencionar que los esfuerzos hechos en este sentido han tenido resultados positivos y se podría decir que los objetivos de la terapia quedan, en gran parte de los casos, cubiertos. Sin embargo, la pregunta que no aparece en este tipo de terapias es:

¿Qué quiere el niño con autismo?, ¿Cuál es su deseo?, ¿A partir de que surgieron esas conductas? Estas y muchas otras interrogantes son las que se intentan explicar por medio de la otra modalidad terapéutica concerniente a esta tesis: el tratamiento *subjetivo*.

2.2 TRATAMIENTO SUBJETIVO DEL AUTISMO

El tratamiento denominado, en este trabajo, como subjetivo tiene como fin la emergencia del sujeto psíquico y encuentra sus fundamentos en las teorías psicoanalíticas propuestas por Jacques Lacan y Sigmund Freud. El abordaje psicoanalítico del autismo varía de manera considerable de acuerdo a las escuelas, las cuales han sido presentadas en capítulos anteriores, y a las corrientes de pensamiento que las atraviesan. No obstante, estos enfoques tienen en común el intento de restablecer la significación del autismo en su vínculo con la sexualidad y por consiguiente el surgimiento del sujeto. En el presente apartado, se busca dilucidar qué se entiende por sujeto en psicoanálisis, qué es lo que sucede en el autismo en relación a esto y qué se espera y se busca en una intervención psicoanalítica sobre el padecimiento. Esto último se apoya en la presentación de un caso clínico con el fin de ejemplificar.

Es importante mencionar que desde la perspectiva psicoanalítica, la manera de concebir y estudiar al autismo es sumamente diferente a la que hasta el momento se ha expuesto, por lo mismo, es necesario presentar cómo es que esta disciplina lo explica.

2.2.a PSICOANÁLISIS Y AUTISMO

Como ya se dijo anteriormente y en repetidas ocasiones, en 1943, Leo Kanner hizo una descripción clínica, la cual sigue siendo válida, del síndrome que nos ocupa. Treinta años después el psiquiatra presentó un estudio, (Kanner, 1971), en el que le daba seguimiento a los 11 niños que participaron en el estudio original. En la presentación de cada uno de los casos, Kanner hizo una brevísima descripción de la situación familiar y de ciertas características de los padres de los niños, encontrando algunas similitudes, por ejemplo: todos los niños eran hijos de padres sumamente inteligentes; el entorno familiar tendía a ser obsesivo; y los padres, los abuelos y algunos familiares solían interesarse en cuestiones abstractas de naturaleza científica, literaria y artística mostrando poco interés hacia las personas. Sin embargo, en el mismo artículo Kanner no atribuyó el

autismo a las formas de relación padres-hijo, sino que hizo énfasis en la cuestión innata del déficit, reiterando así su convicción por una etiología biológica, pese a que no cerró las puertas a otras posibilidades teóricas, entre ellas al psicoanálisis.

Es precisamente de la psicogénesis de la cual el psicoanálisis hará fundamento para intentar explicar el autismo, haciéndose cargo y tomando en cuenta la dimensión psíquica de la patología. El abordaje psicoanalítico del autismo deja de lado la pureza nosográfica con la que se describe clínicamente al síndrome para tomar en cuenta al síntoma desde una perspectiva diferente: hablará en lugar de ser silenciado. La apuesta terapéutica no gira alrededor de éste, no se busca eliminarlo o cambiarlo, más bien, se coloca al lenguaje en el lugar del síntoma, partiendo de la premisa de que en el psicoanálisis el sujeto es aquel del inconsciente y del lenguaje o el sujeto psíquico. El abordaje terapéutico que busca la emergencia del sujeto psíquico buscará hacer aparecer a un sujeto cuyas manifestaciones determinarán el ritmo de la cura.

Pero, ¿qué está detrás de ese sujeto autista cuyas funciones subjetivas están alteradas? ¿A qué se hace referencia con el término "sujeto psíquico" y cómo se relaciona esto con el autismo? Para poder responder a estas preguntas es necesario remontarnos al surgimiento del término. Como ya se especificó en el primer capítulo de este trabajo, el término autismo fue utilizado por primera vez en 1911 por Eugen Bleuler, en su principal obra *Dementia praecox: el grupo de las esquizofrenias*, (Bleuler, 1960). La manera en que el psiquiatra forjó el término se revela en una carta de Carl Gustav Jung a Sigmund Freud, fechada el 13 de mayo de 1907. De acuerdo a ésta, Bleuler se negaba a emplear la palabra *autoerotismo*, introducida por Havelock Ellis y retomada por Freud, por considerar que su contenido era demasiado sexual. En consecuencia, adoptó "autismo" como forma contracta de "auto" y "erotismo". Freud conservó *autoerotismo* para designar el mismo fenómeno. (Plon, M., Roudinesco, E., 2008).

El autoerotismo es una forma de manifestación de la pulsión sexual en la que ésta no se dirige a objetos exteriores, sino que se satisface en el cuerpo propio del sujeto. Es decir, el cuerpo es el objeto susceptible de procurar la satisfacción. En un principio la vida sexual es autoerótica, el bebé satisface sus

pulsiones en las *zonas erógenas*⁴, para posteriormente, dirigir las al exterior. En el autismo esto último no sucede, el objeto al cual está dirigida la pulsión no está bien establecido, al no haber una diferenciación clara entre él y el otro semejante ni entre él y el Otro del mundo del lenguaje, la libido no tiene una dirección definida al exterior, la pulsión sexual se satisface en el propio cuerpo y los objetos del mundo exterior son usados como estimulación de los sentidos, lo mismo que las palabras (ecolalia): su uso no es el que es compartido socialmente, pero si son o pueden ser objetos externos al niño.

El otro semejante y el Otro del mundo del lenguaje no existen para el autista porque no está constituido como un sujeto psíquico, su yo no se ha formado en una imagen unitaria de su cuerpo, porque no ha pasado por el reconocimiento del Otro como un ser hablante, sujeto posible de deseo. Su aparato psíquico no está estructurado, de hecho algunos autores consideran al autismo como una patología preestructural, en donde únicamente se busca la satisfacción de las necesidades vitales elementales. (Yankelevich, 2003). El lenguaje juega un papel fundamental en la organización del aparato psíquico ya que estructura toda la dimensión de la experiencia humana.

La única alternativa para que se produzca un sujeto psíquico se articula a partir de lo simbólico, que aparece como su antecedente y su consecuencia. Antes de que el niño nazca hay un antecedente simbólico, el sistema del lenguaje lo preexiste pero el niño está, todavía, fuera de él, aun no está inmerso en este campo. Se hace entonces necesario que el niño se inscriba en el orden del lenguaje, incorporándolo a la vez a sí mismo, para conseguir la asunción de la condición humana. (Jerusalinsky, A., 1988).

Al niño lo antecede el lenguaje porque existe psíquicamente en la madre antes de nacer e incluso antes de ser gestado. Una red de lenguaje, propia a cada cultura, preexiste la llegada al mundo del niño, quien se encuentra inmerso en ella en el momento de nacer. (Egge, 2008). La manera en que la cultura, fundada en la

⁴ Toda región susceptible de ser lugar para una excitación sexual, entre ellas zona oral, anal, uretro-genital, pezón, etc. Las zonas erógenas son , en el desarrollo psicosexual, los puntos de intercambios con el ambiente, y requieren la máxima atención, cuidados y, por consiguiente, excitaciones.(Laplanche, J., Pontalis, B., 1996).

ley que prohíbe el incesto, se inserta en la madre, le produce una falta: no todo le está permitido. Esto tendrá consecuencias en la manera en que el niño a su vez asume esta prohibición. Una madre que puede otorgar su falta al niño, lo incluye en el mundo del lenguaje desde antes de su nacimiento. El niño es hablado e imaginado por sus padres incluso antes de ser gestado. Durante el embarazo, su llegada es esperada, se crea un espacio específico para él, se le da un nombre, se piensa en un posible futuro y se crean múltiples expectativas y deseos que funcionan como soporte.

De acuerdo a Piera Aulagnier (1994), cuando a las madres de psicóticos se les pregunta cómo transcurrió su embarazo y qué pueden decir de esa época, es común que respondan refiriéndose a su propio cuerpo, por ejemplo:

a] Transcurrió muy bien, ha sido la única vez en que, durante un largo periodo, no tuve perturbaciones urinaria; sin duda mi hijo, al desarrollarse, hacía contrapeso sobre mis órganos y los sostenía, liberando mi vejiga.

b] Fue un periodo difícil, me dolía continuamente el estómago, pienso que era a causa del niño que, al engordar, me pesaba sobre los intestinos y hacía que todo se subiera al estómago. (Aulagnier, 1994, p. 289)

En ambos casos, el hijo es representado como un “objeto orgánico”. En otro ejemplo una madre habla acerca de la razón por la que tiene dificultades con su suegra:

Dice que soy una mala madre; entre otras cosas me reprocha que nunca le tejiese una chambrita a mi hijo. ¿Cómo se puede tejer una prenda para alguien cuyo cuerpo no se conoce? No veo cómo podría hacerlo. (Aulagnier, 1994, p. 289).

En los tres ejemplos presentados anteriormente parece existir una imposibilidad de representar imaginariamente al hijo por venir, la relación se juega entre la madre y una masa que está al interior de ella misma. Esta incapacidad de imaginar a su hijo es consecuencia de una incapacidad materna de otorgar su falta, mas adelante en este mismo capítulo se hablará de esto.

En relación a lo anterior, Lacan, haciendo referencia a la observación pertinente del doctor Cooper decía que “para obtener un niño psicótico hace falta por lo menos el trabajo de dos generaciones, ya que él mismo es el fruto de la

tercera” (Lacan, 1967, p. 151). La posibilidad de la madre de imaginar, dar nombre y palabra a su hijo se articula en la manera en que ella vivió su Complejo de Edipo y las consecuencias que se derivan a partir de esto. En psicoanálisis a esto se le denomina Deseo de la Madre y es la puerta de entrada del niño al mundo de lo simbólico, del lenguaje.

- **Función de la madre, complejo de Edipo y metáfora paterna**

Cuando el niño nace trae consigo una inmadurez biológica que no le permite hacer frente, por sí mismo, a los estímulos externos y a las pulsiones que demandan ser satisfechas. Para sobrevivir, el lactante necesita de otro capaz de satisfacer sus necesidades (sed, hambre, etc.) y de poner fin a la tensión interna que lo invade y que no puede interpretar. Es necesario que alguien lo reciba y funja como agente de interpretación ante las necesidades del niño con el fin de resolverlas por medio de acciones específicas. Este alguien generalmente es la madre. Ella, o quién realiza su función introduce al niño en el orden simbólico.

Cuando el niño nace emite un grito que manifiesta alguna necesidad vital. En un principio este grito no se dirige a nadie, sin embargo cuando es escuchado e interpretado por alguien que por medio de un acto consuela y satisface, el niño puede percibir la existencia de Otro a quien puede dirigirse, es así como el grito se convierte en llamada. Una vez que este grito es llamada se convierte en una demanda de la presencia de la madre, quien tiene la labor de interpretar las diferentes necesidades (si es un llanto de hambre, de sueño, de dolor, etc.) y de acuerdo a esto actuar. Es decir, la madre responde a la llamada e interpreta al niño su necesidad y su sentir.

La alternancia de la presencia y la ausencia, la frustración⁵ aceptada por el niño lo llevan a una primera experiencia de la falta en la madre y en él ésta es la introducción al registro simbólico. Es así como empieza un intercambio en código (simbólico) entre la madre y su hijo. Para éste último la madre es omnipotente,

⁵ Lacan compara los tres tiempos del Edipo distinguiendo tres variedades de la falta: castración, privación y frustración. La frustración es imaginaria, pero afecta a un objeto real; la privación es una falta real, aunque no afecta sino a un objeto simbólico; en cuanto a la castración, no teniendo fundamento en la realidad, amputa simbólicamente al sujeto de algo imaginario.

depende totalmente de ella. Su presencia y su ausencia irán construyendo en el niño a ese otro necesario para la estructuración de su psiquismo. La madre, por medio de sus acciones investirá narcisísticamente al niño, cuestión fundamental para la formación simultánea de su yo y de un otro. Estas cuestiones se tocarán más adelante.

Cuando el cuidado materno, o sea, la satisfacción de las necesidades vitales, se une al afecto que ella demuestra por medio de la palabra y las caricias, se introduce el *don de amor*⁶ en la relación madre-hijo. Es decir, cuando la madre se ocupa de las necesidades del niño con una carga afectiva ella interpreta el mundo para el niño y le da un significado motivado por su deseo, lo que le permite recibir al niño en el lugar de su falta. Para que esto suceda es necesario que la madre esté estructurada en el complejo de Edipo y en la metáfora paterna.

Lo que se podría denominar como la “dimensión histórica materna” (Aulagnier, 1994), es indispensable para que el sujeto sea reconocido a su vez como eslabón que viene a insertarse en una cadena significativa (se explicará más adelante). Es decir, la manera en que la madre pasó, durante la infancia, su propio Edipo y únicamente si la Función del Padre operó sobre ella, es que el hijo es objeto de deseo y sólo si esto sucede se podrá inscribir el niño en el registro simbólico.

La manera en que se desarrolla el complejo de Edipo en la mujer es distinta a la del hombre porque para ella hay una fase preedípica dominada por el complejo negativo. Durante esta primera fase el primer objeto de amor de la niña es la madre, ya que las condiciones primarias de elección de objeto (satisfacción de las necesidades) son iguales para todos los niños. También, en un principio, la genitalidad de la niña es de carácter masculino: el clítoris es la zona genital predominante. Tanto la zona genital como el objeto de amor sufren cambios una vez que la niña entra de lleno a la fase edípica. El objeto de amor hace un trueque de la madre hacia el padre, mientras que la niña renuncia al clítoris a favor de una

⁶ El don implica todo el ciclo de intercambio en el que se introduce el sujeto desde los primeros momentos. Surge de un más allá de la relación objetal, pues supone todo el orden del intercambio en el que ya ha entrado el niño, y cobra su significación como tal sólo a partir de la ausencia, que lo constituye como propiamente simbólico. (Pieck, 2007).

nueva zona, la vagina, es decir, su vida sexual es ahora específicamente femenina. En la medida que la niña cambia de zona genital predominante, también lo hace el sexo del objeto de amor. Estos cambios son consecuencia de que la niña da cuenta de su castración (dar cuenta de su castración es lo que lleva a la niña de la fase preedípica a el complejo de Edipo como tal), ella descubre su inferioridad orgánica ante la vista del órgano genital masculino. Como consecuencia desvaloriza profundamente toda la feminidad y con ella también a la madre, a quien le reprocha no haberle dado un órgano genital completo y el haberla traído al mundo como mujer. Es por esto que se rompe ese primer vínculo otrora poderoso y el deseo de la niña se vuelve hacia el padre ya que desea el pene que la madre le ha denegado y que ahora espera del él. (Freud, S., 1933).

De este deseo infantil incestuoso de parte de la niña hacia su padre es que surge la falta en la futura madre, ella quiere tener un hijo con el padre. Pero, al verse decepcionada por éste lo reemplaza por otro hombre, uno con quien sea posible tener lo que le falta, el falo=hijo. La metáfora paterna, entonces, va a dejar en la futura madre la falta que se especifica en el deseo del hijo. El vacío que deja la falta en la madre es, simbólicamente, llenado por el hijo. El falo es la falta en la cual el hijo se insertará para poder entrar a lo simbólico. El falo es lo que la madre desea, el niño es el objeto usado por la madre para la satisfacción, ella lo ubica como su falta y él se ofrece como objeto, él quiere ser eso que la madre desea para saturar la falta materna.

Cuando la madre le otorga ese lugar al niño, le da la posibilidad de insertarse en un mundo regulado por las leyes del lenguaje, digamos que este vínculo madre-hijo es el primer vehículo del lenguaje. Sin embargo, el niño está fuera del lenguaje, éste lo preexiste, mas no lo incluye, el niño debe hacer suyo ese lenguaje, debe hacerse comprender por el Otro del cual depende totalmente y entrar en dialéctica con él para poder separarse y encontrar una posición subjetiva. La dimensión madre-niño, durante la lactancia, es casi perfecta, porque casi no hay otro elemento entre los dos, la madre le brinda todo al niño generando una relación de absoluta dependencia. Pero existe una falla en la diada, una imperfección en donde se va a insertar la ley del padre, es decir, en donde se va a

llevar a cabo la metáfora paterna que ahora operará sobre el niño. Al ser portador de la ley, el padre también la obedece; se prohíbe retener a su hija como objeto de deseo; la frustración ubica a la futura madre como faltante. La metáfora que opera sobre la madre primero y que posibilita la entrada del niño a lo simbólico, tendrá también que operar sobre el hijo.

Este proceso ocurre cuando el niño hace de su madre una madre simbólica. La imperfección de la que se habló en el párrafo anterior alude a que la madre no es absoluta para el niño, es buena, más no absoluta, ella no puede estar totalmente disponible para su hijo. Frente al grito del niño, ante la necesidad, la madre se presenta como un Otro omnipotente que tiene el poder de responder o no al llamado. Ante esto (la presencia-ausencia de la madre) el niño experimenta frustración. Esta actitud de la madre inserta un tercer elemento que intervendrá en la falla de la diada madre-hijo. Este tercer elemento puede ser el padre del niño o alguna actividad, compromiso o circunstancia que sea tomado por la madre como objeto de deseo, que triangule su relación con el bebé. El interés de la madre se dirige hacia este tercer elemento, y es él quien introduce una hiancia entre la madre y el niño y con el cual se significa el conflicto edípico que posteriormente se cristaliza en la fórmula de la metáfora paterna.

Para que haya un sujeto psíquico es necesario atravesar el complejo de Edipo, mito fundador del psicoanálisis y estructura simbólica que preexiste a cada sujeto y que interviene para dar un lugar en el mundo al niño a partir de sus principales referentes, la madre y el padre. (Egge, 2008). De acuerdo a Freud el complejo de Edipo es la relación triangular madre-padre-hijo; Lacan desplaza esta idea freudiana e introduce un cuarto elemento axial: el falo. Este elemento es lo que está en juego en el Edipo, no es equivalente al órgano, es el significante de la totalidad: el objeto que completa el todo y que al no ser propiedad inherente al ser hablante, entra en circulación y se ubica por momentos en determinada configuración. Para explicar la participación de los cuatro elementos involucrados, Lacan distingue tres tiempos lógicos del Edipo:

En el *primer tiempo* el niño se identifica con el objeto de deseo de la madre: el falo. Aquí el niño constituye su yo (estadio del espejo, se explicará más

adelante) como primordialmente alienado ya que se identifica con la imagen ideal que le ofrece la madre. A lo que se enfrenta el niño es a “ser o no ser” el objeto de deseo de la madre. En este tiempo la madre es un Otro absoluto que responde al grito del niño de acuerdo a su propia voluntad. (Tendlarz, 1996).

En este tiempo es en donde el deseo materno tiene una participación crucial, va a ser de suma importancia para la formación del sujeto psíquico. Para el niño la madre funge como soporte de proyecciones, al nacer, el niño, es un cúmulo de pulsiones que están totalmente orientadas a la satisfacción, la madre es la que permitirá, por diferentes medios, la descarga de éstas. Como sujeto de deseo (el inconsciente materno es sede de un conjunto de deseos reprimidos) lo que marque en el cuerpo del niño a través de sus cuidados, será la introducción de su sexualidad; la mirada, la caricia, la palabra, el acogimiento, la ternura, el afecto que la madre tiene hacia el niño funcionarán como formas de erotización que determinarán la sexualidad, y por lo tanto el destino de las fuentes pulsionales del cuerpo. Esto se logra únicamente si la madre tiene la posibilidad de ver a su hijo como un todo, (si ella reconoce su castración). El estructuralismo plantea que el niño, al encontrar su lugar en el deseo materno, entra como significante fálico (representa eso que le falta a la madre tras haber superado su Edipo) para después ser separado por intermediación del Nombre del Padre. (Belichmar, S., 1984).

La inauguración de la simbolización se produce en el *segundo tiempo* del Edipo. Lacan explica esto haciendo alusión al juego del carrete (Fort-Da) descrito por Freud en “Más allá del principio del placer”. Para poder soportar la partida (ausencia y presencia) de la madre, el niño juega a ser él quien a su antojo, hace aparecer y desaparecer ese carrete que simboliza a la madre. Ahí el pequeño simboliza de manera activa esta experiencia, la cual vivió de manera pasiva, con el fin de descargar su angustia. Es en este tiempo cuando se introduce un tercer elemento, la ley paterna, que interviene con la palabra por medio de la prohibición del incesto. Del lado materno la ley del padre funciona como la negativa de reintegrar su producto, mientras que en el niño, el Nombre del Padre (se explicará

más adelante) lo separa de su identificación con el objeto de deseo materno. (Tendlarz, 1996).

