

PSICOSIS INFANTIL Y EL SINDROME AUTISTA

Rómulo Lander

Lección impartida en el

DIPLOMADO

**PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DE NIÑOS Y ADOLESCENTES**

SOCIEDAD PSICOANALÍTICA DE CARACAS

Colección: DOCUMENTOS BIBLIOGRÁFICOS
Cada texto lleva su referencia bibliográfica correspondiente
Documento elaborado por Rómulo Lander
Editorial Psicoanalítica
ralander@viptel.com
Caracas, 2011
Impresión: Yuruani Guerere
Yuruani73@gmail.com

INDICE DE LOS DOCUMENTOS

1

PSICOSIS INFANTIL: Una exposición breve teórica y sus implicaciones. MARGARET MAHLER y MANUEL FURER. Presentado en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York [1959]. **Página 7**

2

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra. 'Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico' (1960). Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. Página 94 (3ª. Edición de 2009). **Página 9**

3

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra. 'La psicoterapia de las psicosis' (1932). Página 69, Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. [3ª. Edición de 2009]. **Página 13**

4

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra. 'La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo' (1930). Rómulo Lander. Editorial Psicoanalítica. Página 67 [3ª. Edición de 2009]. **Página 15**

5

SOBRE LA PSICOSIS. Artículo periodístico de Carmen Lafuente. Psicoanalista de Madrid. [2008]
Información obtenida en la Web [2010]. **Página 17**

6

PSICOSIS ESTABILIZADAS Y FENOMENOS ELEMENTALES.
Rómulo Lander, Capítulo 2 del libro: 'EFECTOS DE LAS TEORÍAS DE LACAN EN EL PSICOANALISIS NO-LACANIANO. Editorial psicoanalítica. Caracas, [2010]. **Página 21**

7

EL OBJETO EN LA ESTRUCTURA PSICOTICA ESTABILIZADA.

Rómulo Lander, Capítulo 27 del libro: 'LOGICA DEL OBJETO'.

Editorial psicoanalítica, Caracas [2011].

Página 33

8

LOS TIPOS DE ACTOS DEL ANALISTA EN SESIÓN

Rómulo Lander, Capítulo 18 del libro: 'Efectos de la teoría de lacan en el Psicoanálisis no-Lacaniano'.

Editorial Psicoanalítica, Caracas [2010].

Página 35

9

DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL [TEMPRANA]

Linmarie Sikich, Medscape CMS, Web page

Psychiatry and Mental Health [October 2010].

Página 57

10

ALUCINACIONES Y OTROS SÍNTOMAS PSICÓTICOS PRODUCIDOS POR:
EL USO DE MEDICAMENTOS PARA EL ADD.

Carolina Cassels [USA]

Medscape Psychiatric News [página web, 2009]. El texto original aparece en la Revista [USA] Pediatrics [2009] Vol. 123: 611-616.

Página 61

11

ESQUIZOFRENIA INFANTIL Y EL TRATORNO BIPOLAR

Información obtenida en la Web [2010].

Página 65

12

INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL:

SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO.

Información obtenida en la Web [2010].

Página 69

13
INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL: El diagnóstico
Información obtenida en la Web [2010]. **Página 73**

14
LA 'PSICOSIS CLINICA' EN LA INFANCIA: Preguntas generales
Información obtenida en la Web [2010]. **Página 75**

15
LA DIMENSIÓN <IATROGÉNICA> DEL DIAGNÓSTICO:
EL CASO DE LOS NIÑOS MEDICADOS PARA EL ADD.
Marisa Punta Rodulfo [Psicoanalista].
Búsqueda en la WEB [2011]. **Página 77**

16
AUTISMO INFANTIL: CONCEPTO Y DESCRIPCIÓN DETALLADA
Wikipedia [2011]
Búsqueda en la WEB [2011]. **Página 89**

17
AUTISMO INFANTIL:
QUÉ ES Y SUS CAUSAS
Búsqueda en la WEB [2011]. **Página 117**

18
EL CURIOSO INCIDENTE DEL PERRO A MEDIANOCHE
Mark Haddon
Editorial Salamandra [España] 268 páginas, 2003. **Página 119**

PSICOSIS INFANTIL:

Una exposición breve teórica y sus implicaciones

MARGARET MAHLER y MANUEL FURER

Nueva York Psychoanalytic Institute

En los jóvenes humanos el instinto de auto preservación está atrofiado. Como resultado, el Yo [ego] tiene que asumir el papel de la gestión del bebé en la adecuación a la realidad, notemos que este es un papel que el Ello [id] es incapaz de cumplir (Freud, 1923). El neonato aparece como un ser casi puramente biológico con respuestas instintivas a estímulos, unos reflejos básicos. Sólo podemos hablar de los primitivos e integrado recurso del Yo [ego]. El bebé tiene sólo mecanismos somáticos de defensa que consisten en descarga con diversas reacciones a su disposición.

El aparato mental de los recién nacidos y de los bebés muy pequeños no son adecuados para la tarea de organizar su mundo interior y el mundo exterior de estímulos, de una manera tal, que pueda asegurar su supervivencia. Es en la aceptable relación desarrollada con su madre lactante, que el Yo [Ego] indiferenciado del bebé, se va a complementar. La empatía por parte de la madre es --bajo circunstancias normales-- el sustituto que tienen los seres humanos, a los instintos que los otros animales tienen a su disposición para lograr la supervivencia.

En lo que al inicio de la vida parece ser un cuasi sistema cerrado, la madre ejecuta vitales e importantes funciones sin la cual el niño no podría sobrevivir. Durante el período postnatal el bebé está envuelto en un sistema de protección y cuidados extra-uterino de la madre, en una especie de simbiosis social.

Desde el punto de vista de lo normal de los bebés, nosotros pensamos que podemos describir correctamente las primeras semanas de vida extra-uterina del bebé como una etapa de normal de autismo. En esta fase, que se extiende desde el nacimiento hasta el segundo mes de vida, el bebé no puede distinguir entre estímulos internos y externos, tampon-

co parecen reconocer cualquier discriminación entre él bebé y entorno inanimado. Sin embargo, como poco a poco, él pasa a la siguiente fase, la "fase simbiótica", el bebé parece ser vagamente conscientes de lo que como aliviar su tensión instintiva, sus necesidades de afecto y su hambre, que provienen del mundo exterior. La dolorosa acumulación de tensión que él no puede aliviar por sí solo, tiene su origen en su mundo interior. La diferenciación rudimentaria del Yo [ego] normalmente no comienza durante esta fase simbiótica.

Traducción: Rómulo Lander

2

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra

'Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico'

Rómulo Lander.

Página 94 [3ª. Edición de 2009]

(a) Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico (1960)

El último congreso Psicoanalítico Internacional al que asistió Melanie Klein fue el XXI Congreso reunido en la ciudad de Copenhague en 1959. Allí ella aportó dos contribuciones. Una fue este corto trabajo sobre la depresión en el esquizofrénico y la otra un trabajo sobre el sentido de la soledad. El presente trabajo formó parte de un Simposium sobre enfermedades depresivas y trata de la depresión en la esquizofrenia. Aquí Melanie Klein modifica algunas de sus anteriores opiniones en relación a este tema. Antes de describir el presente trabajo quisiera hacer algunas observaciones sobre las ideas que Melanie Klein había desarrollado acerca de las psicosis. A lo largo de su trabajo analítico y desde el principio de su carrera ella planteaba que los procesos psicóticos ocurrían a una edad más temprana que la supuesta generalmente. Esto ocurría de dos formas diferentes: (1) Ansiedades psicóticas en niños normales como parte de su desarrollo. (2) Como un proceso anormal y exagerado que podía producir incluso a la psicosis en la infancia.

Melanie Klein también planteaba que los procesos psicóticos están conectados con la destructividad y el sadismo del Self que dan origen a estados de ansiedad aguda que precipitan el uso excesivo y nocivo de ciertas defensas que en otras circunstancias serían normales, tales como escisión (splitting), proyección e introyección del objeto fragmentado. Estas ideas tuvieron su primera exposición pública en un grupo de trabajo que apareció entre 1927 y 1929. En '*Tendencias criminales en niños normales*' (1927) ella hizo notar el hecho de que un escape de la realidad puede significar ambas cosas: (1) Una defensa normal de la infancia y (2) Si penetra y divide la personalidad formaría la base de la psicosis infantil.