En este tiempo la madre pasa a ser un Otro tachado que indica su castración y también se da la inclusión del niño en el lenguaje, en lo simbólico, en el mundo social, del Otro. Esta inclusión implica a un sujeto con palabra, deseo, decisión, presencia, etc. Cuando el bebé llora, como ya se dijo anteriormente, suscita una respuesta en el Otro. Posteriormente ese grito se convertirá en llamada, lo que implica la entrada del sujeto a la cadena significativa. Es aquí en donde el sujeto se constituye. Lacan define al sujeto como lo que un significante (S_1) representa para otro significante (S_2). El sujeto es antecedente y consecuencia del significante. El sujeto, el inconsciente y el deseo, se ubican en el intervalo de la cadena significativa, en su hiancia. El S_1 es el significante del Nombre del Padre, el significante amo, aquel que tiene el falo, la ley, el Ideal. El S_2 es el efecto, la consecuencia, el Otro que da sentido al S_1 , el garante de la palabra. Y únicamente cuando el sujeto queda en el intervalo es que se da la extracción del *objeto a*⁷, que implicaría la inscripción de la falta, o sea, el niño tiene el falo. (Tendlarz, 1996).

El *tercer tiempo* corresponde a la declinación del Edipo, aquí el niño pasa de ser el falo de la madre a la problemática de tenerlo:

El padre real aparece como soporte de las identificaciones del Ideal del yo que permiten la nominación del deseo. El varón encuentra un sentido a su órgano identificándose al padre como el que tiene el falo: recibe la promesa fálica de que, como el padre, también recibirá el falo; puede acceder sobre la base de aceptar no serlo. La niña se confronta al Penisneid (envidia del pene) y tramita de distintas maneras su falta en tener: a través del parecer (mascarada), de la maternidad, y del hacerse amar correspondiente a la demanda de amor dirigida al partenaire. (Tendlarz, 1996, p. 40).

De manera estrictamente formal, la única función es la del padre, en el sentido de que la emergencia de un sujeto psíquico se articula a partir de lo

⁷ *Objeto a* es un concepto creado por Lacan para nombrar la falta estructural de objeto. En el vacío central que organiza la estructura –que corresponde al concepto de castración freudiano- se aloja una serie de objetos –oral, anal, mirada y voz- en relación a los cuales se constituye la pulsión que se satisface sin alcanzar nunca al *objeto a*. El *objeto a*, en realidad no es un objeto del mundo, no es representable, es imposible de captar y se constituye a partir de la operación lógica de *separación*. (Tendlarz, 1996).

simbólico y que no hay verdaderamente agente materno sin referencia a la Función del Padre porque este agente se constituye como tal sólo en su nombre. (Jerusalinsky, 1988). Sin embargo, es importante hablar de la función materna en un sentido descriptivo, como agente de intermediación de lo simbólico para el niño. Además, quien tiene la llave maestra para dejar al padre ejercer o no su función es la madre, es decir, el lugar que ella reserva para que el Nombre-del-Padre pueda promover la ley, el lugar que ella da a la palabra del padre, a su autoridad, permitirá o no que la función del padre opere sobre el niño como representante de la ley familiar y pueda fungir como separador de la diada madre-hijo con el fin de que este último se anude a la cultura como un sujeto y encuentre un nuevo lugar para hacer su camino.

Para explicar la entrada de la función paterna en la diada madre-hijo, Lacan utiliza la fórmula de la metáfora paterna, es decir, se realiza una operación metafórica que sustituye el Deseo-de-la-Madre por el Nombre-del-Padre. El Deseo-de-la-Madre implica un goce enigmático y angustiante para el niño. Cuando el Nombre-del-Padre sustituye al Deseo-de-la-Madre logra significarlo en términos de falo, aliviando la angustia del niño. La significación fálica de lo que es El Deseo-de-la-Madre queda guardada a nivel inconsciente, pero inconsciente originario, porque siempre va a estar la pregunta de qué es el deseo del Otro. Entonces, la función del padre es ordenar y dar cuenta de lo que es el deseo, el niño puede ubicarse de acuerdo a esto, no como objeto usado por la madre para su satisfacción, sino como un sujeto cuyo sentido interroga eventualmente para descifrarlo.

$$\frac{\text{Nombre del Padre}}{\text{Deseo de la Madre}} = \frac{\text{Deseo de la Madre}}{X} = \text{Nombre del Padre} \quad \left[\begin{array}{c} A \\ \hline \text{falo} \end{array} \right]$$

- **Formación de la función del yo:
estadio del espejo y narcisismo**

En el apartado anterior se habló de la constitución del sujeto psíquico a partir de la instauración del conflicto edípico y su posterior cristalización en la metáfora paterna. Sin embargo el efecto de la función paterna en la resolución del Edipo, se puede localizar antes de la etapa fálica freudiana, que es alrededor de los 3 ó 4 años, cuando el niño empieza a lograr cierta autonomía en su posición erguida, aun antes de que haya sido completada. Este efecto es el de la castración y la autonomía lograda que le precede alcanza la constitución del yo, instancia importantísima para la organización del aparato psíquico. El yo funciona como límite englobante y diferenciador, de hecho es impensable una tópica que no parta de éste. A partir de la unificación que lo convoca se constituye un interno-interno desde donde el sujeto se sitúa y que implica que aquello que venga del exterior (externo-externo) y del inconsciente (interno-externo) le resulten extraños a sí mismo. (Bleichmar, 1984). Y sólo cuando esto sucede el niño puede ubicar el real de su cuerpo con los registros imaginario/simbólico que entran en juego en la relación madre-hijo. Sin embargo, para la constitución del yo se tienen que dar una serie de condiciones, entre ellas un fenómeno especular que demuestra el paso del individuo a un estadio donde se puede observar las más temprana formación de esta instancia.

Correspondiente a la declinación del destete, entre los seis y dieciocho meses de edad, ocurre lo que Lacan denominó como Estadio del Espejo. En estos primeros momentos al *infans*⁸ lo caracteriza una prematuración específica de su nacimiento, relacionada con la inmadurez de su Sistema Nervioso: los tractos piramidales aún no están mielinizados y como consecuencia existe una falta de coordinación y de dominio en los movimientos y en la marcha que ni siquiera le permiten alcanzar del todo una postura erecta. Este niño pre-especular se vive como fragmentado, despedazado, no hay diferencia entre él y el Otro materno ni entre él y el mundo exterior, la condición de inacabamiento anatómico que vivencia no le permite hacer la distinción.

Cuando su madre lo sostiene enfrente del espejo, el bebé suspende su actitud en una postura erecta que produce en el espejo, una imagen de aparente

⁸ Término que Lacan emplea para caracterizar al niño que aún no utiliza el lenguaje.

autonomía respecto del apoyo brindado por la madre o por la andadera que lo sostiene. La estabilidad de la postura erecta que el niño ve en la imagen especular, suscita la identificación en que el yo encuentra su punto de partida y deja su huella para siempre. Al ver esta postura y reconocer su imagen en el espejo el niño ofrece un espectáculo impresionante para quien lo observa: estalla en júbilo al darse cuenta de que esa imagen es él, al relacionar los movimientos asumidos de la imagen con su medio ambiente reflejado, o sea, con su propio cuerpo y con las personas y los objetos que se encuentran junto a él. El júbilo expresado denota que el infans tiene la ilusión de ser capaz de controlar a la perfección la propia imagen con los movimientos del propio cuerpo y que se le ha dado muerte a la insuficiencia vital que lo limitaba y provocaba una dependencia total de Otro hasta ese momento.

La imagen especular "...es la matriz simbólica en la que el yo [je] se precipita en una forma primordial, antes de objetivarse en la dialéctica de identificación con el otro y antes de que el lenguaje le restituya en lo universal su función de sujeto" (Lacan, 2003). De aquí la más temprana formación del yo. Pero, para que el niño pueda apropiarse y reconocerse en esta imagen constituyente del yo unificado, es importante que tenga un lugar en el gran Otro, en este caso encarnado por la madre (aquella que lo sostiene, que le da soporte), lugar, que como ya se dijo anteriormente tiene que ver con el Deseo-de-la-Madre y la falta que ella le otorga.

La madre, cuya presencia es importante en el seno de la experiencia especular, reconoce a su hijo como tal y le da un lugar ante la imagen del espejo a partir de un: "eres tú", el cual autentifica el descubrimiento del niño. Es decir, el Otro materno le indica al niño que aquel de la imagen completa, fuera de sí, ahí en el espejo, es él mismo. Este signo de reconocimiento por parte de la madre va a funcionar como un rasgo unario a partir del cual va a constituirse el ideal del yo. La imagen que el niño reconoce en el espejo y que asume como suya es una imagen con la cual se identifica de manera alienante, es una imagen del ideal de sí mismo.

Esa Gestalt imaginaria, forma ortopédica de la realidad del sujeto, se adelanta, precisamente a ésta última, es decir, a un lactante cuya maduración no

ha sido alcanzada. La imagen del espejo tiene la capacidad de engaño, de señuelo. El niño se aliena de manera paranoica a esa imagen que le llega del exterior. Cuando el Otro materno indica que el otro del espejo es el niño, el primero toma el nombre de “yo”. Ese otro es perfecto, completo, sin falta, es el “yo ideal” en un más allá del espejo, mientras que en el más acá, existe la falta, la imperfección, a la cual están vinculadas las sensaciones corporales que el niño siente con displacer. Es por esta dicotomía que nace una división que “...introduce la tensión fundamental que Rimbaud señaló en su aforismo, retomado por Lacan: “yo es otro”. El individuo está alineado a través de la captación de la propia imagen que lo identifica a otro y que produce estructuralmente una relación erótica absolutamente ambivalente puesto que, como para Narciso, la propia imagen le es siempre inalcanzable. La imagen es lo que no soy y tiene lo que yo no tengo” (Egge, 2008).

El niño aspira a esa imagen ideal, la cual se le adelanta, es más a futuro de lo que es la insuficiencia orgánica de su realidad natural. He aquí el yo, identidad enajenante que marcará todo el desarrollo mental del sujeto. De la relación especular deriva tanto el yo como el objeto del deseo del Otro en el cual el yo se aliena y el cual siempre será inaccesible para el sujeto.

La función del estadio del espejo es constituyente, instala la imago del cuerpo completo, que hace posible una relación del organismo con su realidad, el *Innenwelt* (mundo interior) con el *Umwelt* (medio ambiente). De esa alienación en esa imagen, el surgimiento del yo ideal, al que se añadirán las identificaciones secundarias, y que sitúa a la instancia del yo en una línea de ficción, inaccesible para siempre por el individuo.

La realidad, sometida inicialmente a un despedazamiento perceptivo, se organiza reflejando las formas del cuerpo que constituyen, prácticamente, el modelo sobre el cual se constituirá el mundo de los objetos. La búsqueda de la unidad afectiva da lugar en el sujeto a las formas en las que representa su identidad, y la forma más intuitiva de ella está constituida por la imagen especular, la cual atrae al sujeto por la unidad mental que la caracteriza. (Lacan, 2003).

La instancia del yo está situada en una línea de ficción, inaccesible para siempre por el individuo porque está en constante aspiración al yo ideal, representado por el otro del espejo, el cual se presenta sin falta. En *Introducción al Narcisismo* (1914, p. 16), Sigmund Freud explica que “el desarrollo del yo consiste en un distanciamiento respecto al narcisismo primario y engendra una intensa aspiración a recobrarlo”. Para poder entender esto, es necesario ir al origen del término narcisismo el cual hace alusión a Narciso, personaje mitológico que se enamora de su propia imagen. En 1899, P. Nácke (Kaufmann, 1996) utilizó la palabra *narcismus* para designar la conducta por la cual un individuo da a su propio cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual. Posteriormente la teoría psicoanalítica freudiana lo remitió a una idea de perversión para después considerarlo dentro del desarrollo sexual regular del hombre. Una vez establecido como una forma de investimento pulsional necesaria para la vida subjetiva, Freud distinguió entre narcisismo primario y narcisismo secundario, siendo el primero el que coloca Jacques Lacan como primer tiempo de la constitución psíquica, es decir, del desarrollo del yo. El narcisismo secundario, de acuerdo a Freud, se edifica sobre las bases del primero, cuando una originaria investidura libidinal del yo es cedida después a los objetos.

Esta originaria investidura libidinal del yo, es precisamente el narcisismo primario. Cuando el bebé nace, los padres tienen actitudes tiernas hacia él, le atribuyen toda clase de perfecciones y encubren u olvidan los posibles defectos. Para sus padres, el bebé es perfecto, él logrará lo que ellos no pudieron, cumplirá sus sueños y sus deseos irrealizados:

El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe de ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación His Majesty the Baby. (Freud, 1914).

De esta manera el niño queda investido narcisísticamente hacia un ideal, el ideal del yo, al cual intentara alcanzar de manera constante durante toda su vida

sin poder lograrlo. Este ideal, posee todas las perfecciones valiosas, el sujeto no quiere privarse de esa perfección narcisista que experimentó durante la infancia.

Aquel otro del espejo, del cual se habló anteriormente, no es más que el reflejo de ese yo ideal, sin falta, perfecto y como lo indica su nombre, idealizado, es decir, engrandecido y realizado psíquicamente. El sujeto realiza un investimento pulsional, deseante y amoroso sobre sí mismo o sobre la imagen de sí mismo con la que se identifica, inviste a un objeto exterior a él que se supone que es él mismo.

Este yo ideal, el otro de la imagen del espejo, aumenta las exigencias del yo y favorece al máximo la represión (la conciencia moral a partir de la influencia de los padres y el medio social) ya que está velando constantemente el aseguramiento de la satisfacción narcisista que genera.

Anteriormente se hablo de que el niño se aliena de manera paranoica a la imagen que le llega del exterior, esta imagen es la del espejo, sin falta y dominada por el yo ideal. La alineación es paranoica porque la imagen propia no llega más que del exterior, es necesaria una alienación en el otro para poder acceder al conocimiento propio. El aforismo de Rimbaud aparece nuevamente, *yo es otro*, otro que permite un conocimiento de sí mismo y que a la vez es formado por las atribuciones que hacen los padres a *His Majesty the Baby*.

Tanto el estadio del espejo, como el narcisismo son momentos estructurantes de la psique, es decir, necesarios para la emergencia del sujeto psicoanalítico. El yo, instancia importantísima para la constitución del aparato, encuentra sus fundamentos en la conjugación de ambos momentos. Así mismo, la entrada del niño al registro simbólico implica ya a un sujeto. Sin embargo, estos tiempos, estos momentos estructurantes pueden tener un accidente (la falla simbólica), de hecho no puede no haber accidente, de ahí las diferentes estructuras: neurótica, psicótica o perversa. Siendo el tema principal de este trabajo el autismo, es necesario hablar de la posible estructura que lo determina, también es necesario hablar de la estructura psicótica, ya que, para muchos teóricos del psicoanálisis, el autismo es parte de las psicosis infantiles.

- **Estructura psicótica/ estructura autista**

Anteriormente se habló de todo aquello que tiene que suceder para la emergencia del sujeto psíquico. El deseo de la madre, el complejo de Edipo, la metáfora paterna, el estadio del Espejo y el narcisismo son fundamentales en este proceso. ¿Qué es lo que sucede, en cuanto al sujeto psíquico, en el autismo? En psicoanálisis existe más de una explicación al respecto sin ser ninguna definitiva. Es necesario, para hablar del tema, también hacer hincapié en ciertos aspectos de la psicosis ya que no hay una distinción clara entre ésta estructura y el autismo, además de que existen muchas opiniones al respecto.

AUTISMO Y PSICOSIS

El autismo en un principio fue incluido dentro de las esquizofrenias, y posteriormente en las psicosis infantiles. Actualmente y de acuerdo al psicoanálisis se pueden definir dos tendencias fundamentales en cuanto a su descripción y clasificación: una que lo ubica dentro de la estructura psicótica, y otra, que lo propone como cuarta estructura.

En la conferencia del Síntoma que se llevó a cabo en Ginebra, Lacan menciona lo siguiente: “...en el autista, o en aquel que es llamado esquizofrénico...” (Lacan, 1987 citado en Egge, 2008, p. 76). Con esta frase el analista da a entender que no existe diferencia entre autismo y psicosis a nivel estructural, marcando la pauta de una de las tendencias psicoanalíticas para explicar el padecimiento. Esta posición habla de que en el autismo hay un Otro simbólico presente desde el inicio aunque en su forma más elemental, lo que se da a notar en la manera en que los niños tratan su propio cuerpo y los objetos. De acuerdo a Martín Egge (2008) se puede establecer una diferencia entre psicosis con fenómenos delirantes y autismo precoz haciendo referencia al concepto de regresión. En el psicótico lo imaginario y lo simbólico del lenguaje ya están desarrollados, y muchos de los elementos del delirio son recuperados de ahí. Esto no es así en el autismo, lo imaginario y lo simbólico tienen una regulación mínima y el niño utiliza medios arcaicos como el ritmo, la repetición, el balanceo, la ecolalia, etc. para construir una alternancia.

Por su parte Robert y Rosine Lefort (1954), propusieron al autismo como una cuarta estructura a parte de la psicosis, la neurosis y la perversión. De acuerdo a ellos, el autismo tiene una estructura específica que, además de comprender la primera infancia, incluye la adolescencia y la edad adulta. Ellos plantean que el delirio del esquizofrénico puede ser autista, pero que el autista no delira. Además, la esquizofrenia presenta una evolución que alterna fases de normalidad y que puede presentar una evolución letal o puede resultar en un delirio paranoide. De acuerdo a estos autores, la principal diferencia radica en el tipo de forclusión⁹:

Un primer tipo de forclusión corresponde a la Bejahung (afirmación), la función que afirma la representación de algunos elementos a partir de la percepción, y no excluye a otros, aislando un primer cuerpo de significantes. La esencia de la acción forclusiva de la Bejahung determina la esencia de la falta: lo real no consigue ser negativizado. Si la Bejahung atañe al juicio de atribución, la Verneinung (negación) corresponde al juicio de existencia y se abre a lo simbólico a través de la metáfora del Nombre-del-Padre. En el caso de forclusión de la Bejahung, el sujeto se halla confrontado a lo real procedente de la sexuación. (Egge, 2008, p. 66).

Otra diferencia que encuentran estos autores es que al Otro del psicótico no le falta significante, pero presenta un agujero que el sujeto intenta llenar. Sin embargo hay Otro y hay objeto, y por lo tanto pulsión a partir del objeto real, y el goce es del Otro. En cambio, en el autismo, dado el fracaso masivo de la metáfora paterna, no hay ni Otro ni objeto, el goce se iguala a la destrucción y en ausencia de cada objeto, sólo queda la pulsión de muerte. (Egge, 2008).

Ellos también diferencian el lugar del niño para la madre del psicótico y la del autista. En el primer caso el niño ocupa un lugar en el fantasma materno, es decir, el niño alcanza a ser imaginado por la madre. En el autismo esto no sucede: el niño es un objeto autoerótico, fuera del fantasma, y es por esto que el lugar del

⁹ Concepto elaborado por Jacques Lacan para designar un mecanismo específico de la psicosis por el cual se produce el rechazo de un significante fundamental, expulsado afuera del universo simbólico del sujeto. Cuando se produce este rechazo, el significante está forcluido, no está integrado en el inconsciente, como en la represión, y retorna en forma alucinatoria en lo real del sujeto. (Plon, M., 2008)

padre (metáfora paterna) queda excluido. La madre del autista no logra darle un lugar en su imaginario, es puro real. (Tendlarz, 1996).

De acuerdo a estos autores la salida del autismo sería por el lado de la psicosis, la paranoia o la debilidad mental.

Ambas posturas son válidas; sin embargo la primera tiene más relación en cuanto a lo que se propone en este trabajo, por lo tanto es la que se tomará en cuenta sin dejar de lado algunos de los fundamentos de la postura propuesta por Robert y Rosine Lefort y las de otros autores.

Siguiendo el mismo esquema que se utilizó para dilucidar la emergencia del sujeto psíquico, a continuación se intentará dejar claro cómo es que los *momentos estructurantes*¹⁰ suceden en el autismo sin dejar de lado la psicosis.