En 'Estadios Tempranos del Complejo de Edipo' (1928) ella describe el mundo interno de horror y el estado psicótico que resulta de los ataques fantaseados al interior de la madre.

En '*Personificaciones en el juego de los niños*' (1929) ella enumera las manifestaciones de la esquizofrenia en la infancia, especificando el tipo de juegos característicos que se presentan en estos estados, concluyendo que un factor central de la psicosis es la ansiedad aguda causada por el Superyó severo temprano formado por las fantasías destructivo-sádicas del niño. En su próximo trabajo de 1930 '*La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo*', ella registra tanto el primer análisis de un niño psicótico como también la existencia de un mecanismo de defensa anterior y diferente de la represión. Melanie Klein describe como el Yo utiliza este mecanismo temprano para expulsar su propio sadismo y atacar los objetos hostiles. Así mismo describe el efecto devastador sobre el desarrollo mental si este mecanismo (que hasta ahora no tenía nombre) es utilizado en exceso para eliminar el excesivo sadismo y la ansiedad. La consecuencia sería que el Yo carece de medio para continuar el desarrollo al inutilizarse los mecanismos de idealización e introyección. Para 1930 resumidos en un breve trabajo titulado '*La Psicoterapia de la Psicosis*', Melanie Klein plantea que la realidad del psicótico es un reflejo de su vida instintiva hostil, de sus intensas ansiedades y de sus defensas. En '*El Psicoanálisis de Niños*' (1932) Melanie Klein expone estos puntos de vista más ampliamente. Su descubrimiento de que las ansiedades tempranas son más bien psicóticas que neuróticas la llevó a actualizar su concepto de la neurosis infantil como una mezcla de tendencias psicóticas y neuróticas. En 1952 ella dijo: la neurosis infantil puede ser considerada como una combinación de procesos en lo cual ansiedades de naturaleza psicótica son asimiladas, reelaboradas y modificadas. (Conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante).

Estas primeras ideas se convirtieron eventualmente en parte de su teoría sobre las posiciones paranoides y depresivas expuestas en tres trabajos principales: (1) '*Una contribución a la psicogénesis de los estados mania-*

co depresivos' (1935), (2) *'El duelo y su relación con los estados maníaco depresivos'* (1940), (3) *'Notas sobre algunos mecanismos esquizoides'* (1946). En 1935 ella diferenció por primera vez las dos formas de ansiedad: paranoide y depresiva, contribuyendo así con una diferencia fundamental que ilumina la naturaleza de las ansiedades psicóticas. En este mismo trabajo de 1935, Melanie Klein conecta la esquizofrenia con las ansiedades paranoides (posteriormente llamadas persecutorias) de los primeros tres meses de la vida. En el trabajo mencionado de 1946, ella describe detalladamente los múltiples mecanismos de escisión (splitting) con los que el Yo se defiende en contra de la ansiedad persecutoria y forman la base de los estados de disociación y desintegración del esquizofrénico. Esto explica la conexión entre el sadismo destructivo oral, de los primeros tres meses de la vida y la fragmentación de la mente del esquizofrénico: cuando este objeto atacado sádicamente es introyectado el Yo incorpora, no un objeto intacto, sino un objeto reducido a pedazos y así se sentirá él mismo. Otros aspectos de la psicosis también fueron aclarados en estos trabajos de 1935, 1940 Y 1946, incluyendo el bien conocido hecho clínico de la existencia de combinaciones de esquizofrenia, manía y depresión. Melanie Klein explicó esto en términos de progresión y regresión entre las posiciones paranoides y depresivas.

La técnica de analizar estos estados de disociación esquizofrénica fue discutida en 1946 y nuevamente en *'Envidia y Gratitud'* (1957). La principal contribución que aparece en *Envidia y Gratitud* fue el descubrimiento de la envidia excesiva como un determinante de patología severa en la posición esquizoparanoide. Por último en *'El desarrollo del funcionamiento mental'* (1958), Melanie Klein hace un replanteo del Superyó. Recordemos que hasta entonces Melanie Klein había atribuido al Superyó las figuras aterradoras que dominan el mundo mental de las psicosis. En 1958 ella sugiere que las figuras más tempranas y aterradoras no pertenecen al Superyó sino que están escindidas (Split-off) dentro de un área de lo profundo del inconsciente, que permanece aparte de los procesos normales de desarrollo y que en situaciones de crisis pueden infiltrarse e invadir el Yo. Para volver a los orígenes del presente trabajo