FUNCIÓN DE LA MADRE, COMPLEJO DE EDIPO Y METÁFORA PATERNA

Como ya se dijo anteriormente, cuando el niño nace necesita de otro que satisfaga sus necesidades. Para que esto sea posible, el niño emite un grito que posteriormente se convertirá en llamada, la cual implicará una demanda. Esta demanda es interpretada por la madre, quien puede o no responder a ella (presencia-ausencia). La calidad afectiva con que la madre responda a esta demanda tendrá un significado sumamente importante en el desarrollo psíquico del niño. Muchas madres de niños con autismo hablan de depresiones puerperales, por lo que se ven imposibilitadas de transmitir afecto a sus hijos. El don de amor depende precisamente de esto, de que la madre se ocupe de las necesidades de su hijo con una carga afectiva que les permita a ambos crear un intercambio en código (simbólico) de manera que la madre (o quien sea que realice la función de la madre) pueda hacer una interpretación del mundo al niño, y así, recibirlo en el lugar de su falta.

La madre del autista no es capaz de recibir así a su hijo porque queda impedida de donar su falta; un accidente en la manera en que ella quedó estructurada tanto en el complejo de Edipo como en la metáfora paterna se lo impide. Héctor Yankelevich (2003) expone el caso de Fabien, un niño con autismo

¹⁰ Entiéndase por momentos estructurantes el deseo de la madre, el complejo de Edipo, la metáfora paterna, el estadio del Espejo y el narcisismo.

cuya madre había tenido un mal padre y había sido un mal marido para su madre, por lo que en la adolescencia pensó: “Yo no tengo padre, nunca tuve padre” (Yankelevich, 2003, p. 50). De acuerdo al autor, lo que falta en las madres de los niños con autismo es un deseo incestuoso hacia el padre, el cual es la base del deseo.

Pero, ¿por qué la madre del niño autista se ve impedida a donar su falta? En cada uno de los tres tiempos del Edipo de Lacan, el falo juega un papel diferente. En el primer tiempo el niño es el falo de la madre, en el segundo tiempo el niño tiene el falo, mientras que en el tercer tiempo el niño entra en la problemática de tenerlo. De acuerdo a Yankelevich (2003), para las madres de los niños con autismo, su hijo es el falo, pero presente, no faltante, lo que pone en peligro toda la cadena significativa. El caso de Jerome un niño de tres años con autismo, presentado por el mismo autor, ilustra esto:

Durante el embarazo, la madre pensaba que no iba a tener dinero para pagar la maternidad [...] Lo que la madre pensaba era que Jerome no iba a poder salir de su vientre, es decir, que no podría faltarle: se pensaba condenada a seguir teniéndole en su vientre. (Yankelevich, 2003, p. 48).

Entonces se podría decir que el niño queda en el primer tiempo del Edipo, y por lo tanto la inclusión en lo simbólico se ve impedida, ya que ésta se da en el segundo tiempo.

El lugar que el niño ocupa en el deseo de los progenitores y cuáles son las coyunturas simbólicas puestas en juego con su nacimiento tiene mucho que ver con la manera en que el niño se apropia o no de lo simbólico. La historia del sujeto no inicia con él, es necesario ir más allá en la historia familiar. El discurso que lo nombra en un inicio no hace referencia a él sino al personaje que encarna en la escena familiar. El nombre con el que se le designa es de suma importancia para que él ocupe un lugar en el registro simbólico. Los padres de María, una niña autista de 7 años, no la nombraron hasta que ella tenía dos años, antes de eso la llamaban “bebé”. ¿Cómo se podría apropiarse ella de un mundo simbólico si el lugar que debía ocupar no estaba establecido como suyo? El lugar, en el imaginario familiar, que ocupa el niño mucho antes de su nacimiento va a tener muchas implicaciones en la manera en que él es subjetivado.

Una madre que es capaz de otorgar su falta al niño, lo incluye en el mundo del lenguaje desde antes de su nacimiento. Anteriormente, en este mismo capítulo, se ejemplificó cómo las madres de psicóticos no lograban ver a su hijo más allá de un objeto orgánico. El cuerpo del niño es subjetivado como un *objeto a*¹¹, un puro real para la madre. Sólo la inscripción de la falta permite que un niño sea deseado, su falla petrifica al niño como un objeto real puesto que *falta la falta*. La falta implica que el niño va a simbolizar aquello que falta, pero si precisamente no falta nada, no hay un lugar dispuesto a ocuparse. No hay entonces una separación entre las envolturas (elementos del cuerpo) del niño y su madre. Son uno mismo. (Tendlarz, 1996).

Cuando la falta se sutura es porque la ley pierde su eficacia; la madre no desea un hijo, sino algo que la complete, porque en su imaginario la falta no es irremisible. La madre juega un papel sumamente importante respecto a que se lleve a cabo o no la metáfora paterna (generalmente son las madres quienes tienen la llave maestra para dar o no entrada al padre). Cuando la ley no tiene lugar, o sea, la metáfora paterna no sucede, el deseo materno esquivo al Otro con su deseo a través de la forclusión (*Verwerfung*) del Nombre del Padre y captura al hijo. Este es el punto de partida de una estructura psicótica. (Jerusalinsky, 1988).

La forclusión del significante del Nombre del Padre se refiere, de acuerdo a Lacan, a una forclusión simbólica, o sea, se le cierra la puerta al registro simbólico. Esta forclusión atañe al Otro y en consecuencia al sujeto mismo, a causa de la falta del vínculo simbólico fundamental entre el sujeto y el Otro. Hay una falta del significante padre a nivel simbólico, y lo que queda no es más que una función paterna aprisionada en una relación imaginaria, o sea dual, sin poder acceder a una dialéctica triangular. (Egge, 2008).

En la psicosis, la sustitución del Nombre del Padre por el deseo de la madre que sucede en la metáfora paterna no puede producirse a causa de la forclusión del primero (porque falta). Esta falta de padre es por una “omnipotencia materna”, de modo que todo aquello que recuerde que el hijo es el fruto de una unión sexual, y como ser sexual es también hijo de padre, es negado y anulado.

¹¹ Op. cit. 13

Porque la madre del psicótico está fuera de la ley, ella es la ley, no comprende ni incluye las reglas del juego. La razón de ser del hijo no es más que seguir siendo testigo de la excelencia y omnipotencia de la función de la madre. “El hijo no es más que soporte y medio de la demanda, ciertamente jamás del deseo” (Aulagnier, 1994). Al respecto Maud Mannoni (1967, p. 106) cita a una madre haciendo referencia a su hija: “Mi hija no puede recuperar la memoria, dice la madre, su enfermedad la obliga a necesitar de nosotros”. En el discurso de la madre todo está dispuesto para que el sujeto no tenga deseo propio.

A consecuencia de esto lo que es rechazado en el orden simbólico, en el sentido de la forclusión, reaparece en lo real, de ahí el delirio. El psicótico percibe sus palabras como provenientes del Otro, por quien él es hablado, su dicho no lo representa, viene del Otro desde el momento en que no lo reconoce como suyo. (Egge, 2008).

En la psicosis la organización simbólica, por la forclusión del Nombre del Padre, está abolida. El autista y el psicótico no están separados de su Otro a nivel simbólico, son Uno-solo, sin el Otro del lenguaje ya que no se da una primera división entre un representante simbólico de su ser subjetivo, S_1 , y otro significante S_2 , representante del Otro que introduce el mundo externo. Estos dos significantes S_1 y S_2 están compactados en una holofrase¹², no son distinguibles. (Egge, 2008). Es decir, el intervalo (donde se ubica el deseo) entre S_1 y S_2 está solidificado, hay una coagulación entre los dos significantes. (Panetta, M., 2003). A propósito:

La holofrase deroga la distinción entre el sujeto y su Otro: no hay deslizamiento en la cadena significativa, no hay dialéctica sino repetición, hay ecolalia. [...] En el decir de los autistas las palabras provienen del Otro y se confunden con el propio ser. (Egge, 2008, p.78).

La coagulación entre los dos significantes no permite la caída del *objeto a*, y por lo tanto no ocurre la falta puesto que ésta está implicada en la extracción del

¹² El término holofrase, es una palabra que Lacan toma prestada de la lingüística. En el *Seminario I* la define como: “hay frases, expresiones que no pueden descomponerse y que se refieren a una situación tomada en su conjunto: son las holofrases”(Tendlarz, 1996, p. 76).

objeto a. Así, el niño psicótico o autista nunca llega a tener el falo, nunca es incluido en lo simbólico. De ahí la hipótesis de fracaso en la función simbólica desde la cual Lacan concibe a los trastornos psicóticos.

En la psicosis el sujeto está identificado al S_1 porque el significante está holofraseado; no se produce una falta en el sujeto y no se reenvía a otro significante. La falta de intervalo entre S_1 -significante del Nombre del Padre, el significante amo, aquel que tiene el falo, la ley, el Ideal, representante simbólico del ser subjetivo- y S_2 -es el efecto, la consecuencia, el Otro que da sentido al S_1 , el garante de la palabra, el que representa al Otro que introduce al mundo externo- impide la emergencia del deseo del Otro y en su lugar aparece el goce del que el sujeto se vuelve objeto.

Al no haber intervalo en donde se ubique el deseo no hay retroacción significativa, por lo que el discurso del paciente no es dialectizable ni subjetivable. De acuerdo a Lacan los niños autistas están en el lenguaje más no en el discurso, el niño autista recibe su ser del sujeto de su relación con el significante, (del aforismo lacaniano: “*un significante representa un sujeto para otro significante*”.) pero no se hace representante del significante, sino que realiza en lo real la presencia del objeto fantasmático que satura la falta del Otro, por eso no consigue estar en la circulación del discurso. (Egge, 2008).

El niño autista no se hace representar por lo que dice, no se sostiene en su hablar y su pensar, su hablar no lo involucra, no se reconoce en su propio discurso. Él no logra apropiarse del mundo del lenguaje, que incluye al Otro; su lenguaje es algo cerrado porque no incluye al Otro y no va dirigido a un Otro del cual espere respuesta a partir de una demanda¹³, se queda con él, se oye él solo. El Otro a nivel simbólico (el de la palabra, del reconocimiento, el que acepta al niño) está estructuralmente excluido de su mundo, está falto de significante. Tanto el autista como el psicótico tienen muy presente lo real en la palabra por lo que les resulta intrusiva y angustiante. El autista rechaza entonces entrar de manera activa al lenguaje para usarlo. (Egge, 2008).

¹³ La demanda es la segunda potencia del lenguaje, la de atraer la atención, dirigirse a Otro, es así como el sujeto entra en el discurso. La primera potencia del lenguaje es pulsional, el acceso al campo del lenguaje es a través del placer sonoro y rítmico, no va dirigido a nadie. (Egge, 2006).

A diferencia del neurótico, para quien el lenguaje y el goce son dos, el uno y el Otro, para el autista hay sólo el uno. Es por esto que hace una operación de autodefensa clausurándose hacia el mundo externo para no estar a la merced del Otro desregulado y omnipotente.

ESTADIO DEL ESPEJO Y NARCISISMO

Sabemos que la instancia yoica es fundamental para la constitución del aparato psíquico y por lo tanto para que el niño pueda ubicar su cuerpo real en relación a los registros imaginario y simbólico. El estadio del espejo es fundamental para la estructuración del yo. En éste, el niño reacciona con júbilo ante el encuentro con aquel del espejo y en la medida en que se reconoce, aquella imagen engañosa garantiza la realidad de su cuerpo. Al asumir ese cuerpo imaginario como imagen propia, se vierte sobre él la libido y ese cuerpo se convierte en el ideal del yo (soporte del narcisismo). Lo que permite el reconocimiento y todo lo que se desprende a partir de aquel, es la autenticación del descubrimiento del niño por parte del que lo sostiene. Es decir, para que el sujeto se reconozca especularmente debe de haber un reconocimiento de parte de un Otro. Éste último lo reconoce como equivalente del *cuerpo imaginado*¹⁴ que lo precede, entonces el sujeto puede reconocer en aquel del espejo a su ideal del yo (narcisismo primario).

El niño autista no logra reconocerse y por lo tanto apropiarse de la imagen que observa en el espejo. La madre, al verse impedida de donar su falta, no le puede otorgar a su hijo un lugar en el gran Otro, el cual, en la experiencia especular, le permitiría al niño ubicar el real de su cuerpo con los registros imaginario y simbólico.

Como ya se explicó anteriormente, la entrada del niño al registro simbólico está sujeta a ciertos momentos estructurantes. Es fundamental que exista un lugar designado para él en el gran Otro, ya que éste lo recibe para que forme parte del mundo social, cultural, del lenguaje. Pero, ¿Qué pasa en el autismo con el registro imaginario? Cómo ya se dijo anteriormente, el niño está en el imaginario familiar mucho antes de haber nacido; hay un *cuerpo imaginado* que lo precede y

¹⁴ De acuerdo a Piera Aulagnier el inicio del embarazo coincide con la instauración de una relación imaginaria en la que el hijo no es representado por lo que es en su realidad, un embrión, sino por lo que la autora denomina *cuerpo imaginado*, es decir, un cuerpo completo y unificado, imagen sobre la cual se vierte la libido materna. (Aulagnier, 1994)

representa. Las madres de psicóticos y autistas no logran imaginar ese cuerpo, ven a su hijo como puro orgánico. Entonces, cuando el niño se ve en el espejo, no ve más que un real que no hace soporte de imagen para sostener una identificación con el ideal del yo. Pero esta identificación es imposible porque el otro de la imagen (ideal del yo) no aparece, ante la mirada del niño, en el espejo. El otro del espejo es consecuencia del *cuerpo imaginado*, del narcisismo primario, de la investidura libidinal que hacen los padres al niño cuando le atribuyen una serie de características en las cuales no hay entrada para la imperfección. Ese otro no aparece ante el espejo del niño autista porque la madre no puede imaginar a su hijo como sexuado y autónomo y por lo tanto no puede atribuirle las características necesarias para formar un *His Majesty the Baby*, perfecto ante sus ojos, sobre el cual se forme el ideal del yo con el cual el niño tendría que identificarse. Una vez más aparece el aforismo de Rimbaud: *yo es otro*. El otro es el del espejo, que en el autismo no aparece y que es necesario para la formación del yo.

Si la madre, aquella que soporta al niño en la experiencia especular y quien autentifica su descubrimiento, no es capaz de reconocerlo, no puede haber rasgo unario a partir del cual se constituya el ideal del yo. Y es sobre éste que el sujeto se apoya en beneficio de una imagen unificada de sí mismo. Por lo tanto, el yo unificador y diferenciador de un interno-externo no se logra en el autismo. Su cuerpo queda en lo real, no diferenciado y fragmentado, es una entidad que hace intersección con el resto de los objetos del mundo; su esquema corporal no está organizado, no hay límites.

En el estadio del espejo el sujeto incorpora un cuadrante de rectas cartesianas que le permite localizar en el espacio y en el tiempo toda huella, todo índice, todo objeto, en fin, todo el sujeto. Se trata de un principio clasificador. En ciertos desbordes esquizofrénicos y en el autismo hay carencias de ello.

A partir de lo revisado en este apartado del capítulo se puede concluir que el autismo está relacionado con la falta de un agarre simbólico del niño al Otro. Como consecuencia, hay una falla en la imagen especular del niño autista y en un yo que funja como instancia unificadora y diferenciadora. También es importante

reafirmar la posición desde la cual se toma al autismo desde el psicoanálisis, ya que durante el capítulo se compara de manera prácticamente igual a la patología con la estructura psicótica. Efectivamente este sería el eje alrededor del cual gira la concepción psicoanalítica del autismo que aquí se toma en cuenta.

En este capítulo se intenta explicar al autismo desde el psicoanálisis, sin embargo muchas de las particularidades que lo caracterizan se dejan de lado. A continuación se presenta un caso clínico con el fin de ejemplificar dichas especificidades las cuales son explicadas desde la teoría psicoanalítica.

2.3 EL AUTISMO Y SUS PARTICULARIDADES. UN CASO CLÍNICO

En el apartado anterior se introdujo al autismo desde la perspectiva psicoanalítica. Con la intención de explicar que es lo que se busca en una intervención de esta índole, se habló de lo qué es un sujeto para el psicoanálisis y cómo es que éste queda estructurado en la patología que aquí nos ocupa. Sin embargo, algunas de las particularidades que caracterizan a la patología se dejaron de lado, así como la manera de adaptación de un tratamiento, que toma como referencia la teoría psicoanalítica de Lacan, para de niños autistas. Es por esto que a continuación, utilizando como ejemplo un caso clínico, se presentan algunas de las particularidades del autismo y se explica la manera en que son abordadas desde un tratamiento psicoanalítico. Como se especificó anteriormente, el tratamiento del autismo desde el psicoanálisis busca otorgarle al sujeto los instrumentos necesarios de construcción, con la finalidad de “crear al sujeto”¹⁵.

El caso que se presenta a continuación es el de José, un niño de nueve años diagnosticado con autismo tipo Asperger. El llegó a un hospital infantil cuando tenía 5 años; ahí le realizaron una valoración y se concluyó que tenía este padecimiento. Una vez diagnosticado, José acudía una vez por semana al hospital para recibir terapia de tipo cognitivo-conductual. Un pasante de servicio social (de sexo masculino) se encargaba de impartirle la terapia, y la Psicóloga Tania era quien daba las instrucciones de lo que se tenía que hacer, quien hablaba con el padre, o sea quien se hacía cargo del caso de manera indirecta. Sin embargo, un día el pasante dejó de asistir. Así fue como se dió el primer acercamiento entre José y yo. En ese tiempo yo hacía mi servicio social en dicha institución. A partir de Abril del 2008, aproximadamente, una pasante y yo trabajamos con él semanalmente siguiendo los lineamientos de la terapia cognitivo-conductual y las instrucciones de la psicóloga Tania. Al principio fue difícil que José trabajara con nosotras ya que no le gustaba trabajar con mujeres.

También por esas fechas se impartió un taller de arte a los niños que asistían a la institución. En una ocasión, José asistió al taller y yo noté que atrás

¹⁵ J.A.Miller, 2004, en Egge, 2006, p. 119.

de los dibujos que se les pedía que hicieran, él hacía una serie de *escritos*¹⁶ nada ordinarios y que repetía una y otra vez durante los talleres. Esto llamó a tal grado mi atención que decidí tomar el caso personalmente.

Debido a que yo estaba prestando mis servicios a la institución debía atenderme a las modalidades terapéuticas que ahí se llevaban a cabo. Sin embargo cuando José y yo nos quedábamos solos en algún consultorio, las reglas cambiaban, en el sentido que él era quien llevaba las riendas de la sesión, situación sumamente contraria al método con el cual se había trabajado hasta el momento. A partir de esto empezó a vislumbrarse una *relación de transferencia* entre él y yo. De no trabajar con mujeres e incluso rehusarse a tomar la terapia conmigo, llegó un momento en el que me buscaba. En una ocasión, mientras se impartía una terapia de grupo¹⁷ a la que él asistió y de la cual yo también formaba parte, salí a buscar material para la actividad que se iba a realizar. Cuando salí del salón, José empezó a gritar angustiado mi nombre y salió corriendo a la puerta a buscarme. No regresó al grupo hasta que yo estuve ahí nuevamente.

En agosto del 2008 terminé el servicio social en la institución, por lo que dejé de ver a José. Sin embargo el caso me generó tantas interrogantes que decidí seguir con él por más tiempo, claro, mientras la institución me lo permitiera, y así fue. El 3 de septiembre del 2008¹⁸ retomé el caso, en esta ocasión con mayor libertad ya que no existían compromisos de ningún tipo con la institución.

A partir de ese momento y a la fecha, José y yo nos vemos semanalmente. Al principio y durante 12 sesiones, estas eran únicamente de 30 minutos porque una de las condiciones que puso la institución para que yo siguiera trabajando con él era que los otros 30 minutos de la sesión, José trabajara con un grupo. Después de vacaciones de diciembre de 2008 retomamos en febrero de 2009 por cuestiones institucionales y de ahí a la fecha las sesiones han durado una hora y cuando es posible, debido al trabajo de su padre, lo veo dos veces por semana.

¹⁶ Así es como decidí denominar a lo que hace José una y otra vez a lo largo de las sesiones terapéuticas. Son explicados más adelante, en este mismo capítulo, y ejemplificados en el Anexo.