permítaseme decir lo siguiente. En 1935, Melanie Klein describió la diferencia entre las ansiedades del esquizofrénico y el depresivo de la siguiente manera: el esquizofrénico padece de una ansiedad persecutoria para preservar la integridad de su yo, mientras que el depresivo sufre una mezcla de ansiedades persecutorias, depresivas y de culpa, para preservar, no sólo el Yo, sino también el objeto bueno con el cual está identificado. Esto de acuerdo a su planteamiento de entonces, de que la culpa comienza en relación a objetos totales en la posición depresiva. En *'Una contribución a la teoría de la Ansiedad y la Culpa'* (1948), sus ideas acerca de la culpa cambiaron, considerando que la culpa ocurre transitoriamente antes de la posición depresiva, en el momento de integración transitoria del objeto durante la posición paranoide. En el presente trabajo sobre la depresión en el esquizofrénico (1960), Melanie Klein modifica su descripción de la diferencia entre la esquizofrenia y la depresión. Ella mantiene que el esquizofrénico paranoide, además de ansiedades persecutorias, sufre también de depresión y culpa por destruir las partes buenas de su Yo y el objeto bueno que éste contiene. También describe la naturaleza específica de la depresión que difiere en contenido, forma y manifestación de la depresión en el maniaco-depresivo. En su último trabajo póstumo *'Sobre el sentido de la Soledad'* (1963) dirige su atención a la soledad de los enfermos mentales. Esto muestra otro aspecto del sufrimiento en los estados esquizofrénicos que ya Melanie Klein había comentado antes en 1946 en su trabajo *'Notas sobre algunos mecanismos esquizoides'*.

3

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra.

‘La psicoterapia de las psicosis’.

Editorial Psicoanalítica.

Rómulo Lander.

Página 69 [3ª. Edición de 2009]

(a) La psicoterapia de las psicosis (1932)

Melanie Klein aportó este breve trabajo de tres páginas a un Simposio sobre las posibilidades de psicoterapia en las psicosis. Aquí encontramos una recapitulación de lo presentado por ella en su trabajo anterior: ‘La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo’ (1930), enfatizando especialmente la construcción de la realidad en el niño y el significado y función de la ansiedad, en particular las ansiedades psicóticas¹

La realidad en la que piensa el Psiquiatra Clínico es la realidad tanto subjetiva como objetiva del adulto normal. En tanto que este pensamiento psiquiátrico se justifica desde el punto de vista social de las psicosis, ignora el hecho más importante: que los fundamentos de las relaciones con la realidad de la temprana infancia son de un carácter enteramente individuales y subjetivos de cada quien.

El análisis de niños pequeños entre dos años y medio y cinco años muestra claramente que para todos los niños la realidad externa es principalmente un reflejo de la vida interna del propio niño. Ahora bien, la primera fase de relación humana está dominada por los impulsos oral-sádicos.

¹ Para ampliar aun más las ideas de Melanie Klein sobre las psicosis puede consultarse el trabajo de 1960 titulado ‘Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico’.

Estos impulsos sádicos son acentuados por experiencias de frustración y privación. El resultado de este proceso es la que todas las manifestaciones de expresión sádica que posee el niño, a las que llamamos sadismo oral, uretral, anal y muscular, se activan y se dirigen hacia los objetos externos.

El hecho es, que en esta fase en la imaginación del niño, la realidad externa está poblada con objetos de los que él espera que lo tratarán precisamente de la misma forma sádica con que el niño se siente impulsado a tratar a estos objetos. Esta es la realidad primitiva del niño pequeño. En esta realidad del niño, no es exageración decir, que el mundo es un pecho y un vientre lleno de objetos peligrosos, naturalmente a causa del impulso del propio niño a atacarlos [aspectos proyectivos del niño].

Para el psicótico el mundo es todavía un vientre poblado de objetos peligrosos. En pocas palabras, una generalización válida para la psicosis es, que 'los síntomas principales corresponden a las defensas contra las principales manifestaciones del sadismo propio que luego lo persigue desde afuera'.