¹⁷ En la institución psiquiátrica se impartían dos tipos de terapias: individual o de grupo. La primera iba dirigida a los niños que tenían un nivel de autismo más grave y la segunda a aquellos que se consideraba únicamente tenían problemas de socialización. José tomaba terapias individuales, pero en algunas ocasiones el número de niños a atender rebasaba al del personal por lo que era necesario integrar grupos.

¹⁸ La presentación, que se hace en el presente trabajo del caso, es a partir de esta fecha.

A continuación se presentan algunos de los aspectos más relevantes que se han dado a lo largo de las sesiones con José, muchos de ellos característicos del autismo. También se explica el porqué de la forma en que son abordados con el fin de darle soporte al tratamiento del autismo desde las teorías psicoanalíticas.

2.3.a. JOSÉ, EL CONSULTORIO, Y YO. OTRO QUE SOPORTA, SITIO, ESPACIO Y TIEMPO

José y yo empezamos nuestras sesiones de terapia de manera poco formal. Tanto el espacio como el tiempo en los cuales se llevaban a cabo eran sumamente cambiantes. No teníamos un lugar bien establecido, muchas veces había más gente dentro del consultorio, además de que teníamos que dividir las sesiones para que José estuviera también con el grupo, por lo que el tiempo era muy poco. Sin embargo, conforme pasaba el tiempo y se regularizaba el espacio y el tiempo de terapia, José y yo fuimos estableciendo nuestro espacio; de trabajar media hora en el lugar que estuviera disponible, pasamos a trabajar una hora en un espacio fijo, al cual, cada vez se permitía menos la entrada de otras personas hasta que logramos cerrarlo y hacer ese espacio nuestro, donde cada uno tenía su papel.

A continuación se presentan algunos fragmentos de sesiones en las cuales se evidencia como José fue delimitando ese espacio al punto de hacerlo totalmente suyo o nuestro; cómo yo pasé de ser Tania, con características *universales* desde el punto de vista de José, a ser Sofía, con características *específicas*; y como el espacio y el tiempo (dos categorías sumamente frágiles en el autismo) se fueron delineando poco a poco hasta el punto en que José se pudo ubicar, de cierta manera, en ambos.

- **Sesiones “de Tania a Sofía”**

Septiembre 3, 2008. José y yo entramos al consultorio que nos ha prestado el hospital. José se sienta a escribir y me indica: -Cierra la puerta Tania-

Septiembre 24, 2008. Mientras José hace sus escritos y los recorta, uno de los recortes vuela con el aire y se pega en mi cuaderno. Ante esto se hace un pequeño diálogo:

José: ¡Ay! Perdón Sofía...

Yo: ¿Qué pasó José?

José: Sofía, Sofía, Sofía...

Ese mismo día, cuando termina nuestra media hora de sesión y le toca pasar al grupo, José dice lo siguiente: -¡No, no, José no quiere. José no quiere! ¡Quiero dibujar! ¡Sofía, ven! ¡A pegarle a la Tania! ¡Chusma! ¡No quiere trabajar! ¡Te voy a acusar con mi abuelita! ¡Se acabó!-

Octubre 22, 2008. Una vez terminada nuestra media hora de sesión, José pasa al grupo. Estando ahí y realizando la actividad que le toca, me dispongo a salir del consultorio. Ante esto José grita ¡No! Y pone el brazo en la puerta para no dejarme pasar.

Noviembre 12, 2008. Entra José al consultorio, viene solo, yo no salí por él. Me dice: -¡Hola Sofi!- Cuando termina la sesión, se va con el grupo, él está sentado ahí mientras yo escribo mis notas y sucede lo siguiente:

José: Sofía.... (Mientras me ve)

Yo: ¿Qué pasó José?

José: Nada.

(Vuelvo a mi cuaderno)

José: ¡Oye tu! (mientras me ve)

Yo: ¿Qué pasa, José?

(No contesta)

Julio 14, 2009. En la sesión me siento un poco mal del estómago. José responde a esto con angustia, recorre una y otra vez el consultorio sin hacer nada específico, no hace más que un escrito cuando generalmente hace seis o siete. Saca material pero no lo usa, está intranquilo toda la sesión.

Una de mis principales preocupaciones al empezar la intervención con José era precisamente la de crear un sitio en el cual él sintiera toda confianza y libertad para ser. Para hacer esto posible fue necesario quitarme de la posición de saber, pasar de ser un Otro amenazante a ser un Otro regulado con el cual José se sintiera seguro.

De acuerdo a Martin Egge (2008), lo simbólico tiene dos fases: el lugar y el sitio. El lugar está regulado por un funcionamiento simbólico que mantiene al sujeto al resguardo del capricho del Otro. Los lugares son infinitos, múltiples y mantienen distancia respecto a lo real. En cambio, el sitio está vinculado a un orden simbólico que lleva consigo un efecto de exclusión (en una carrera solo puede haber un primer sitio) y es a través de ésta que se introduce un aspecto de lo real, lo que lo hace angustiante. Es aquí donde se introduce el goce del Otro. Para el psicótico, la exclusión es incomprensible y enigmática, introduce la dimensión de la dependencia del Otro. Pero, si ese Otro no invita al psicótico a

hacerse de ese sitio porque es percibido como amenazante, lo único que provoca es el resguardo característico del autismo. El psicótico únicamente encuentra un sitio en un Otro regulado, que lo sostiene en su posición subjetiva y que no se le impone. Solo así puede inscribirse y subjetivarse. Si esto no es así, se siente continuamente amenazado.

En el caso de José, se puede observar claramente la necesidad de un Otro que soporte en la sesión del 14 de Julio del 2009. Cuando él llega al consultorio y encuentra que ese Otro que generalmente lo soporta y le otorga un lugar, no está en condiciones de hacerlo, se desestructura por completo, sus actividades habituales cambian e incluso merodea por el consultorio transmitiendo angustia e inseguridad.

El método terapéutico (cognitivo-conductual) con el cual José empezó su tratamiento, contempla al terapeuta desde una posición de Otro omnipotente, no regulado por la ley. Es él quien lleva la sesión, quien decide que se hace, que conductas son permitidas y cuáles no, etc. Al estar yo tomando el lugar de Tania, tenía exactamente ese lugar ante los ojos de José. Además de que él no conocía a otro regulado, es decir, cualquier Otro era amenazante.

Cuando José y yo empezamos el proceso, para mí era sumamente importante que él fuera quien llevara las riendas de la sesión, si él quería dibujar, dibujábamos, si él quería jugar con semillas, eso hacíamos. Y fue así como gradualmente empecé yo a moverme del lugar de Otro omnipotente a ser un Otro regulado. Al no imponérmele, su enunciación y su deseo encontraban un lugar. También fue así como pasé de ser Tania (su modelo de Otro omnipotente) a ser Sofía (Otro regulado, castrado).

Esto se ve claro en la sesión del 24 de Septiembre del 2008, ¿Por qué José no quiere ir con el grupo? Porque ahí el Otro que está presente no es regulado, es amenazante. José lo dice: no *quiere* trabajar, *quiero* dibujar. Incluso él se pone en primera persona con el “quiero dibujar”, él hablando desde sí, dice qué es lo que quiere, manifestando su deseo. El “no quiere” va dirigido a trabajar, aquello que se le impone y exige. Entonces llama al Otro regulado (“Sofía ven”) para que haga frente al Otro amenazante (“A pegarle a la Tania”).

En la siguiente sesión (Octubre 22), al no dejarme salir del consultorio, José da a entender dos cosas: 1) yo empiezo a ser algo constante y regular en las sesiones, un punto de referencia en; 2) un espacio en el cual su enunciación es tomada en cuenta, en donde se toma en serio a José en su malestar. En la sesión de Noviembre 12 aparece el llamado constante a ese Otro, que hace sentir a José seguro, es como si estuviera checando su presencia de manera constante, el simple hecho de que esté ahí lo hace sentir tranquilo. Es así como poco a poco se va delimitando un sitio pacífico para José, en donde están incluidos: él, su enunciación, la cual es tomada totalmente en cuenta, el Otro regulado y la actividad que él elija; Y en donde posteriormente se podrá ubicar un espacio y un tiempo.

- **Sesiones “Espacio y Tiempo”**

ESPACIO

Septiembre 10, 2008. Cuando estamos por terminar la sesión irrumpe al consultorio un paciente del hospital. La madre del paciente entra para sacarlo, pero él regresa una y otra vez. José, cuando regresa por última vez el paciente, se levanta de la silla y con una postura que recuerda a una madre regañando a su hijo, le grita a la madre diciendo cosas que no logro entender, y señalando a la madre y al consultorio de manera simultánea.

Febrero 17, 2009. Después de un rato de sesión entra al consultorio uno de los pasantes. Viene a saludar. Ante esto José le grita: -¡Largo de aquí!-

Marzo 3, 2009. Hoy tengo la intención de entrevistar al papá de José. Para poder hacerlo pido a un pasante que pase el tiempo con José mientras yo hago la entrevista. Antes de cualquier movimiento se lo explicó a José, quien se va directo al consultorio.

Mientras hago la entrevista escucho sus gritos. Una vez terminada la entrevista me dirijo al consultorio en donde están José y el pasante. José se dirige hacia él y le dice: -¡Fuera de aquí! ¡Adiós, hasta la próxima, te portas bien!-

El pasante sale del consultorio y José azota la puerta. La abre, se asegura que el pasante esté fuera, lo ve y le escupe. Le grita algunas cosas que no logro comprender y azota nuevamente la puerta. Se sienta a escribir junto a mí.

Abril 21, 2009. Entra José al consultorio, hay unos papeles con manos pintadas pegados por todas las paredes del consultorio. Se enoja. Despega todos los escritos que había dejado pegados hasta el momento diciendo “A la basura” mientras hace ruidos que denotan enojo.

Yo: Estás enojado porque taparon lo que tu escribiste.

José: ¡A la basura!

Yo: ¿Por qué?

José: ¡Pusieron papel!

Junio 18, 2009. Cuando llego al hospital no hay nadie que me pueda dar las llaves del consultorio que me prestan, entonces pido otro consultorio prestado. Cuando salgo por José le explico la situación y le digo que no tenemos las llaves, que por lo mismo nos prestaron otro lugar. Él se altera mucho y llora. Durante toda la sesión habla solo y dice frases como: “las llaves, la doctora”, “hay... pobre José”, “le voy a mi papá”, “¿Qué sucede aquí? Es las llaves no están”, “le voy a mi papá a que nos preste las llaves”, “A ver... ¿por qué lloras? Por las llaves”.

Durante toda la sesión permanece el llanto, en varias ocasiones sale a buscar a su papá para que le de las llaves. Al término de la sesión ya está más tranquilo.

Julio 30, 2009. Una vez más llego al hospital y no hay nadie que me pueda abrir la puerta del consultorio. Voy por José y le digo que esta vez trabajaremos en el pasillo. Lloro mucho. Una persona nos abre el consultorio. Él está desconsolado:

José: triste

Yo: Si, estas triste porque no teníamos las llaves, pero ya las tenemos, ya podemos entrar.

José: ¡Voy con mi papá! ¡Llaves!

Yo: ¿Te quieres ir con papá?

José: ¡Sí!

Yo: ¿Quieres escribir?

José: ¡No! No quiero para siempre...

Voltea a verme y con tono de reclamo dice: No traía las llaves.

José: Adiós Dra. Sofía ya me voy a Chedraui.

Yo: No puedes ir sólo, tenemos que esperar a tu papá. ¿Lo esperamos sentados aquí?

José: ¡No!

Yo: ¿Quieres tomar fotos?

José: ¡No! Voy a buscar a mi papá...

TIEMPO

Marzo 31, 2009. A media sesión, José se acerca a mí, toma mi muñeca (en dónde está mi reloj) y comienza la siguiente conversación:

José: ¡Mira! La próxima vez José...

Yo: ¿Qué va a pasar la próxima vez José?

José: Sí, a la casa.

Yo: ¿Qué va a pasar en tu casa?

José: Si (risas), No.

(Pasa cierto tiempo)

José: Oye, tú reloj. La próxima vez...

Yo: ¿Ya te quieres ir?

José: Si

Yo: Bueno, entonces vamos a guardar.

José: La próxima vez....

Yo: ¿Qué va a pasar la próxima vez?

José: ¿Qué dijiste, Sofía?

Yo: Que: ¿Qué va a pasar la próxima vez?

(No contesta)

Junio 30, 2009. Un poco antes de terminar la sesión sucede lo siguiente:

José: ¿Dónde está el reloj?

Yo: Aquí.

José (riendo): Quiero pipí.

Salimos al baño

Julio 7, 2009. Poco antes de que termine la sesión, José voltea a verme y me dice: -Te falta pipí-. Yo le preguntó que si quiere ir al baño. Abre la puerta, sale y se dirige al baño, a medio camino regresa corriendo, y gritando ¡no, no, no! Mientras ríe.

Como ya se dijo anteriormente en el apartado del estadio del espejo, en el autismo, el tiempo y el espacio están perturbados. Mantener una continuidad espacial y temporal es necesario para que el niño autista pueda ver al Otro como pacificante y así recibir el ofrecimiento de hacerse sujeto. Al verse imposibilitados de separarse de su Otro a nivel simbólico, estos niños tienen grandes confusiones en la construcción del mundo. Por ejemplo, la confusión en el tiempo les crea dificultades para prevenir, por lo que cualquier cambio les resulta amenazante ante la imposibilidad de anticipar la respuesta.

Es por esto que ellos buscan un orden sumamente rígido a través de coordenadas espacio-temporales con referencias fijas (el consultorio en dónde se lleva a cabo la sesión, el tiempo de inicio y término de la sesión, las personas presentes, etc.) Muchas veces estas coordenadas son perturbadas y el autista se angustia porque sus puntos de referencia cambian.

En el caso de José esto es muy evidente. Él ha creado un espacio fijo: el consultorio en donde semanalmente se lleva a cabo la sesión. Cuando en dos sesiones, por cuestiones ajenas a mí, no tengo las llaves del consultorio y por lo tanto nos es imposible entrar, tampoco es posible que se lleve a cabo la sesión: José experimenta una angustia terrible que no le permite dejar de lado el asunto y llevar a cabo la sesión de manera normal, pero simplemente en otro lugar que es sumamente parecido al habitual. A partir del primer percance con las llaves, cada vez que yo salía por José a la sala de espera lo primero que él me preguntaba era por las llaves, probablemente queriendo decir: ¿vamos a trabajar en el mismo lugar, ese que me hace sentir seguro, que ya conozco?, porque si no es así, mejor me quedo acá con papá. El no puede prever ese espacio desconocido, el

consultorio que nos prestan, no se siente seguro, lo siente amenazante; las coordenadas, todas, que caracterizan al consultorio habitual, cambian.

Además, como ya se dijo anteriormente, el consultorio es para José un sitio que no cambia, que permanece semana a semana prácticamente igual, que él conoce y en donde se desenvuelve de manera libre. Es un sitio en donde se le invita a ser sujeto. Si este sitio cambia ya no existen las referencias que lo hacían pacífico. Por eso, el día que entramos al consultorio y en las paredes habían papeles colgados con dibujos de las manos de otros niños, José enfureció y quitó los escritos que había pegado en la pared: ese lugar no era solo suyo, lo compartía y habían invadido su espacio. También la entrada de alguien más al espacio es percibida como intrusiva para José. El intruso rompe el lazo establecido entre él y yo en ese espacio, es algo impermisible y por eso reacciona agresivamente hacia la persona que interrumpe. Es precisamente una interrupción lo que sucede ahí, un estrobo ante la emergencia del sujeto, ya no se siente seguro porque los desconoce, o más bien los conoce como a un Otro amenazante.

¿Qué pasa con el tiempo? También es estructurante. José siempre tiene la misma rutina: entra al consultorio, saca el material que necesita para hacer sus escritos (papel, tijeras, plumones, colores, crayolas, pegamento), hace los escritos, guarda todo y después se da tiempo de escoger un juego de mesa o algo diferente. Esta rutina le permite sentirse seguro, no hay posibilidad para lo impredecible.

Lo que pasó con el reloj es sumamente interesante. Cada vez que estábamos por terminar la sesión yo miraba mi reloj y decía: -José, ya es hora de irnos-. Él solía responder que no, ante lo cual yo decía: -La próxima vez lo seguimos haciendo (cualquier cosa que estuviéramos haciendo)-. Fue así como él descubrió que el reloj era el que nos indicaba el término de la sesión, y éste estaba relacionado con el enunciado "la próxima vez". Ahora ya sabe que cuando la manecilla grande está en el seis es hora de irnos, incluso yo ya no le digo nada; muchas veces él me pide el reloj para ver en donde está la manecilla grande,

cuando no está en el seis, sabe que queda más tiempo, pero cuando está en el seis, es hora de irnos.

Otra cosa interesante que sucedió referente al tiempo fue la inclusión de la ida al baño en la rutina. Empezó en una sesión donde él quería ir al baño. A partir de ahí, aproximadamente a la misma hora, José va al baño, ya sea a lavarse las manos, a hacer pipi o simplemente va y regresa. Ya se volvió parte de la rutina de las sesiones, y él fue quien incluyó ese nuevo paso. En la sesión de Julio 7 de 2009, él dice: Te falta pipi, o sea, ya hice todo de la rutina, solo me falta ir al baño.

Es así como, poco a poco José y yo vamos formando un espacio que pretende una subjetivación y que se va ubicando dentro de las coordenadas que él va estableciendo. Esto le permite desenvolverse dentro de un espacio y un tiempo que lo invitan a dejar su envoltura autista porque son percibidos por él como no amenazantes; estas dos coordenadas se acomodan de cierta manera que son predecibles y controlables, ya que lo impredecible le resulta amenazante.

2.3.b DEL TU AL YO. YO Y OTRO CASTRADO

La confusión espacial que tienen los niños autistas es también consecuencia de una no separación del Otro y se evidencia en:

...la fallida inversión del «yo» por el «tu» en el lugar del Otro. La formación del yo, como ha demostrado Lacan en el estadio del espejo, depende de la asunción de la propia imagen reflejada en un otro. Esa asunción de un «yo» corpóreo imaginario y por lo tanto espacial, adviene con la mediación del Otro que lo simboliza, nombrándolo. En el niño psicótico hay un trastorno relacionado con el espacio, porque la identificación del yo del estadio del espejo no se ha producido” (Egge, 2008, p. 133).

Sabemos que el yo del autista no se logra, y por lo tanto el niño no puede hacer una diferencia entre él y el Otro al haber un fracaso en la función simbólica. En el caso de José, hay múltiples ejemplos de ésta confusión. A continuación se presentan algunos ejemplos.

- **Sesiones “de un yo no delimitado”**

Septiembre 17, 2008. Durante la sesión utilizamos unas cartas con letras. Escribo “Sofía” y se lo enseño. Él dice: -Yo voy a escribir Sofía-.

Septiembre 24, 2008. Cuando termina nuestra media hora de sesión y le toca pasar al grupo, José dice lo siguiente: -¡No, no, José no quiere. José no quiere! ¡Quiero dibujar! ¡Sofía, ven! ¡A pegarle a la Tania! ¡Chusma! ¡No quiere trabajar! ¡Te voy a acusar con mi abuelita! ¡Se acabó!-.

Octubre 1, 2008. Entra al consultorio y lo primero que dice es: -Quiero una tarjeta con la “a”-.

Noviembre 5, 2008. A media sesión entra el papá de José porque ha olvidado el carnet para pagar. José lo escucha y dice: -¡Ah! Mi papá-.

Mas adelante en la misma sesión, le quito la tira de escritos y le digo: -¡Esta larguísima!- Y él responde con un: -¡No, es mía!- y me la quita.

Noviembre 12, 2008. Mientras jugamos a la lotería, José voltea a ver la pared en donde está pegado un dibujo suyo y dice: -Mira, mi dibujo-.

Diciembre 3, 2008. Terminamos la sesión y le digo que es hora de que se vaya con el grupo, ante lo cual comienza la siguiente conversación:

José: ¡No! No Sofía...
Yo: ¿Por qué no?
José: No quiere...

Febrero 17, 2008. Reiniciamos las sesiones después de un largo periodo de vacaciones:

Yo: ¿Qué hiciste en vacaciones?
José: ¡Con mi mamá!
Más adelante en la misma sesión, le pido que me dicte sus escritos para escribirlos en mi cuaderno:
José: 14 José
Yo: ¿Quién es José?
José: Yo soy... Saldaña Cruz

Febrero 24, 2008. Mientras jugamos uno de los juegos de mesa José dice: -Oye José, mañana vamos... ya vas a guardar-. Se levanta y guarda el juego.