4

MELANIE KLEIN: Iniciación a su vida y obra.

‘La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo’.

Editorial Psicoanalítica.

Rómulo Lander.

Página 67 [3ª. Edición de 2009]

(a) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo (1930)

En este trabajo Melanie Klein presenta el primer caso publicado del análisis de un niño psicótico, abriendo así una nueva era en la comprensión y en la posibilidad de hacer contacto y desencadenar un proceso de desarrollo en un niño autista, sin lenguaje y sin expresión de emociones, mostrando sólo un simbolismo muy rudimentario. Hacía ya varios años que Melanie Klein estaba convencida de la ocurrencia de la psicosis en la infancia. Sus trabajos contenían pasajes que describen la forma en que la esquizofrenia se manifiesta en los niños, mostrando sus juegos característicos y la naturaleza del Superyó cruel temprano en la psicosis. Este trabajo discute, diversos aspectos de la psicosis en la infancia y contiene sus primeros intentos de definir e identificar los orígenes de la esquizofrenia.

Ella sugiere que el Yo se defiende de la ansiedad intensa con una expulsión excesiva de su sadismo dentro del objeto, de tal manera que en el Self no queda ningún rastro de la experiencia de ansiedad, ningún rastro de la exploración del mundo, ni ninguna formación de símbolos, provocándose una detención total en el desarrollo de la personalidad. Otros aspectos de la evolución de las ideas sobre la esquizofrenia en Melanie Klein, pueden leerse en su trabajo de 1960 titulado ‘Una nota sobre la depresión en el esquizofrénico’. En el presente trabajo (1930), Melanie Klein cristaliza sus ideas sobre el papel de la ansiedad en el desarrollo psíquico. Al principio Melanie Klein consideraba la ansiedad principal-

mente como una inhibidora de las capacidades mentales. Poco después en *'Análisis Temprano'* (1923), ella consideró que el progreso en el desarrollo dependía de la progresiva resolución de los estados de ansiedad. En su trabajo: *'Situaciones de ansiedad reflejadas en una obra de Arte'* (1929), ella fue más allá y vio en la ansiedad la fuente de la creatividad. Aquí en 1930, del análisis de su pequeño paciente psicótico, ella demuestra que la ansiedad, su elaboración y resolución son una precondition para la continuación del desarrollo mental.

Las ideas y concepciones que finalmente iban a encontrar su lugar en la teoría de la posición esquizoparanoide bajo el nombre de identificación proyectiva, tienen su origen en la descripción que Melanie Klein da aquí a la formación de símbolos y a los modos de defensa del Yo-temprano. Ella muestra que las formas tempranas de formación de símbolos, ecuaciones simbólicas e identificaciones son la base para la relación con el mundo externo. De gran importancia es lo que Melanie Klein describe como el primer modo de defensa del Yo-temprano. Esto es: un mecanismo mental expulsivo, diferente y previo a la represión. Se trataría de una defensa contra la agresión/destrucción y la ansiedad que ella despierta. El sadismo sería así percibido como peligroso para el Self, y a los objetos atacados se les teme como vengativos, lo que conduce al Yo a expulsar su sadismo dentro del objeto, para protegerse a sí mismo y para destruir al objeto. Las consecuencias postreras de estas ideas aparecen en su trabajo de 1946 *'Notas sobre algunos mecanismos esquizoides'*.

5

SOBRE LA PSICOSIS

Carmen Lafuente [Psicoanalista de Madrid]

Artículo periodístico del Diario Vanguardia de Diciembre 2008.

Búsqueda en la WEB [2010]

No os perdáis la entrevista de la Vanguardia de hoy a John Nash. La encontrareis en 'La Contra'. Recordareis que John Nash es el protagonista de la novela y del film "Una mente prodigiosa" y además premio Nobel de Economía.

En la película, poco afortunada en mi opinión, describen su genialidad en un tema económico que desconozco que es la teoría de los juegos, por la cual hay un punto en el que los jugadores no pueden mejorar su situación y también describe su delirio paranoico, que el psiquiatra de la película se obstina en arrasar como sea, con las consecuencias que John Nash describe de forma magistral en su entrevista de hoy: cuando la refiere como '**la infelicidad**'.

Los psicoanalistas, sabemos desde Freud, que el delirio es un intento de restitución [de curación espontánea] y aunque los hay que son enormemente discapacitantes y contrarios al orden social, no por ello es menos cierto que forman parte de lo más íntimo de la subjetividad del paciente, que aman sus delirios como a sí mismos, decía Lacan. Por ello aunque muchas veces es necesario contener [limitar] el delirio, especialmente algunas actuaciones que de él se derivan, no es posible tratar de borrarlos de la mente. Cuando el delirio es literalmente borrado de la mente del paciente, como en el caso de John Nash, con tratamiento electroconvulsivo, el resultado es "**un poso de infelicidad en mi alma y en mi conducta**".

Otro tema que describe de forma genial es 'la relatividad del delirio' en función de los valores sociales, económicos e ideológicos imperantes.

Utiliza John Nash ejemplos comparativos como el de la religión católica que hace creer a sus fieles con una *'fe ciega en dogmas que en ningún caso podrían ser considerados de tener un apropiado juicio de realidad'*. ¿Por qué no es considerado un delirio? Simplemente porque este es compartido por muchos, es un convenio social aceptado por muchos. El ser humano debe comportarse como todos. *'Si yo no trabajo, ni soy rico y digo que tengo visiones'. ¿Usted qué pensará de mi?* Pensará que podrían internarme. Pero si le digo que *'soy monje de clausura'* puedo *tener todos esos síntomas y sin embargo es aceptable*.

Por último y muy en consonancia --con el tema de la vida medicada-- John Nash aborda la cuestión de la medicación y nos dice que *'para restituirte a la normalidad, se van a reducir las funciones cognitivas del paciente'*. Y se pregunta también si la medicación actual hubiese restituido la normalidad a Van Gogh, pero le hubiera privado de todo su talento.

La medicación actual, los nuevos anti psicóticos llamados atípicos, han disminuido mucho los efectos secundarios de sus predecesores: los neurolépticos y producen menos trastornos cognitivos en los pacientes, pero es inevitable que si un fármaco reduce *'el pensamiento delirante'*, reduce también la capacidad creativa, productiva e inventiva del enfermo.

Eso lo oímos en la consultas de boca de los pacientes que tras ser medicados ganan en calidad de vida, sufren menos de angustia, alucinaciones, temores diversos, pero se quejan de que no pueden pensar como antes, de que no vibran frente a los acontecimientos de la vida, no sienten las cosas, ni las buenas, ni las malas.

Es por ello que si bien en muchos casos de trastornos mentales severos, es imprescindible utilizar la medicación, ésta deberá administrarse prudentemente y siempre acompañarla de un tratamiento psicoterapéutico psicoanalítico adecuado al paciente, a sus capacidades y a su trastorno. Ser humildes es también fundamental, y respetar al sujeto psicótico que elige su locura, lo dice John Nash [Premio Nobel de Economía]: *'La locura*

empieza cuando descubres una segunda realidad en tu mente y a veces la eliges porque te hace más feliz que la realidad de la normalidad’.

La entrevista hecha a John Nash nos obliga a pensar temas que son de debate permanente entre nosotros, nos cuestiona como trabajadores del campo psicológico, nos hace detenernos para oír la palabra del loco y recapacitar para escuchar a un loco genial que simplemente dice su verdad.

6

PSICOSIS ESTABILIZADAS Y FENOMENOS ELEMENTALES

Rómulo Lander

Capítulo 2 del libro:

‘EFECTOS DE LAS TEORÍAS DE LACAN EN EL PSICOANÁLISIS NO-LACANIANO’. Editorial psicoanalítica, Caracas [2010].

La utilidad clínica de la teoría de los <fenómenos elementales> introducido al psicoanálisis por Jacques Lacan² se va a mostrar especialmente en la clínica psicoanalítica de la <estructura psicótica estabilizada> de naturaleza esquizofrénica. Estos fenómenos son detectables en la entrevista con estos sujetos. Es decir sujetos estabilizados que no han presentado [aún] o ya están recuperados, de un episodio psicótico abierto y visible. Son elementos clínicos de difícil lectura, ya que son casi imperceptibles, requieren de una habilidad y una sensibilidad clínica especial para detectarlos. Estos útiles elementos clínicos fueron introducidos sin una conceptualización clara por Jacques Lacan en la clínica Psicoanalítica durante los años sesenta. En lo personal, en mi trabajo con psicóticos estabilizados, he identificado seis tipos de <fenómenos elementales>: (a) *El empuje al otro sexo* (b) *La ausencia del shifter* (c) *El otro como un amo* (d) *La genitalidad sin sujeto* (e) *El mar de Goce* (f) *Labilidad en la escogencia de objeto sexual*.