Mayo 19, 2009. Está por terminar la sesión y comienza la siguiente conversación:

Yo: Oye José, ya es hora de recoger, ya casi es hora de irnos.
José: ¡No! A ver (toma mi reloj) ¡Oye! Ya es las 7, ya te vas.

Junio 18, 2009. Ante el incidente de las llaves, José dice: -¡Ay... pobre José!-.

Junio 23, 2009. En uno de los escritos que hace durante la sesión escribe: Joquesé.

Yo: ¿Me dictas? ¿Qué pongo?
José: Tu nombre de José.

Julio 7, 2009. Poco antes de que termine la sesión, José voltea a verme y me dice: -Te falta pipí-.

Julio 21, 2009. Estamos a media sesión cuando José se echa un pedo y dice en tono de regaño: - José...Huele cochino-.

Agosto 4, 2009. Entra al consultorio, me voltea a ver y me dice: -música, las mañanitas de José-.

Agosto 11, 2009. José está vaciando pintura roja de la tapa al bote y de regreso, se le cae un poco y dice: -¡Chin! Se le cayó-.

Como se puede observar, a lo largo de las sesiones José intercala al yo con el tú para hacer referencia a él mismo o a alguna acción que él vaya a realizar. A partir de esto se puede decir que el yo de José se va delineando poco a poco, que él empieza a apropiarse de sí mismo para distinguirse del resto. Cuando José utiliza el verbo voy antes de realizar una acción, hace notar que es él quién llevara a cabo la actividad, y al mismo tiempo se va distinguiendo del otro. Esto sucede también cuando utiliza el *mi* o *mío* para referirse a algo que le pertenece (mi dibujo, mi papá, mi mamá, es mío), o cuando utiliza el *quiero* para referirse a algo que desea hacer. Otro aspecto que es importante recalcar es cuando, durante las sesiones, yo pregunto quién es José y generalmente la respuesta es: yo. Ahí hay alguien que se reconoce en un simbólico que lo designa: su nombre.

A pesar de que muchas veces se puede apreciar un yo más que primitivo en la manera de referirse a él mismo, José suele también hablar de él en tercera persona, sobre todo cuando se le pide que haga algo que no le gusta, cuando comete algún error o cuando se encuentra en una situación que le genera angustia. Por ejemplo, cuando llegaba el momento de pasar al grupo, muchas veces José utilizaba un *no quiere* para mostrar su disgusto ante la situación. O cuando termina la sesión suele utilizar un *vas a guardar* o *ya te vas*, siempre haciendo referencia a él. Muchas veces, también, habla de él en tercera persona cuando se enfrenta a situaciones poco comunes que no lo hacen sentirse seguro: *José, huele cochino, o Pobre José o ¡Chin! Se le cayó*. Incluso se podría decir que se desestructura, se confunde ante alguna situación angustiante. Es interesante, retomando las sesiones expuestas anteriormente, cuando José dice: *tu nombre de José*. Generalmente cuando le preguntó durante las sesiones que quién es José, él contesta muy seguro con un yo, pero cuando el debe de hablar del nombre que lo designa, es cuando aparece la complicación, en lugar de decir: José, mi

nombre, dice: Tu nombre de José. No se ha apropiado del todo de su nombre, nuevamente, del simbólico que lo representa como uno.

Es claro, entonces, que la formación del yo falla en el autismo como se especificó en los capítulos anteriores. Precisamente la formación de esta instancia es uno de los principales planteamientos de la terapia psicoanalítica en el autismo.

Retomando el aforismo de Rimbaud: *yo es otro*, se entiende que, para que exista un yo, debe de haber otro que lo espejeé y sobre el cual caigan algunas identificaciones; además, el otro es el que otorgará un lugar al sujeto. ¿Cómo se va perfilando, junto con el yo, ese otro en el caso de José? En las sesiones que se presentan a continuación se ejemplifica esto.

- **Sesiones “el Otro”**

Septiembre 24, 2008. El primer escrito que realiza José en esta sesión incluye la palabra *verde*. Él la copia de una que yo había escrito antes y que le enseñé.

Noviembre 26, 2008. Estamos a media sesión, cuando llega René, uno de los niños del grupo y dice: -¿Qué haces José?- a lo que José responde: ¡Cállate René!

Diciembre 3, 2008. José entra al consultorio y saluda a todos los presentes:

José: Hola (viendo a una de las pasantes)

Pasante: ¡Hola José!

José: ¿Cómo estás?

Pasante: Bien y ¿tu?

(Entra René al consultorio)

José: ¡Hola René!

(Entra un niño nuevo)

José: ¡Hola! ¿Cómo te llamas?

Diciembre 10, 2008. Estamos jugando a hacer una pizza con plastilina:

Yo: ¿Qué es esto José? ¿Jitomate?

José: ¡No! Salchicha... Ahora champiñón (me da la plastilina café) Tú...

Yo: ¿Te ayudo a hacer los champiñones?

José: ¡Sí!

Yo: ¿Grandes o chicos?

José: Chicos (hago uno)... más

Mayo 26, 2009. Estamos sentados dibujando, me voltea a ver (haciendo contacto visual, poco común) y me dice: -Oye Sofía, ¿dónde está las tijeras?- Y más adelante, dice: -Oye, ¿Me prestas resistol por favor?

Junio 18, 2009. En esta sesión nos prestan un consultorio porque no podemos entrar al que utilizamos siempre. Cuando José entra, hay otras terapeutas trabajando ahí, que posteriormente se van. Al final de la sesión José me pregunta: -¿Dónde está la señora?-

Julio 27, 2009. Para esta sesión se me olvida mi reloj.

Yo: Mira José (le enseño mis muñecas) ¿qué se me olvidó?

José: El reloj, ¿En dónde está?

Agosto 4, 2009. Uno de los escritos que hace José en esta sesión incluye las palabras *sapito*, *tixtix* y *krankys*. Él está sumamente concentrado en sus escritos cuando, de repente, me voltea a ver haciendo un contacto visual especial y pregunta:

-¿Te gusta sapito?

Yo: Sí, ¿A ti?

José: Sí

Yo: Y ¿las Tixtix?

José: Sí, y Krankys

Agosto 6, 2009. A mitad de la sesión se para y va al closet por pinturas, me dice: -Le pido las llaves a Rosa-.

Agosto 18, 2009. Saca un juego de sonidos del closet. Es un aparato que cuando aprietas un botón hace ruidos de diferentes animales. José aprieta al aparato una y otra vez. Me voltea a ver y me dice: -tu *pítale* aquí- (señalando el botón) y así empezamos a jugar: él me dice *pítale* y yo aprieto el botón. En un momento me tardo en apretar y me dice: -*pítale* doctora Sofía, *pítale* aquí-.

A lo largo de las sesiones se puede observar como José tiene mayor contacto con el Otro del entorno terapéutico. Gradualmente empieza a reconocer a los demás que forman parte del espacio en donde se llevan a cabo las sesiones. Poco a poco interactúa más con el medio, y sus conversaciones se vuelven más elaboradas al grado de preguntar si al Otro le gusta algo que también le gusta a él (*tixtix*, *sapito* y *krankys*). De hecho, recordando la primera vez que nos vimos, su actitud ha cambiado radicalmente. En esa ocasión él jugaba con unos bloques, prestándole a su juego una atención inalterable. En momentos, yo intentaba llamar su atención ya fuera por medio de la palabra, de algún sonido, etc. Mis intentos no tuvieron efecto; durante casi media hora José estuvo totalmente inmerso en el juego, sin siquiera subir la cabeza. Ahora, el contacto que tiene con el medio es mucho más cercano, ya lo identifica e interactúa con él.

Un aspecto importante respecto al Otro es cómo José empieza a incluirlo en su juego (cuando hicimos juntos la pizza o en el juego de *pítale*). En sus escritos también empiezan a aparecer, cada vez más, palabras, dibujos, logos de los partidos políticos, etc. Todos estos provenientes del exterior. El otro también aparece cuando José le solicita a éste, algo que necesita por medio de la palabra: el resistol en un caso o las llaves en otro.

En las sesiones expuestas, también se puede apreciar una distinción entre el Otro ausente y el presente. Cuando José pregunta por la señora que había estado antes en el consultorio y cuando se da cuenta de que he olvidado mi reloj está ubicándolos como ausentes, lo que implica que alguna vez estuvieron presentes y que él lo notó. En esta presencia-ausencia se empieza a dibujar la falta, esencial para la inclusión en lo simbólico.

Así, simultáneamente se va delineando la diferencia entre el yo y el otro; sin embargo existe todavía mucha confusión. José suele decir *mis llaves* o *tus llaves*, *mi celular* o *tu celular*, *mi bolsa* o *tu bolsa*, cuando en realidad las tres cosas (todas siempre presentes en el espacio terapéutico) son mías. Aun no logra hacer una diferencia tajante. Es por esto que muchas veces él me “pone en mi lugar”, es decir, me deja claro cuál es el papel que yo desempeño en la terapia; él me lo asigna con la intención de separarme, de evitar cualquier invasión de mí hacia él.

Septiembre 10, 2008. José hace uno de sus escritos, yo hago uno igual y se lo enseño. Ante esto él me dice: -no, píntale aquí (toma mi pluma y señala mi cuaderno, luego me lo da)-. Yo le pregunto: -¿Aquí?-. Ante lo cual me responde: -Si, mira: “hola” (simulando que escribe en mi cuaderno).

¿Qué es lo que quiere decir José cuando me da esas indicaciones? Es una manera de decirme, tu a lo tuyo, yo a lo mío, no me invadas en lo que hago, no me interrumpas. Es una manera de ponerle un alto a ese Otro invasivo y persecutorio ante el cual José se siente amenazado.

En más de una sesión, cuando empezábamos, yo actuaba de manera invasiva sobre la actividad de enunciación que realizaba José (sus escritos): si encontraba alguna palabra que a mí me hiciera sentido, la subrayaba o circulaba; a veces los movía de lugar o intentaba intercalar alguno suyo, con uno que yo había realizado. Ante esto José tomaba ese escrito y lo tiraba diciendo cosas como: *ya no sirve*, *a la basura*, etc. Es decir, cuando yo no respetaba su espacio y su enunciación, él reaccionaba y sus producciones perdían valor, ya no eran suyas, ya había alguien más que lo alienaba, ese Otro persecutorio. Yo me estaba convirtiendo en este último cuando irrumpía en su trabajo, error gravísimo para las intenciones terapéuticas. Cuando me di cuenta de esto, dejé de escribir en sus

escritos e incluso de reproducirlos tal cual. Simplemente me convertí en su “secretaria”, tomando nota de lo que él hacía, en *mi* cuaderno, y haciéndoselo notar. Fue a partir de esto que José me empezó a dictar para que yo escribiera aparte, en mi cuaderno. Además él supervisaba que lo que yo escribiera fuera igual a lo que él hacía, y si yo me equivocaba él me corregía. Así fue como su enunciación fue tomada en cuenta al 100% y yo dejé de ser invasiva y persecutoria. Ahí radica la diferencia con cualquier otro método terapéutico: el Otro está castrado, no comanda, no compite, no provoca, no sabe, no enseña, no educa imponiendo sus propias reglas, tira esos muros y se pone prácticamente a merced de la enunciación del niño. Es un otro regulado.

En un punto de la terapia se me ocurrió llevarle a José libros, porque noté que empezaba a leer. Al principio leía una o dos páginas de los libros que le llevaba, le costaba trabajo y después de unos minutos cerraba el libro y lo alejaba. Yo intenté incluir la lectura dentro de la rutina hasta que José puso un alto diciéndome: *¡No, Sofia!*. En cuanto veía los libros o cuando sacaba un juego que contenía tarjetas con letras, los guardaba inmediatamente. También dejó de leer lo que él escribía cuando yo se lo pedía, y esto era sumamente importante porque muchas veces las cosas que él escribía tomaban sentido para mí cuando las leía. Fue aquí cuando caí en cuenta de mi error: yo intentaba enseñar a José a leer a partir de un conocimiento propio, me estaba convirtiendo en ese Otro que impone, persecutorio, sin ley, y él estaba reaccionando ante eso.

Para poder ser ese Otro pacificador es menester hacer una diferencia con respecto a aquel que impone una ley. Ante José, era necesario que yo me presentara como castrada, porque el Otro fálico es precisamente el que impone y amenaza (yo intentando que José leyera), es el que interviene en la enunciación del autista (yo interviniendo en los escritos de José), es el que aparece en las alucinaciones. Estas también están presentes en el autismo. José, en casi todas las sesiones alucina auditivamente:

- Si, está bien abuela.
- ¡Ponte a trabajar Joseeeee!
- José ¿en dónde estás?,
- ¡Adiós José!
- Guardias ¡deténganlo, atrápenlo, llévenselo!

- Dame eso...
- Vente para acá José, no puedes salir a recreo
- Oye ¿a dónde te vas?
- La casa, mi trabajo, ¡dame eso, dame eso!, Joseeee ¿Qué?

No es él quien se habla, esas palabras provienen de Otro perseguidor, no castrado, ante el cual sigue alienado y que aparece constantemente. Hay sesiones en las que la alucinación está sumamente presente y muchas veces esto coincide con algún acontecimiento poco común en el entorno familiar o en el espacio terapéutico ante el cual José se siente amenazado.

Para evitar ese sentimiento de amenaza, con el cual José vive casi indestructiblemente es importante que yo me muestre ante él como atravesada por la ley, castrada, no omnipotente; y hacerlo ver que él también está atravesado por la ley, que no puede hacer todo, que hay límites y que estos se respetan.

De acuerdo a Martin Egge (2008), son dos las leyes entre la cuales me debo de situar: la ley de la enunciación del sujeto y la ley del Otro. El Otro, en este caso es representado por la directora del área de autismo del hospital, y ella a su vez está atravesada por la ley del hospital, y el hospital por la Secretaria de Salud, etc. De lo que se trata es que quede claro que nadie puede hacer lo quiere: “«Todos bajo la ley, ninguno desregulado, ninguno persecutorio»” (Egge, 2008, p. 164), y esto también cuenta para José, la ley del Otro no es solo para mí, también él está bajo esa ley; ni él ni yo podemos hacer lo que queramos, hay una ley por encima que no nos lo permite. De hecho cuando José quiere hacer algo que maltrata el consultorio, al ser prestado, yo le digo: José no podemos pintar en la pared porque la directora del área de autismo no nos lo permite. Y, generalmente cuando hablo acerca de la ley de manera indirecta, José me mira directamente a los ojos y pone cara de malicioso. Así yo le demuestro que hay una ley superior a mí y a él, porque también a él se le ponen, de manera indirecta, límites cuando se le dice que no puede hacer todo lo que quiera, que estamos bajo una ley superior que no nos lo permite.

Sabemos que la entrada a lo simbólico depende de que la ley del padre realice su función. Entonces, para que el niño autista se someta bajo una ley de la cual surge su subjetividad, debe de entender que el primero en someterse a las

reglas es uno mismo. Cuando olvidé mi reloj, o no pude conseguir las llaves del consultorio, José me acusó con su padre porque él dio cuenta de mi castración, me acusó con la ley superior a mí, su padre, para que hiciera algo al respecto:

- ¡Lo voy a mi papá! Es que las llaves no están...
Papá... ¿Dónde están las llaves de la puerta?
- José: ¿Tu reloj?
Yo: No lo traigo
José: ¡Papá!

Es necesario que el Otro, que va a dar el lugar en el simbólico al sujeto por venir, se muestre castrado, con falta, si no lo único que quedará es ese Otro perseguidor que provocará la huída del niño y su constante defensa en contra de él. La negatividad característica del autismo, es un claro ejemplo de ello.

- **¡NO!**

La negatividad es una de las características principales del autismo. El no que pronuncia el autista ante cualquier petición, intento de acercamiento o instrucción no está vinculado con un contenido particular, es decir, el niño no está negando lo que se le solicita, sino que está defendiéndose del Otro. Ese *no* suplica al Otro que se retire, que no invada.

José, en las primeras sesiones, y por primeras me refiero a un gran número, respondía con un NO tajante ante cualquier intervención mía:

Yo: ¿qué escribiste?

José: No

Yo: Mira la que yo hice

José: No

Yo: ¿Dibujamos tu casa?

José: No

Yo: ¿Me prestas una hoja para que yo también dibuje?

José: No

Yo: ¿A quién vas a invitar a jugar lotería con nosotros?

José: No

En estos ejemplos, cada uno de diferentes sesiones, se puede apreciar que el *no*, no respondía la pregunta, sino que era una manera que utilizaba José para mantener una separación entre él y yo. Sin embargo, al reaccionar de manera dócil ante ese no, es decir, al tomarlo en cuenta, ya no era necesario que lo siguiera utilizando. Ya no era necesario que se defendiera. Ahora, José utiliza cada vez menos ese NO defensivo y generalmente cuando utiliza esa palabra es en referencia a lo que se le pregunta o dice anteriormente.

2.3.c. ESCRITOS. ESTEREOTIPIA, HOLOFRASE, REPETICIÓN SIGNIFICANTE

Una de las características más peculiares y que inmediatamente llaman la atención de cualquiera que observe a un niño autista, es el repertorio de actividades repetitivas que llevan a cabo los autistas, conocidas nosológicamente como estereotipias. Estas pueden ser específicas a un objeto, a ciertos movimientos con el cuerpo o, como es el caso de José, a una actividad específica que se lleva a cabo una y otra vez. Anteriormente, al presentar algunas sesiones se habló de los *escritos*, palabra que yo escogí para definir la actividad que José realizó, en todas las sesiones excepto en una. Pero, ¿qué son estos *escritos*? ¿A qué responden? Para poder explicarlos es necesario describir el estricto proceso de creación por medio del cual José los llevaba a cabo.

- **Creación y descripción de los escritos**

En la mayoría de las sesiones, José entraba al consultorio e inmediatamente se dirigía al closet dentro del cual se encontraba el material necesario para llevar a cabo los *escritos*: hojas de papel blanco (3 ó 4), lápices de colores, tijeras, pegamento o cinta adhesiva y en algunas ocasiones, pintura digital. Si algún material de estos no se encontraba en el closet, inmediatamente pedía las llaves de otro closet en donde también había este material o intentaba conseguirlo con cualquier otra persona que estuviera en el área de los consultorios.

Una vez que el material necesario estaba sobre la mesa, José se sentaba dispuesto a trabajar. La producción de *escritos* se llevaba a cabo siguiendo un

proceso sumamente estricto, minucioso, hecho con una habilidad increíble, perfectamente dominado:

- José cortaba tiras de papel, aproximadamente de 1.5 cm de ancho y 22 cm de largo.
- Empezaba a escribir en la primera tira, la cual colocaba de manera horizontal, generalmente con un número de dos dígitos para posteriormente seguir escribiendo diferentes palabras, que para mí no tenían sentido alguno, hasta que se terminara la tira. Cuando empezamos no hacía distinción entre palabras¹⁹; sin embargo, como fueron pasando las sesiones, José empezó a utilizar diferentes colores para distinguir cada palabra²⁰. Es importante mencionar que tampoco existía ningún espacio en blanco entre palabra y palabra, pero, también conforme fue avanzando la terapia, José empezó a incluir una raya vertical negra entre palabras.
- Cuando terminaba la primera tira, hacía la segunda y así sucesivamente hasta que paraba de escribir; nunca hubo un número determinado de tiras, siempre fue cambiante.
- Una vez que tenía listas las tiras las comenzaba a pegar en el orden en que las había escrito, formando así una tira larguísima.
- Después de esto, tomaba la tira larga y la pegaba en la pared o en los bordes de la mesa, con una destreza impresionante, para posteriormente recorrerla con la mirada de una manera muy peculiar, imposible de poner en palabras, pero despertando en el observador la impresión de que esa mirada iba dirigida al infinito. Muchas de las tiras largas las pegaba encima de las hechas las sesiones anteriores.

Este proceso se llevaba a cabo todas las sesiones, con algunas variaciones pero nunca perdiendo la esencia de los *escritos*.

- **Estereotipia y Holofrase**

Se podría decir que los *escritos* de José corresponden a lo que se conoce en el lenguaje psiquiátrico como estereotipia, una de las características principales de la patología. Una estereotipia es una actividad que se repite una y otra vez, con la finalidad de frenar el goce en el que están inmersos los niños autistas. Sin embargo, esta repetición no logra su cometido, al contrario, el goce se vuelve mortífero y, como consecuencia, hay un mayor aislamiento. En el caso de José, este aislamiento era claro, mientras hacía sus *escritos* interactuaba muy poco, de hecho únicamente lo hacía si se le incitaba por medio de alguna pregunta o una interrupción, pero él, pocas veces provocó el acercamiento.