1 El empuje al otro sexo

En su texto sobre la Psicosis (Seminario 3) Lacan originalmente hablaba del <empuje a la mujer>. El sujeto con una estructura psicótica de tipo esquizofrénica va a tener dificultades en establecer su identidad sexual. Sabemos que la identidad sexual humana es precoz, ya que se adquiere temprano en la vida y es aprendida por identificación al discurso de los padres que nominan al niño en su género sexual. Esta identidad sexual

² Jacques Lacan (1956): De una cuestión preliminar de todo tratamiento posible de la Psicosis. Escritos 2. Siglo 21 México. 1985

adquirida que tiene convicción y certeza es irreversible después de cierta época, aproximadamente a los cinco años. El sujeto con una estructura psicótica esquizofrénica aún compensado o <estabilizado> va a tener dificultades en esta certeza y presenta ambigüedad en su identidad sexual. A veces sujetos varones refieren que partes o aspectos de su cuerpo: son de mujer. No es un problema transexual. Conocen y aceptan su propio sexo, pero dicen con certeza, tener en su cuerpo aspectos del sexo opuesto. Esto es observable en la clínica del psicótico estabilizado, que durante la entrevista funciona con una envoltura neurótica. Un analizando mío afirmaba que al caminar, la parte posterior de su cuerpo <su espalda>, que él no podía ver, era de mujer. Supe de otro analizando, que al correr, estaba convencido que corría como una niña <es decir como una mujer> y no podía evitarlo, eso lo creía con certeza. Estos fenómenos tienen que ser cuidadosamente evaluados, sin concluir apresuradamente, ya que la presencia en la clínica de uno u otro fenómeno elemental puede llevar al analista al error de creer que está trabajando con una estructura psicótica estabilizada, cuando en realidad no lo es.

2 Ausencia de shifter

Esta idea del shifter fue tomada por Lacan de una propuesta del lingüista ruso Román Jakobson. Originalmente es una figura de la sintaxis gramatical. Lacan la toma libremente para referirse a una dificultad en la producción del discurso en el psicótico esquizofrénico estabilizado. Yo la entiendo y la utilizo de la siguiente manera. El shifter es una capacidad del yo de deslizar el significante, es decir <de hacer metonimia> del significante en la relación con el otro. La presencia del shifter, que en español corresponde *al embrague* de las velocidades que se usa en el auto sincrónico, va a permitir que el sujeto con capacidad de deslizar, es decir que el sujeto no esquizofrénico, pueda bromear, vacilar en el decir, zafarse del discurso del otro, e incluso pueda mentir. La ausencia del shifter introduce una rigidez en el discurso con escasa o nula flexibilidad. Muestran una marcada dificultad de relacionarse con el otro. Dificultad de establecer un lazo social. Constituye lo que Lacan llamó uno de *los fenó-*

menos elementales en la estructura psicótica. Lacan decía, que estas estructuras son incapaces de mentir. Lo cual dificulta la relación social al impedir la necesaria hipocresía social. Para mentir se necesita del shifter. Se necesita deslizar el significante. Precisamente el neurótico se caracteriza por su capacidad de mentir. La rigidez de discurso por la ausencia de shifter no tiene nada que ver con la rigidez de las ideas propias de la personalidad obsesiva. Esta ausencia de la capacidad de deslizar el significante, ha sido llamada <la marca esquizofrénica>. Muy difícil de detectar o diagnosticar en la entrevista psicoanalítica. Solo se detecta en la espontánea descripción de la relación con el otro, donde existe la tiranía o dominio del discurso del otro (del inconsciente) escenificado en el vínculo social. Un analizando pasaba enormes dificultades para pedir una café, al tener que competir en medio del caos de una abundante clientela del cafetín donde solía asistir. Finalmente se indignaba y la solicitud del café, en medio de tanta competencia, se convertía en un acto de violencia inadecuada. A veces en la conducta se evidencia algo similar en relación a la ausencia de <shifter>. Un analizando al salir en una cita con una dama, no sabía dónde colocarse cuando caminaba con ella en la calle. Si colocarse a su lado, atrás de ella o adelante. Me voy a permitir anexar aquí un fragmento de texto de un caso que un supervisado me ha permitido utilizarlo como ilustrativo.