Estas actividades repetitivas son imparables, los niños pueden sumergirse en ellas durante horas sin prestar atención alguna a lo que sucede a su alrededor.

¹⁹ Ver Anexo, Ejemplo 1.

²⁰ Ver Anexo, Ejemplo 2.

Es un trabajo interminable, infinito. Los *escritos* de José eran así, tiras larguísimas que recorría con la mirada sin que tuvieran un límite, tenían un principio claramente marcado, la mayoría de las veces, por un número de dos dígitos. No obstante, el final no estaba establecido, eran infinitas, sin corte, sin ley.

José realizaba sus escritos en un orden obsesivo, siempre siguiendo los mismos pasos de principio a fin. Esta obsesión correspondía también a la repetición y a la previsibilidad, a no dar lugar al cambio. ¿Por qué? Porque así no había lugar para la angustia que le provocaba lo impredecible. La repetición contiene la angustia. Además, al ser una actividad que se llevaba a cabo de la misma manera una y otra vez, es decir, una actividad marcada por la ritualización, debía de haber un ritmo implicado.

Cuando se acurruca a un bebé y se le pasea para que duerma, hay un ritmo que coordina el balanceo que lleva a cabo quién lo carga; en las canciones de cuna también hay un ritmo que regula la tonada de la canción; también hay ritmos biológicos que intervienen en el intercambio madre-hijo, como “la acompasada secuencia respiración-deglución, la respiración misma, las alternancias hambre saciedad, sueño vigilia y la frecuencia excretora” (Jerusalinsky, 1988, p. 60). Todos estos ritmos tienen un efecto tranquilizante para el recién nacido, un efecto desangustiante:

El ritmo corta la angustia porque al introducir una ley a nivel mínimo, es estructurante e induce a la espera de que haya algo más allá de la repetición hasta el infinito [...] El goce inconmensurable y angustiante que el autista y el esquizofrénico ponen en el propio cuerpo, percibido como Otro de sí, es cortado por el ritmo en pequeñas dosis obteniendo de ese modo lo que se llama «placer». (Egge, 2008, p. 137).

La actividad que se repite obsesivamente lleva consigo un ritmo, que representa un intento de moldear algo perteneciente al sujeto, a través de la repetición del mismo significante (*escritos* de José); pero no alcanza a inscribirse a nivel simbólico se queda todavía en el registro de lo real.

Los objetos reales que utiliza el niño autista para realizar sus actividades se repiten una y otra vez de manera holofraseada. Como ya se explicó anteriormente la holofrase es cuando, en la psicosis y el autismo, la cadena significante queda

solidificada, es decir cuando no se da una primera división entre un representante simbólico de su ser subjetivo, S_1 , y otro significante S_2 , representante del Otro que introduce el mundo externo. Estos dos significantes S_1 y S_2 están compactados en una holofrase, no hay separación entre ellos, no son distinguibles. Precisamente en la separación de éstos significantes, marcada por la entrada del Nombre-del-Padre, es de donde surge la falta, cae el *objeto a*. En el autismo, como ya se mencionó anteriormente, el Nombre-del-Padre queda forcluido, por lo tanto no cae el *objeto a* y los significantes quedan solidificados, no hay corte entre ellos, no hay separación.

En los *escritos* de José no había separación física entre *palabras*, no había un espacio claro que las dividiera. A pesar de esto, conforme avanzó la terapia, José fue distinguiendo una *palabra* de otra haciendo una separación: primero utilizando diferentes colores entre cada una y después agregando una línea vertical negra entre *palabras*. Quizá al encontrar un espacio en donde su deseo era tomado en cuenta, la coagulación S_1S_2 fue tomando distancia para permitir la caída del *objeto a*, objeto del deseo. Es decir, José apuntaba a una separación a nivel simbólico, sus escritos empezaban a tener un valor metafórico a un nivel sumamente elemental, pero el registro simbólico se empezaba a dibujar o, de acuerdo al caso, a *escribir* de manera tenue.

- **Simbólico. Boleto y 5 dólares.**

Cuando un niño no psicótico ni autista juega, está simbolizando con el objeto de juego (una muñeca, una representación de sí mismo, un carrete) al mundo que lo rodea; le está dando forma y estructura. El niño metaforiza, utiliza un juguete para representar otra cosa.

El falo es el elemento por el cual el niño puede explicarse el mundo ya que este es el tercero “que da razón del deseo de la madre y que por eso lo separa de él, permitiéndole así ordenar y estructurar el mundo a nivel simbólico” (Egge, 2008, p. 138).

En el niño autista, al estar forcluido el Nombre-del-Padre, no hay un tercero que explique y que de entrada a lo simbólico y a la ley; los objetos que utilizan

para llevar a cabo sus actividades repetitivas no se utilizan para jugar, sino como complemento, como barrera y protección hacia el Otro. El objeto no representa simbólicamente nada, no es un objeto que haga metáfora del Otro ni del niño, es objeto real.

Es necesario entonces que estos objetos tracen el eje terapéutico. Es decir, hacer un campo simbólico a partir de estos, para construir una ley singular que haga de inscripción simbólica para el autista.

¿Qué pasó, en este sentido, con los *escritos* y José? Hubieron dos sesiones clave, las cuales se presentan a continuación:

Julio 23, 2009. Durante toda la sesión está sumamente activo y haciendo contacto constante conmigo. En una ocasión escribe la palabra “pizza” y me dice:

José: Escribe una pizza con champiñones y salchicha.

(En una hoja escribo: pizza, champiñones, salchicha).

José: y así... (En la misma hoja hace un círculo con su dedo indicándome que dibuje la pizza).

A lo largo de la sesión hace diferentes comentarios:

- ¿dónde están mis Krankys?
- Vamos a escribir las fituras

Cuando está realizando el escrito 9, realiza una especie de lluvia de ideas. Mientras dice palabras las va escribiendo pero de forma desordenada, no como siempre lo hace, encimadas; da la impresión de que las piensa y si no las escribe las olvida. El escribe:

- Bolsa
- *Cames* (krankys)
- Sapito
- *Tistis* (tix-tix)
- *Sofira*
- *Cawata* (cacahuates)
- 5 *dolades*
- *Corores* (colores)
- *Chis* (chispa).

Después de hacer esto, José hace un escrito más y toma fotos con mi celular el escrito 9. Cuando va a pegar sus escritos sucede lo siguiente:

José: Sapito quiere chispas de chocolates. A ver... a ver... (Mientras busca el escrito 9)
¿Dónde está mi *boleto*²¹ para ti? (cuando lo encuentra lo hace rollito, pega los demás y ese lo deja aparte)

Yo: ¿Me regalas éste? (señalo el “boleto”)

José: Sí, mañana quiere a sapito de tistis.

Yo: Lo voy a pegar aquí (en mi cuaderno)

José: ¡No, No! Mañana quiere a... (Me quita el “boleto” y lo deja sobre la mesa, yo lo tomo de nuevo y lo guardo en mi bolsa)

²¹ Ver Anexo, Ejemplo 3.

Termina la sesión, guardamos todo y salimos. Cuando está con su papá mete la mano a mi bolsa y me quita el “boleto”. Le pido que me lo regale, pero no acepta. Al final me quedo yo con él y prometo regresarlo la siguiente sesión.

Julio 27, 2009. Entramos al consultorio.

Yo: ¡Mira lo que tengo José! El “boleto” que hiciste la vez pasada. ¿Te acuerdas?

José: ¡Sí!

Yo: Toma. ¿Qué dice?

José: (Sin ver el “boleto”) Sapito, cacahuete, tistis, chispas de chocolate.

Transcurre la sesión de manera regular, pero en esta ocasión, mientras él hace los escritos yo dibujo en una hoja lo que él escribió la sesión anterior en el “boleto” y le pongo nombre. Le enseño la hoja y le pregunto qué es lo que dice. Él contesta: cinco dólares. Posteriormente se para de la mesa y dice “necesito de dólares”. Pega los escritos que realizó durante la sesión, guarda todo, juega con un elefante de plástico y al finalizar la sesión, se lleva el “boleto” y la parte de la hoja que dice “5 dólares”. Cuando llega con su papá se los da y pide “sapito de tistis”.

Al parecer el “boleto” tenía un significado importante para José, puesto que, a pesar de que fue realizado con la misma técnica que los demás *escritos* de la sesión, no lo incluyó en la tira final, cosa que únicamente sucedía si se equivocaba en el escrito que realizaba o si yo intervenía de una u otra manera en el escrito. Tampoco lo tiró a la basura ni lo dejó sobre la mesa sin prestarle mayor importancia, como solía hacer con aquello que no tenía valor para él; todo lo contrario, al ser algo sumamente valioso, le dio la categoría de boleto e incluso se lo intenta llevar. Por eso, cuando yo le pedí que me lo regalara, que me lo dejara, él, primero, me pide algo a cambio: un “sapito de tistis” (en sesiones posteriores doy cuenta que tistis es tix-tix, una paleta de dulce). Después, cuando intento pegarlo en mi cuaderno me dice que no.

¿Qué es el “boleto”? Es un simbólico, un papel con valor para José, ya no es solo una hoja de papel con algo escrito. Este “boleto” permite el acceso a algún lugar, es algo que se intercambia por otra cosa, no es nada más el producto de una actividad que se repite, incluso, esa actividad que tiene como fin la entrada a lo simbólico, generalmente fracasada, empieza a tener frutos.

Posteriormente aparecen los “cinco dólares”, de todos los dibujos que realicé esa sesión, él únicamente se queda con éste. El dinero tiene valor en el mundo social, del lenguaje. José le da ese valor al dibujo. Incluso cuando termina la sesión y regresa con su papá, le da el “billete” pidiéndole a cambio “Sapito de tistis”, que es algo que le gusta, que disfruta.

Tanto al boleto como al billete, José les está asignando un significado más allá de lo que son a nivel objeto real (dos hojas de papel con trazos). Para él ya no son estos, ahora representan dos cosas cuyo valor se asigna de acuerdo a una cultura. Está metaforizando, una característica del registro simbólico.

- **Repetición significativa. *Emano, Joquesé y ÷***

En los escritos de José se repitieron, a lo largo de las sesiones terapéuticas, algunos significantes. ¿Sería posible que él, a través de sus palabras escritas, expresara algo que le sucedía? Los significantes Emano, Joquesé y el signo de división (\div) se repitieron en más de una ocasión.

En más de una ocasión apareció la *palabra* “Emano”, tanto en los escritos como en los cuadernos escolares que utilizaba José. Ema es el nombre de la mamá de José. Ella y el padre de José se separaron cuando apenas comenzábamos la terapia. El proceso de separación fue complicado, José se turnaba tiempo con su mamá y tiempo con su papá; después se decidió que ambos hijos quedarían a cargo del papá y José vio a su mamá en un par de ocasiones únicamente ya que para la mitad de las sesiones ya no tenían noticias de ella. ¿Estaría José diciendo por medio de los escritos que *Ema no* estaba? Es probable. En alguna sesión se me ocurrió hacer énfasis en esa palabra y decirle: Ema es tu mamá. Ema, tu mamá, no está y eso te hace sentir triste. Ante esto José volteo, hizo un contacto visual intenso y respondió con un sí. En otra sesión, ante la misma pregunta, José respondió con trompetillas y en una última sesión, José respondió que Ema estaba en la tierra. Después me enteré que eso era lo que le decían, que su mamá se había ido a la tierra, es decir, que había muerto.

También durante el proceso de separación de los padres, empezó a aparecer de manera constante el signo de división (\div)²², al cual José denominaba “potito” o sea, puntitos. En algunos escritos, junto con este signo aparecía su nombre dividido: al final de un escrito ponía “Jo” y en el principio del siguiente “sé÷” o aparecía únicamente “Jo÷”. Tal vez, José estaba utilizando este medio para expresar que se sentía dividido. Es necesario especificar que al principio del

²² Ver Anexo, Ejemplo 2.

proceso de separación José pasaba algún tiempo con su madre y después se iba con su padre, pero el tiempo que pasaba con ellos no era estable a veces se iba meses con la mamá, asistía a una escuela y en otras ocasiones se iba con el papá y la escuela a la que lo llevaban era otra. Es probable que José haya sufrido mucha desestructuración a partir de esto y estaba tratando de expresar su malestar en sus *escritos*.

El *Joquesé* apareció al final. Cuando los padres de José decidieron que él se quedara con el papá; su vida empezó a estructurarse, el José que aparecía en los escritos ya no estaba dividido, sin embargo empezó a aparecer con un *que* en medio. Pareciera como si la pregunta estuviera en medio, como si él mismo la realizara y la contestara. ¿Habría ya una pregunta de sí, de su ser? O ¿era ese Otro omnipotente que se cruzaba en su nombre para interrumpir?

Todos estos significantes repetidos podrían ser la expresión que hacía José de sí mismo ante ciertas situaciones, cuestión sumamente importante porque poco a poco él iba incluyendo al mundo simbólico en sus *escritos* y, de ser correcto lo que se expuso en los párrafos anteriores, los estaba utilizando como un medio de expresión de sí mismo.

Como se puede observar, José logró hacer de sus escritos un medio de expresión, un medio de enunciación de su sentir; sin embargo esta expresión no quedó del todo lograda. Muchas de las palabras que él escribía no transmitían el significado que él pretendía porque no estaban bien escritas; él no lograba pasar a la letra aquello que estaba en su pensamiento, por ejemplo, escribía *títis* en lugar de *Tix-tix* o *cranes* en lugar de *Krankys*. Lo mismo sucedió a nivel verbal, en las últimas sesiones, José intentaba expresar algunas cosas por medio de la palabra sin lograrlo. A esto que él hacía lo denominé *Mímica*, y a continuación se explicará.

2.3.d. MÍMICA

En más de una ocasión José intentaba decirme algo por medio de la palabra sin lograrlo por lo que tenía que recurrir a la mímica para poder expresarlo. Por ejemplo:

Junio 9, 2009. José lleva todo el día en el hospital por lo que cuando entra a sesión se encuentra sumamente cansado.

El está pintando con unas pinturas digitales cuando grita con desesperación, arruga todas las hojas que había utilizado hasta el momento y las tira.

Ante esto le pregunto: ¿Ya no vas a pintar?

El responde: ¡No! Con la... con la... ¡Recortar papel! (Pareciera que intentaba decir otra cosa).

Junio 23, 2009. José saca las hojas con las que vamos a trabajar hoy, son muchas y por lo mismo parto el monto en dos, le digo: -unas las guardamos y a las otras ¿Qué les hacemos?- Ante lo cual él intenta responder con palabras pero al verse imposibilitado señala la mesa y dice: -aquí- .

Julio 30, 2009. José entra al consultorio y comienza a sacar el material para sus escritos. Veo el lápiz y le digo: -Mira, el lápiz- Él me contesta: -¡No! El...el... (señala algo de adentro, parece que no puede decir lo que quiere). ¡El lápiz!-.

En los tres ejemplos se puede apreciar como José, al no poder expresar aquello que quería decir, se dio por vencido y dijo otra cosa. Tal vez lo que fallaba era el proceso de pasar aquello que se encontraba en el pensamiento a la palabra.

Para intentar explicar esto, es necesario hacer una breve descripción del inconsciente lacaniano. De acuerdo a Norberto G. Rabinovich (2004), Lacan distinguió tres registros del lenguaje: lo real, lo simbólico y lo imaginario. El registro de lo simbólico se refiere al conjunto de palabras que conforman a cada lengua, denominado código. El registro imaginario es la dimensión significativa del lenguaje, es decir, el sentido que se le da a las palabras, a las frases y al discurso; los significantes son los que crean el efecto imaginario del sentido y son ambiguos e imprecisos. Por último se encuentra el registro real, el cual especifica aquello que del significante se sitúa en el ámbito de los fonemas, es la identidad material del lenguaje, por ejemplo la “a” es un fonema que implica una abertura total de la boca. Lo real del lenguaje está separado del sentido y es precisamente aquí en donde está estructurado el inconsciente, “es decir a nivel de la instancia de la letra despojada de significado” (Norberto G. Rabinovich, 2004, p. 10). En cambio, el lugar del Otro se encuentra en la articulación entre los registros imaginario y simbólico del lenguaje, Lacan denominó a esta articulación como el “lugar del saber” y en la tópica freudiana serían los sistemas de la conciencia, del preconsciente y de la percepción.

En el sistema inconsciente, del orden de lo real, donde están los procesos primarios, habitan las representaciones-cosas, que:

No son palabras pero tampoco las cosas mismas [...] Son sonidos del lenguaje, grupos de fonemas extraídos del circuito del discurso intencional significativo [...] no simboliza la cosa ausente sino que está el lugar de la cosa. Los símbolos, simbolizan pero las representaciones-cosa se sustituyen una por otra por su estructura material, por lo que son. (Rabinovich, 2004, p. 13).

En el “lugar del saber”, del Otro, está la representación-palabra. O sea, la palabra, un conjunto cerrado que es condición de comunicación de ésta a otro usuario del lenguaje.

Para que exista comunicación con otro es necesario que la representación-cosa se anude con la representación palabra. En el sistema inconsciente la energía tiene un desplazamiento libre de reglas gramaticales, semánticas y sintácticas que hacen recordar a todo aquello que escribe José en los *escritos*: grupo de fonemas del orden de lo real. En cambio, en el campo del saber, “las palabras están sometidas a los modos regulares de trasladar y producir sentidos. Las equivalencias de término a término en los procesos secundarios están comandados por los “*pensamientos*”, es decir de los significados” (Rabinovich, 2004, p. 14)”.

¿Por qué José no logra pasar a palabra lo que piensa? Por experiencia anterior y literatura que se revisó al respecto, podemos decir que ésta incapacidad de pasar del pensamiento a la palabra no es propia del autismo, ni tampoco del caso de José. Esta imposibilidad está presente incluso en la neurosis; como consecuencia de la represión, muchas veces no se puede decir aquello que se encuentra a nivel inconsciente. Sin embargo, esto aparece en el caso de José, y siendo el tema de interés de este trabajo, es menester presentar una posible explicación.

Es probable que José no logre pasar a la palabra lo que piensa porque no consigue hacer ese anudamiento necesario entre representación-cosa y representación-palabra; algo fallido en su estructura psíquica a nivel consciente-inconsciente no se lo permite. No le permite pasar eso que piensa a la palabra

convencional del Otro del lenguaje. Incluso esto que le sucede a José se puede comparar con una afasia, que es la pérdida de la capacidad de producir y comprender el lenguaje debido a lesiones cerebrales. La diferencia radica en que la dificultad de José es a nivel psíquico y la dificultad que aparece en la afasia es de índole orgánica.

2.3.d. ECOLALIA

La ecolalia es la repetición de sonidos, palabras o frases fuera de contexto. Dentro de estas se encuentran la repetición de trozos de canciones o de publicidad, que es precisamente lo que hace José. En muchas sesiones, de la nada y sin hacer referencia a algo en particular, José comenzaba a cantar fragmentos de canciones o repetía frases de programas de televisión, slogans de partidos políticos, etc. Todo lo hacía fuera de contexto y si yo le preguntaba acerca de esto, él no contestaba.

En la mayoría de los casos de autismo, la ecolalia hace honor a su nombre: el niño repite como eco lo que se le dice. Por ejemplo si se le dice: -¿Quieres pastel?- Es probable que él responda con un: -¿quieres pastel?-.

Este fenómeno responde a la manera en que está estructurado el niño autista en el lenguaje. Al no reconocerse él mismo en su propio discurso, al no sostenerse en cuanto ser hablante, o sea en su hablar y pensar, el discurso que se le dirige no hace más que rebotar, no se coloca como el que recibe el lenguaje, no lo hace circular, simplemente lo regresa sin implicarse en él.

Como lo traté de expresar en la breve exposición del caso, el tratamiento del autismo desde el psicoanálisis, va mucho más allá de una técnica aplicada basada en una teoría. Para poder abordar a la patología es necesario crear un espacio lleno de particularidades y coordenadas que le permitan al niño desenvolverse tal cual. También es necesario tomar en cuenta la singularidad del caso, es decir, considerar la historia del niño, de su familia, el contexto social en el que se desenvuelve, etc. para activar alrededor de él todo un dispositivo que permita la producción de un encuentro del niño consigo mismo.

En el caso de José, éste dispositivo se logró con el esfuerzo conjunto entre familia, escuela y terapia. Mucho de lo que se consiguió con José fue producto de la estructura que estas tres instancias le brindaron. Cuando la situación familiar de José alcanzó cierta estabilidad, o sea, cuando él y su hermana quedaron a cargo de su padre únicamente y se establecieron dentro de una casa específica, con horarios específicos y una escuela en particular, hubo efectos positivos en las sesiones terapéuticas: a partir de esto José no era el mismo que empezó la terapia, se desenvolvía más libremente, interactuaba más, comenzó a tener más lenguaje, la ecolalia se manifestaba menos, etc. Es decir, la estructura familiar y el ámbito escolar permitieron estructurar formalmente un espacio para José, que junto con el que se le ofreció en las sesiones terapéuticas le brindaron coordenadas para *desenvolverse*.

Para que el tratamiento del autismo funcione es necesario que todos los ámbitos, en lo que está inmerso el niño, se involucren al mismo ritmo y al mismo son.

A lo largo de este capítulo se fueron explicando desde el psicoanálisis, algunas de las características específicas del autismo así como otras referidas al caso de José. Siendo el autismo una patología tan enigmática y particular según cada paciente, no se cubrieron todos los fenómenos que aparecen en éste, ya que ni siquiera se podrían enlistar, pues son tantos y tan singulares que es casi imposible intentar explicarlos de manera general.

El caso de José, está lleno de sorpresas e interrogantes que, para poder descifrarlas se requeriría mucho más de lo que este trabajo puede ofrecer. Sin embargo se procuró explicar el porqué de algunas características tanto de José en particular como del autismo en general, y ofrecer una exposición sustentada en la teoría y en el contenido de algunas sesiones con el paciente en cuestión.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio y abordaje teórico y terapéutico del autismo es un tema que a la fecha sigue en controversia porque la etiología, necesaria para poder determinar un tratamiento, aun no está definida de manera común entre las diferentes disciplinas que intentan dar una explicación al trastorno. Al respecto existen dos discursos, el médico-biológico y el psicogénico, y a partir de estos se derivan los diferentes tratamientos para el autismo; unos tienen la intención de adaptar, *normalizar* al niño autista a la sociedad, mientras que otros buscan conocer a una persona con características individuales, es decir, buscan la emergencia del sujeto.

El título de esta tesis pretende dejar claro cuál es su propósito: presentar dos maneras de abordar al autismo, una con un fin adaptativo y la otra, con un fin subjetivo, que al final de cuentas resulta adaptativo. Ambas posturas, sumamente distintas en cuanto a lo que proponen, están fundamentadas con teorías, estudios e investigaciones válidas, que se presentan de manera neutral a lo largo de la tesis; sin embargo cuando se expone el caso clínico la neutralidad desaparece: primero, porque éste es abordado desde la perspectiva subjetiva y, segundo, porque durante la presentación se explica el porqué de algunos modos de actuar tanto del paciente como de la terapeuta, haciendo comparaciones entre tratamientos; ello con el fin de manifestar la preferencia por un *tratamiento subjetivo*, lo que se especificará en los siguientes párrafos, haciendo un recorrido a lo largo de los temas presentados en la tesis.

En la revisión histórica del tema se distingue ya el debate etiológico de la patología, así como sus formas de tratamiento; el caso de Víctor de Aveyron, es claro ejemplo de esto. Jean Itard (1801), quien llevó a cabo su descripción, atribuyó el padecimiento a la privación sociocultural experimentada por el niño; en cambio Phillippe Pinel diagnosticó al niño con *Idiotismo Congénito*, de origen orgánico. En cuanto al tratamiento, Itard pidió a la institutriz que quedó a cargo del niño, que se le concedieran sus gustos e inclinaciones sin contrariar sus hábitos. Esta indicación es sumamente semejante a lo que plantea el *tratamiento subjetivo*,

los gustos y hábitos del niño son sus manifestaciones las cuales son respetadas en lugar de ser modificadas.

Por otra parte, Eugen Bleuler (1911), introdujo el término autismo y lo incluyó como síntoma de la esquizofrenia; al hacerlo, negó cualquier vínculo entre el autismo y el autoerotismo, concepto sumamente presente en la teoría de Freud, para quien la vida sexual se encuentra identificada con la psíquica.

Tanto Leo Kanner (1943) como Hans Asperger (1943) describieron la patología, de manera individual, como un cuadro clínico independiente de la esquizofrenia. Esta descripción es vigente y muy precisa; a pesar de haber descrito las características de la patología desde una perspectiva general, ambos autores hicieron énfasis en la particularidad de cada caso, eje central del abordaje terapéutico *subjetivo*. Una de las características que ambos señalaron como relevante fue la del uso tan particular del lenguaje; el *tratamiento subjetivo* habla de un fracaso en la función simbólica (del mundo del lenguaje) en el autismo. Así mismo, ambos psiquiatras destacaron las similitudes entre las familias de los niños que presentaban el trastorno; actualmente y desde la perspectiva del *tratamiento subjetivo* decir que existe un rasgo específico que caracterice a las familias de estos niños es comprometedor, sin embargo, se habla de un papel activo de la familia en la génesis del autismo. Esto último era considerado por Kanner en un principio aunque finalmente se inclinó por las causas orgánicas del padecimiento. En cuanto a Asperger, él siempre le atribuyó a dicha enfermedad un origen genético.

Las investigaciones y descripciones que realizaron estos autores formaron las bases del estudio del autismo al que se unieron múltiples disciplinas, entre ellas la biología, la psiquiatría y la psicología. Éstas han encontrado datos sumamente relevantes que amplían el conocimiento de la patología con el fin de lograr una futura explicación, probablemente de su etiología, y de esa manera encontrar un tratamiento adecuado. Por lo mismo, en este trabajo se presentó un breve resumen de la manera en que cada una de éstas se aproxima al autismo para intentar explicarlo, diagnosticarlo y tratarlo.

La biología ha tenido un papel sumamente importante al estudiar e investigar a fondo las posibles alteraciones orgánicas del autismo, tomando en cuenta los aspectos genéticos y neurobiológicos que lo caracterizan, además de factores como las complicaciones que se presentan durante el embarazo y el parto así como las infecciones que presentan tanto las madres como los niños autistas en momentos críticos de su desarrollo.

Después de haber realizado la investigación documental del aspecto biológico del autismo no se encontró nada específico y pertinente que pudiera marcar la pauta para determinar un tratamiento conveniente. Gran parte de los casos de autismo no tienen alteraciones biológicas y si las hay, más que ser causa, contribuyen a la patología. Además, los datos que arrojan las investigaciones, que suelen tener errores metodológicos, no son suficientes y son evidentes en pocos casos; tampoco se ha encontrado alguna anomalía específica y característica del autismo. .

La psiquiatría es otra disciplina que se ha encargado del trastorno por medio de la clasificación puntual de sus características, presentadas en el DSM-IV y el CIE 10, con el fin de brindar un diagnóstico adecuado y por lo tanto un tratamiento farmacológico indicado; este último se basa en los hallazgos de los estudios de origen biológico u orgánico y tiene como fin mejorar o disminuir los síntomas que se presentan. En la mayoría de los casos de autismo, el primer acercamiento hacia un posible tratamiento es dirigirse al psiquiatra; se podría decir que es un punto de partida. Después del diagnóstico realizado por esta disciplina médica, los padres deciden qué rumbo tomar para el tratamiento de su hijo; por lo mismo es sumamente importante mencionarla en un trabajo cuyo tema es el autismo.

La forma en que la psiquiatría aborda el autismo es sumamente diferente e incluso debatible desde el punto de vista del *tratamiento subjetivo*: de acuerdo a éste los medicamentos utilizados impiden que el niño se manifieste como lo haría habitualmente, inhiben su particularidad que es precisamente el anclaje desde donde parte este tratamiento. En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, éste tiende a encasillar al niño, a etiquetarlo. El *tratamiento subjetivo* prescinde del diagnóstico:

el niño no es exclusivamente aquel que no hace contacto visual, que presenta ecolalia, que no habla, etc. sino que el niño es alguien con un deseo por manifestar y con una historia, que es la que se toma en cuenta.

Tanto la biología como la psiquiatría, abordan el autismo desde una perspectiva orgánica, es decir, buscan demostrar una posible causalidad orgánica absoluta; sin embargo esto no se ha logrado, lo que representa un desafío para los profesionistas en dichas áreas, pues no se puede hablar de algo altamente o suficientemente comprobado.

La psicología es otra ciencia que ha estado al tanto del autismo y sobre todo de su tratamiento. Al respecto, han surgido variados métodos y técnicas terapéuticas, entre las cuales se encuentran aquellas que van dirigidas a la sensorialidad de los niños, otras que buscan la comunicación del niño por medio de diferentes técnicas, algunas otras que se apoyan con animales, o bien las que se basan en la alimentación, etc. Todas ellas están fundadas en teorías importantes y han alcanzado resultados interesantes; sin embargo, en este trabajo se estudiaron y presentaron, de manera detallada, dos modalidades terapéuticas referentes al padecimiento por ser aquellas que, en lo personal, parecen más completas e interesantes, y de alguna u otra manera engloban a las demás: 1) las teorías cognitivas que se apoyan en tratamientos de tipo conductual y psicoeducativo, que buscan adaptar al niño autista a su familia y medio ambiente, por medio de la intervención directa en las conductas del niño; y 2) las teorías psicoanalíticas que pretenden, por medio de una intervención terapéutica, la afirmación de la subjetividad del paciente. De acuerdo a las intenciones terapéuticas de cada una, se les denominó como *Tratamiento Adaptativo* a la primera y *Tratamiento Subjetivo* a la segunda.

El *Tratamiento Adaptativo* define al autismo en términos conductuales y cognitivos, es decir, estudia aspectos como inteligencia, lenguaje, pensamiento, memoria, atención, sensación y percepción, emoción, simbolización y juego, y desarrollo de habilidades sociales. Por medio de la observación puntual de la conducta del niño, de la aplicación de pruebas específicas y de la realización de estudios determinados, se evalúa la manera en que cada uno de estos aspectos se

manifiesta o no en el autismo. Los resultados obtenidos en estos ámbitos se comparan con el desempeño de niños con desarrollo regular en los mismos; y a partir de las diferencias obtenidas, se puntualizan y describen de manera sumamente detallada y general, la manera en que se manifiestan los aspectos cognitivos mencionados anteriormente en el autismo.

Todos estos aspectos cognitivos del autismo se intentan explicar desde diferentes teorías, también de índole cognitiva, que buscan aquello específico al autismo. Éstas acercan la brecha entre el cerebro y el comportamiento ya que recurren a estudios neuropsicológicos con el fin de localizar fallas o diferencias funcionales en ciertos puntos del cerebro para poder determinar un causante del autismo; cada una de ellas se centra en un posible déficit principal y en función de éste intentan explicar el porqué de algunas características de la patología y se dan propuestas para su tratamiento. Entre ellas se encuentran:

- *Teoría de la Mente*: plantea que en el autismo hay una falla en la capacidad de *mentalización* la cual predice las relaciones entre los estados externos de las cosas y los estados mentales internos; a partir de esto se explican muchas de las deficiencias sociales, comunicativas, de lenguaje y de imaginación, como la falta de juego simbólico y de simulación que caracterizan al autismo.

Esta teoría también habla de las *representaciones primarias* (representaciones de las cosas como realmente son) y las *metarepresentaciones* (permiten fingir). A partir del segundo año de vida, los niños son capaces de elaborar metarepresentaciones de lo que los demás tratan de comunicarles por medio del *desacoplamiento* de las representaciones de la realidad (primarias); éstas dejan de ser copias del mundo real y se pueden unir a los deseos, los pensamientos o los recuerdos personales. Los autistas no pueden realizar metarepresentaciones y por lo tanto tampoco son capaces de atribuir estados mentales a las personas y a ellos mismos, ya que éstos también requieren de metarepresentaciones.

Esta teoría propone la existencia de una base nerviosa específica en algún lugar del cerebro que podría ser la causa del fracaso de los niños con autismo.

- *Teorías de las Fallas en la Función Ejecutiva*: esta teoría sugiere un problema en la función ejecutiva como déficit central del autismo. Una función ejecutiva es un constructo cognitivo que describe las conductas de pensamiento mediadas por los lóbulos frontales; también es la habilidad para mantener un conjunto apropiado de estrategias de solución de problemas para alcanzar una meta futura.

Además de regular las funciones ejecutivas, los lóbulos frontales son importantes para la regulación de conductas sociales, las reacciones emocionales, y el discurso social. Todas estas habilidades presentan fallas en el autismo. Lo que propone esta teoría como posible explicación a esto es que la función de la corteza prefrontal es guiar la conducta por medio de representaciones mentales creadas a partir de “modelos de realidad internos”, los cuales se deben mantener “en línea” para poder guiar las conductas futuras. Es probable que una falta de la habilidad para mantener las representaciones “en línea” explique las dificultades sociales típicas del autismo, así como los déficits en imitación, los problemas espaciales característicos del autismo y la falta de juego simbólico.

Hay escasa evidencia neurológica que fundamente la teoría ya que la región frontal del cerebro en niños con autismo se ha examinado poco, sin embargo la información que se tiene es válida y relevante.

- *Teoría de la Coherencia Central*: de acuerdo a ésta teoría, la coherencia central funciona diferente en el autismo a como lo hace en personas sin el trastorno. La coherencia central se puede concebir como una fuerza que integra grandes cantidades de información, y que tiende a ver las cosas como un todo; es esta capacidad la que tienen disminuida los niños con autismo, por lo que sus sistemas de procesamiento de la información, y su propio ser, se caracterizan por la desconexión. Se dice que los niños con autismo tienen una “coherencia central débil”, ya que existe una falta de influencia del contexto y por lo tanto una falta de impulso para buscar significado.

A partir de esta premisa, la teoría explica algunas de las características del autismo como son: la memoria mecánica superior, la dificultad para contextualizar el significado de las palabras y la capacidad de discriminar detalles sumamente sutiles por medio de la vista y el oído, entre otras.

El tratamiento que se suele aplicar cuando se recurre a las teorías cognitivas del autismo es de tipo cognitivo-conductual, a pesar de que éste es independiente de las hipótesis causales del autismo, es decir, no es necesario conocer el porqué de la patología para poder intervenir en ella. Este tratamiento ataca los déficits que tiene el niño autista a nivel cognitivo por medio de técnicas conductuales cuyo objetivo específico es el síntoma o la conducta observable y manipulable; aquellas conductas positivas son favorecidas y se fomenta su repetición, mientras que las conductas disruptivas son perjudicadas de tal manera que se busca su disminución.

Este tipo de tratamiento, denominado en esta tesis como *adaptativo* por sus objetivos, tiene como fin normalizar al niño, es decir, hacer que funcione lo más posible en su entorno por medio del aprendizaje de habilidades. Además, este tratamiento toma en cuenta la evaluación y valoración, que se realiza por medio de pruebas estandarizadas, de los aspectos cognitivos del niño para poder ubicarlo dentro de un rango e intentar, por medio del tratamiento, acercar al niño a la *normalidad* estadística.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la valoración, el terapeuta toma en cuenta la particularidad del caso, es decir, las características cognitivas particulares del paciente, con el fin de adaptar el rumbo, los objetivos y metas del tratamiento, a las *insuficiencias* específicas del paciente.

Así mismo, el papel que tiene el terapeuta que lleva a cabo el *tratamiento adaptativo* es muy específico: él es quien manda; su actitud es directiva, aplica reforzadores negativos o positivos de acuerdo al desempeño del niño, el cual es evaluado; modifica el ambiente de acuerdo a los avances o necesidades de la terapia etc. Todo esto lo hace de acuerdo a su perspectiva y opinión, es decir, a lo que él cree que es mejor para continuar el tratamiento de acuerdo a la manera en que el niño *responde*.

El *tratamiento subjetivo* es “la otra cara de la moneda”; los estudios neurobiológicos, el diagnóstico psiquiátrico, la administración de fármacos y los aspectos cognitivo-conductuales del autismo se dejan de lado para darle una

posible explicación desde los aspectos psíquicos y sexuales vinculados con su significación.

El psicoanálisis respalda la psicogénesis de la patología por medio de teorías que, a lo largo de los años y de acuerdo a los diferentes puntos de vista de muchos psicoanalistas, han aportado mucho respecto a algunos aspectos del autismo; sin embargo, en este trabajo son las teorías de Sigmund Freud y de Jacques Lacan las que se toman en cuenta y se analizan para determinar qué es un sujeto en psicoanálisis y cómo es que éste se dibuja en el autismo. Con el fin de llegar a esto se hizo una revisión de los elementos y procesos fundamentales que están involucrados en la emergencia del sujeto psíquico: la madre, su experiencia edípica y su función; la instauración del complejo de Edipo en el niño y su posterior cristalización en la metáfora paterna, todos estos necesarios para la instauración de la falta y la inclusión en lo simbólico; así también, el estadio del espejo y el narcisismo, necesarios para la formación del yo. Todos estos están permeados por accidentes que determinan el tipo de estructura, ya sea psicótica, neurótica o perversa. Precisamente a partir de estas alteraciones o fallas es que se explicó la estructura psicótica y autista.

La psicosis y el autismo, de acuerdo a Lacan, no tienen diferencia a nivel estructural y su denominador común es un fracaso en la función simbólica. Éste fracaso es consecuencia de que la madre o su función, queda impedida de donar su falta debido a un accidente en la manera en que ella queda estructurada tanto en su Edipo como en la metáfora paterna. Así como ella no logra donar su falta, tampoco permite la entrada de la ley del padre y por lo tanto se da la forclusión del Nombre-del-Padre, impidiendo el corte, la castración, la separación y provocando la holofrase de los significantes (S_1S_2). También hay una falla en la imagen especular del niño autista y como consecuencia su yo no funge como instancia unificadora y diferenciadora; la manera en que el niño quedó investido narcisísticamente juega un papel importante en estos accidentes.

Habiendo explicado así la teoría psicoanalítica referente al autismo fue necesario presentar el caso de José como apoyo para explicar el *tratamiento subjetivo*. El caso permitió ejemplificar y explicar que es lo que pasa con el sujeto

en el autismo y algunas características de éste desde la perspectiva psicoanalítica. También se utilizó el caso para explicar el porqué de todos los aspectos que se toman en cuenta, al momento de iniciar un abordaje terapéutico psicoanalítico para el autismo.

El *tratamiento subjetivo* pretende la emergencia del sujeto; que el niño autista exprese lo que quiere y decida por sí mismo; que tenga un lugar propio en donde sus características individuales sean las que dominen; en sí, busca un sujeto con un deseo. Es por todos estos aspectos que se escogió el término *subjetivo* para designar a esta modalidad terapéutica que, a fin de cuentas, no deja de ser adaptativa, ya que también se busca a un sujeto que pueda interactuar de la mejor manera posible con su medio. Esto se hace “de adentro hacia afuera”, es decir, el niño, en la medida que se va *subjetivando* va construyendo el mundo a partir de su intención, de su deseo. Es precisamente por esto que este tratamiento no generaliza, no toma en cuenta la estadística ni la norma, se basa en la singularidad del sujeto, que se construye de manera paralela al mundo social, cultural y del lenguaje (Otro), que exige cierta *adaptación*. Pero precisamente el tratamiento no está a merced de las exigencias de ese Otro, si no que le ofrece al niño todo lo necesario para que él pueda hacer frente a estas exigencias a partir de sí mismo y sin la angustia que ese mundo le genera.

Este tratamiento toma en cuenta al sujeto tal cual es; sus manifestaciones, más que ser conductas a adaptar, se consideran como formas de expresión que deben de ser tomadas en cuenta. La historia del niño y la de su familia, es otro factor sumamente importante que se considera, ya que sirven de referencia para explicar muchas de las particularidades del padecimiento de cada niño. Incluso se podría decir que así como el *tratamiento adaptativo* utiliza la valoración como base del tratamiento, el *subjetivo* toma la historia del sujeto cómo plataforma. Por otro lado, el componente afectivo y la manera en que éste se vivencia en las relaciones familiares del niño, es un aspecto fundamental, en todo el sentido de la palabra, tanto para el niño como para el *tratamiento subjetivo*. La manera en que éste se manifiesta en el entorno que antecede y rodea al niño va a determinar y, de cierta manera, explicar, mucho de la patología del niño; y por lo mismo, su abordaje es

clave en el tratamiento. De hecho, es recomendable que cuando un niño autista es tratado desde la teoría psicoanalítica, sus padres también inicien un proceso analítico, ya que, precisamente el componente afectivo es algo que compete a todos los miembros de una familia.

Al tomar en cuenta al sujeto, sus relaciones familiares y por lo tanto las cuestiones afectivas que están de por medio, el *tratamiento subjetivo* no tiene un plan de tratamiento establecido con objetivos establecidos, más bien el niño es quien va guiando, el terapeuta es su seguidor y es él quien se va adaptar al niño, no al revés. El terapeuta espera, y cualquier signo de indicación por parte del niño sirve para trazar el eje de la terapia aunque sea solo durante un sesión. Se podría decir que este tipo de terapia es “sobre la marcha”, no tiene nada establecido sino que funciona a partir de las manifestaciones del niño.

En este tratamiento el que dirige es el niño; él es quien modifica el ambiente de acuerdo a sus necesidades y deseos, él es quien decide que se hace y que no se hace, pero siempre bajo una misma ley, bajo los límites marcados por el mismo entorno terapéutico que regula tanto al niño como al terapeuta.

La actitud del terapeuta es de acuerdo a la del niño. El terapeuta es el *secretario* del niño. ¿Por qué? Porque el terapeuta debe de asumir sus limitaciones y hacerlas evidentes ante el niño; sentirse y presentarse como omnipotente lo coloca en una posición de Otro amenazante, que es precisamente lo que se intenta romper. Un terapeuta que se impone pierde inmediatamente la batalla; en cambio uno que se muestra regulado, que no amenaza ni invade, invita al niño autista a salir de su coraza y no se conforma con que éste haga lo que se le pide sin saber por qué. Si los niños autistas no están en el mundo del Otro, no lo entienden, y lo único que se hace es adaptar sus conductas para que el Otro esté satisfecho, nunca van a entender por qué, simplemente estarán actuando de acuerdo al deseo del Otro y una vez más su deseo quedará anulado.

Como se puede apreciar las dos modalidades terapéuticas presentadas en este trabajo son sumamente distintas. Ambas tienen un mismo fin: que el niño autista forme parte de un *mundo compartido*. Sin embargo, la manera en que cada una de éstas concibe al niño y por lo tanto al *mundo*, es muy diferente y esto incide en la

forma en que ambas abordan la patología: mientras que una toma como eje terapéutico exclusivamente a la conducta del niño, la otra toma en cuenta a un sujeto y es él quien va trazando el ritmo terapéutico; al respecto Maud Mannoni dice que “al querer tratar el síntoma, es al niño al que se rechaza” (Mannoni, 1971, p.21). Entonces, al incidir únicamente en la conducta del niño, como lo hace el *tratamiento adaptativo*, se rechaza el deseo del niño.

Por otra parte, el *tratamiento adaptativo* manipula el medio para obtener una respuesta; el tratamiento es el que actúa sobre el niño, la respuesta del niño depende totalmente del estímulo impuesto por el medio. En cambio el *tratamiento subjetivo* se pone detrás del niño; él actúa de cierta manera porque así lo quiere, no se le pide que responda a algo, su manera de actuar responde únicamente a su deseo, siempre y cuando se respeten los límites marcados por el mismo entorno terapéutico. La expresión del niño sorprende, produce un encuentro de él consigo mismo, es espontánea, interior, porque es consecuencia de su deseo, no del deseo del terapeuta. Esta expresión pone las reglas para la posterior respuesta del terapeuta. Por lo mismo en este tratamiento el niño es quien lleva la batuta del proceso terapéutico, se le otorga a él la libertad de desarrollarse en un espacio donde encuentra su lugar.

La relación terapéutica que se establece entre el niño y el terapeuta es, en mi opinión, el aspecto que diferencia de manera más tajante a los dos tipos de tratamiento aquí presentados. El *tratamiento subjetivo* pone al deseo del niño en primer plano, el deseo del terapeuta queda, literalmente, en otro lado: en una tesis, en el crecimiento profesional, en la remuneración del trabajo, etc. Si éste (el deseo del terapeuta) estuviera presente, es decir, estuviera depositado en el progreso del niño, él, una vez más y como lo hace ante el Otro amenazante, tomaría distancia, porque se vería devorado por el deseo del terapeuta. En el caso del *tratamiento adaptativo* el deseo del niño no es tomado en cuenta, es la demanda del Otro de *normalizarlo* la que busca que él responda de cierta manera. Es decir, el medio se manipula a partir de lo que el Otro (que hace de soporte al autismo del niño), representado por el terapeuta, espera (o desea) del niño. Y ¿qué tan violento resulta esto para el niño?

Otra gran diferencia entre los tratamientos aquí expuestos se refiere a la teoría. El *tratamiento adaptativo* describe de manera muy exacta y generalizable las características cognitivas del autismo e intenta explicar el porqué de sus manifestaciones tan peculiares en el autismo por medio de tres teorías que rastrean aquello específico a la patología a nivel Sistema Nervioso. Por su parte el *tratamiento subjetivo* intenta explicar las características individuales del caso por medio del sustento teórico que lo fundamenta. Es decir, toma en cuenta el componente afectivo que ha estado presente en las relaciones más tempranas del niño y que, de cierta manera, determina muchos de los factores de su estructura psíquica; también considera la posición que tiene el niño autista ante los tres registros propuestos por Lacan (real, simbólico, imaginario), estando al tanto de las fallas a nivel simbólico, a nivel lenguaje y la relación tan particular con el registro real que caracteriza a la patología; incluye la manera en que queda estructurado el sujeto como consecuencia de elementos y procesos fundamentales a nivel psíquico; y la manera en que opera o no la falta en el niño, así como su percepción del Otro, su estructura yoica, la relación que tiene el niño con la palabra de sus padres, etc. Es decir, no puede generalizar ni las maneras en que se manifiesta el síntoma en el autismo, ni un carácter específico que lo determine, porque todo gira en torno a un sujeto particular, su historia y la manera en que quedó estructurado a nivel psíquico, tomando en cuenta los múltiples factores que entran en juego.

El *tratamiento adaptativo* no toma en cuenta la teoría, prescinde de ella. El *tratamiento subjetivo* no puede hacer esto: la clínica remite a la teoría y viceversa. En la clínica, el componente afectivo es sumamente tomado en cuenta, pero para poder entender sus incidencias sobre el niño es necesario tener bases teóricas como soporte.

Las diferencias existentes entre las dos modalidades terapéuticas no son solo a nivel teórico y clínico, sino que las maneras de concebir al niño, su familia y al autismo son tan distintas que se excluyen una de la otra. El objetivo de ambas es el mismo, sin embargo la manera en que llegan a él es completamente diferente.

Este trabajo tiene como objetivo presentar dos modalidades terapéuticas, hacer énfasis en sus diferencias y, por medio de la presentación de un caso clínico en donde se aplicó uno de los métodos terapéuticos, defender el propósito de uno de los tratamientos presentados.

Y no obstante en ambos tratamientos se han obtenido resultados importantes e interesantes, el conflicto radica precisamente en la manera en que ambos abordan a la patología y por lo tanto su tratamiento. De hecho, la única semejanza que tienen es que ambos buscan la mejor manera de tratar al autismo.

A lo largo del trabajo se hace énfasis en el enigma que representa esta patología para la mayoría de las disciplinas que la estudian y abordan. Precisamente este enigma hizo que al estudiar las dos modalidades terapéuticas que marcan el eje principal de esta tesis surgieran múltiples preguntas que pueden ser base para estudios posteriores desde las mismas perspectivas que aquí se analizan o desde otras; además a lo largo de la tesis se presentan aspectos de la patología que se tocan a nivel superficial, por lo que un análisis a fondo de éstos resultaría interesante, por ejemplo: el hecho de que la patología afecte más a niños que a niñas; el papel que juega la familia en el tratamiento del autismo, tanto la que accede a un tratamiento como la que no lo hace; la manera en que el *tratamiento subjetivo* explicaría algunas de las características cognitivas presentadas por el *tratamiento adaptativo*; el deseo del terapeuta en un proceso terapéutico de autismo y su efecto en el tratamiento; la relación del niño autista con el registro de lo real, etc.

Como se puede observar, el enigma del autismo da pie a múltiples cuestionamientos acerca de éste. Además el hecho de que sea una patología abordada multidisciplinariamente abre la posibilidad de estudiarla desde muchas perspectivas. Al ser tan enigmática representa un reto para los profesionales de todas las ramas que nos enfrentamos a él por lo que resulta importante tomar en cuenta todos los aspectos de la patología además de sus diferentes abordajes para lograr así, un mejor entendimiento de la misma.

ANEXO

EJEMPLOS DE ESCRITOS REALIZADOS POR JOSÉ

Ejemplo 1.



20 Equidone LLN O40

- Empieza con un número de dos dígitos.
- No hay separación entre palabras.

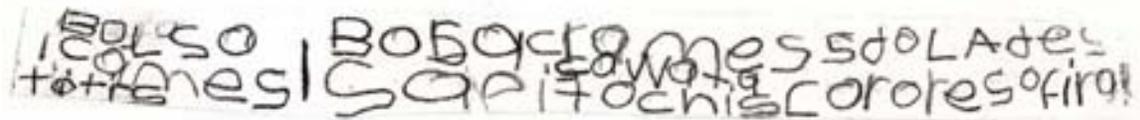
Ejemplo 2.

sacan 22 tanao ÷

Lanao vwoe N-Janaes

- Hay separación entre palabras marcada por un cambio de color.
- Aparece un signo de división.

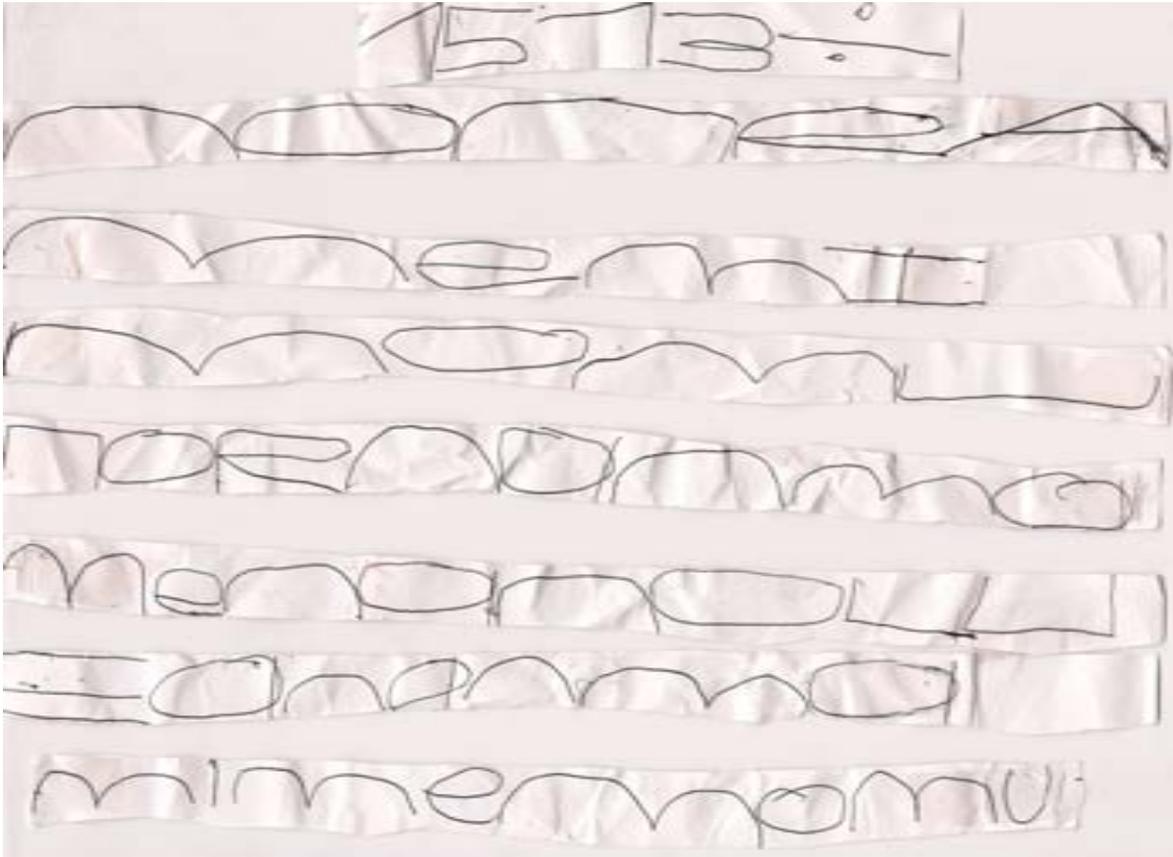
Ejemplo 3.



BOLSO | BOB | cames | 5 dolades | sapito | corores | sofira | titis | tixix

- Escrito al cual José denominó como “boleto”.
- Aparecen palabras como sapito, *corores* (colores), *sofira* (Sofía), bolsa, *cames* (krankis), *5 dolades* (5 dólares), *cawata* (cacahuates), *titis* (tixix), etc.

Ejemplo 4.



- Escrito completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aoki, A. (2006), *Autismo, más allá de la discapacidad; la organización de un sistema funcional peculiar*. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, México DF.
2. Aulagnier, P., (1994). *Un intérprete en busca de sentido*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.
3. Baron-Cohen, S., Bolton, P., (1996). *Autism. The facts*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
4. Bleichmar, S., (1984). *En los Orígenes del Sujeto Psíquico*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores,
5. Bleuler, E., (1960), *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
6. Bori, A. (comp.), Gutiérrez, M. (comp.), (2006), *Habitar en el discurso*. México DF, México: Asociación Psicoanalítica de Orientación Lacaniana.
7. Brune, C., Kim, S., Salt, J., Leventhal, B., Lord, C., Cook, E., (2006). 5-HTTLPR Genotype-Specific Phenotype in Children and Adolescents With Autism. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 2148- 2156.
8. Capps, L., Sigman, M., (2000). *Niños y niñas autistas. Una perspectiva evolutiva*. Madrid, España: Ediciones Morata S.L.
9. Ceron, J. (2005), *Introducción al autismo infantil*. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, Estado de México, México.
10. Courchesne, E., Karns, C. M., Davis, H. R., Ziccardi, R., Carper, R. A., Tigue, Z. D., et al. (2001), Unusual brain growth patterns in early life in patients with autistic disorder: an MRI study. *Peer Reviewed Journal*, 57(2) Jul 2001, 245-254

11. Egge, M. (2006), *El tratamiento del niño autista*. Madrid, España: Editorial Gredos S.A.
12. Ferrari, P. (2000). *El autismo infantil*. Madrid, España: Biblioteca Nueva S.L.
13. Freud, S., (1914). Introducción al Narcisismo. Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. 14. Recuperada el 29 de octubre del 2009, de <http://www.esnips.com/doc/758d8759-5c7f-4e97-b23c-f78822bf9609/Freud--Introducción-del-narcisismo>
14. Freud, S., (1933). 33º Conferencia. La Feminidad. Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. 22. Recuperada el 28 de octubre del 2009, de <http://www.scribd.com/doc/7005870/FREUD-AE22-06Nuevas-Conferencias-La-Feminidad>
15. Frith, U. (2004), *Autismo. Hacia una explicación del enigma*. Madrid, España: Alianza Editorial
16. Frith, U. (Ed.), (1991), *Autism and Asperger syndrome*. Cambridge, Gran Bretaña: Cambridge University Press
17. Happé, F., Frith, U., (1996). The new neuropsychology of autism. *Brain*, 119, 1377-1400.
18. Hobson, P. (1993). *El autismo y el desarrollo de la mente*. Madrid, España: Alianza Editorial
19. Jerusalinsky, A., (1988). *Psicoanálisis del autismo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
20. Kanner, L., (1957), *Psiquiatría Infantil*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Siglo Veinte
21. Kanner, L., (1971). Follow-up Study of Eleven Autistic Children Originally Reported in 1943. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 2, 119-145.

22. Kaufmann, P., (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
23. Kuehn, B., (2006). Studies probe autism anatomy, genetics. *The Journal of the American Medical Association*, 295(1), 19-20.
24. Lacan, J. (1953) *Algunas reflexiones sobre el yo*. *International Journal of Psychoanalysis* 34, 12-17. Recuperada el 29 de octubre del 2009, de www.con-versiones.com/textos/nota0757.doc.
25. Lacan, J. (1967). Discurso de clausura de las jornadas sobre psicosis infantil. En Mannoni, M., Laing, R., Cooper, D., Faure, J.L., Ortigues, E., Tostain, R., Rimbault, G., Ali, S., Winnicott, D., Lefort, R., Martin, P., Lacan, J., (1971). *Psicosis infantil*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
26. Lacan, J., (2003). *Escritos 1*. México D.F., México: Editorial Siglo XXI.
27. Lacan, J., (2003). *La familia (Vol. 1 de Biblioteca de Psicoanálisis)*. Buenos Aires, Argentina: Argonauta.
28. Laplanche, J., Pontalis, B., (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
29. López-Ibor, J.J (ed.), (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Madrid, España: MASSON.
30. Mannoni, M. (1971). Prefacio para la edición argentina. En Mannoni, M., Laing, R., Cooper, D., Faure, J.L., Ortigues, E., Tostain, R., Rimbault, G., Ali, S., Winnicott, D., Lefort, R., Martin, P., Lacan, J., (1971). *Psicosis infantil*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
31. Mannoni, M., (1967). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.

32. Manzotti, M. (comp.), (2005). *Clínica del autismo infantil*. Buenos Aires, Argentina: GRAMA ediciones.
33. Marin A.L. (2005), *Un enigma llamado autismo*. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM, Estado de México, México.
34. Martínez, L.E., Mercado M., Ovalle J.P., Talero C., Velásquez A., Zarruk J.G., (2003), Autismo: estado del arte. *Revista Ciencias de la Salud*, 1, 68-85.
35. Martos, J, Riviere, A., (1997). *El tratamiento del autismo*. Madrid, España: IMSERSO.
36. Martos, J, Riviere, A., (2000). *El niño pequeño con autismo*. Madrid, España: APNA.
37. McDougle, C., Kem, D., Posey, D., (2002), Case Series: Use of Ziprasidone for Maladaptive Symptoms in Youths With Autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(8), 921-927.
38. Minshew, N., Williams, D., (2007). The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Neurological Review*, 64(7), p 945-950.
39. Nacewicz, B., Dalton, K., Johnstone, T., Long, M., McAuliff, E., Oakes, T., et al. (2006). Amygdala volume and nonverbal social impairment in adolescent and adult males with autism. *Archives of General Psychiatry*, 63(12), p 1417-1428-.
40. Panetta, M., López, D., (2003). Sobre una aproximación lógica a la psicosis infantil. En Manzotti, M., (2003). *Clínica del autismo infantil*. Buenos Aires, Argentina: Grama Ediciones.
41. Pieck, C., (2007). Anorexia y bulimia, la tiranía de la perfección. Querétaro, México: FUNDAp.

42. Plon, M., Roudinesco, E., (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
43. Rabinovich, N., (2004). El inconciente lacaniano. En *Seminarios Clínicos (Vol. 1)*. Buenos Aires, Argentina: ICHPA.
44. Ray-Mihm, R. (2008). Autism: part II. Genetics, diagnosis and treatment. *SLACK Incorporated*, 39, 102-103.
45. Reichenberg, A., Gross, R., Weiser, M., Bresnahan, M., Silverman, J., Harlap, S., et al. (2006). Advancing paternal age and autism. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1026-1032.
46. Rivera, A.S., (2005), *Investigación de la genética del autismo aplicada al estudio de una genealogía*. Tesis de licenciatura, UNAM, Estado de México, México.
47. Rutter, M (intr), (1996). *Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A.
48. Schopler, E. (ed.), Mesibov, G. (ed.), (1995), *Learning and cognition in autism*. New York, EUA: Plenum Press
49. Tendlarz, S., (1996). *¿De qué Sufren los Niños?*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
50. Tomás, J. (ed.) (2002). *El spectrum autista. Evaluación, diagnóstico, neurobiología y tratamiento del autismo*. Barcelona, España: LAERTES S.A. de Ediciones.
51. Valdez, D. (coord.), (2001). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y de la educación. Tomo I*. Buenos Aires, Argentina: Fundec.

52. Wing, L. (1998) *El autismo en niños y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
53. Yankelevich, H., (2003). Acerca de los que nos enseñan los autistas sobre la función de la palabra. En, Amigo, S., *Paradojas clínicas de la vida y la muerte: Ensayos sobre el concepto de originario en psicoanálisis*. Rosario, Argentina: Homo Sapiens