César quien cuenta con 39 años de edad se presenta en la primera entrevista llevado por su madre. Un hombre alto, fornido, vestido con ropas de trabajo manual, botas de obrero, luce un grueso bigote que contrasta con una actitud y maneras infantiles, mostrando en su rostro un gesto de desesperación y angustia. Dice:...‘Siento que no puedo moverme, me duelen mucho las piernas, me duele todo. Además no puedo entender lo que me pasó con Isabel, se terminó todo con ella y tanto que le di, tanto que esperaba de nosotros, pero que se puede uno esperar de alguien, que trata sus cosas sin importarle, maltratándolas, dañándolas. Así siento que ella me ha tratado a mí, sin una explicación, simplemente la fui a buscar y anda con otro y me dice que ella está muy ocupada’. La ruptura con Isabel es reciente, así como la relación con ésta que llevaba un par

de meses de iniciada. Isabel es prima hermana de César. Con años sin verse desde la infancia, luego de un encuentro familiar, deciden reunirse y comenzar a salir juntos. Ella tiene un par de hijos de otras uniones y hace poco se ha separado de su anterior pareja. En el primer encuentro sexual, César sufre un evento de intensa angustia, llegando a temblar del miedo, sin tener muy claro, si se trataba del temor a un embarazo de Isabel u otra razón.

Luego de este evento, rápidamente se empieza a distanciar, evadiendo el contacto y dedicado a construir una casa para la madre en las afueras de la ciudad. Así, deja de estar disponible para Isabel, quien le llama constantemente sin obtener respuesta. En ese tiempo, César se atormenta pensando en que tendrá que ocupar la casa de su familia con Isabel y los hijos, pues a lo mejor ella está embarazada. Después de varios días, César vuelve a llamarle, pidiéndole que se encuentren, ella le cita en varias oportunidades y luego no va al encuentro. Esto va angustiando a César hasta que tras la insistencia, logra encontrarla. Pero en compañía de otro hombre. Ella le plantea que él tiene muchos problemas, mucha inseguridad y que en verdad ella está ocupada. El colapso que llevó a César a solicitar ayuda es de tal magnitud, que si bien no impresionaba delirante o en proceso alucinatorio, sus afirmaciones eran peculiares, abundando en intentos por construir explicaciones acerca de lo que le había pasado. Se integraban hipótesis que tomaban razonamientos de la física cuántica, del humanismo, referencias a los trabajos del Sr. Chopra, referencias a la biología, acerca de la verdad de los seres humanos y de él mismo en particular. En una de las primeras entrevistas incluso llevó escritos y un acróstico que conformaba con las letras de su nombre una descripción de sus cualidades y defectos, que entrañaba la formulación de una propuesta de explicación de sus problemas. Con frecuencia encontré dificultades en relación al criterio de realidad de este paciente. El discurso lleno de racionalizaciones, referencias teóricas y propuestas metafísicas, podría interpretarse como delirante.

3 El otro como un amo

Esta dificultad tan especial con el deslizamiento del significante (*uso de la metonimia*) en el lenguaje provoca una tiranía del otro (del inconsciente) sobre el sujeto. El sujeto con estructura psicótica se relaciona con el otro (del inconsciente) en el discurso de una forma tan rígida que no queda posibilidad de relativizar la relación social, percibe al Otro como si fuera su amo. El sujeto queda atrapado en un discurso tiránico o también llamado por mí <discurso de dominio>. Esta <relación objetal de dominio> o <discurso de dominio> es diferente del <discurso del amo> que Lacan describiera en sus ya clásicos <cuatro discursos>. En ese <discurso del amo> el sujeto aparece a posteriori (en su discurso) como un amo. En la estructura psicótica, el otro social es percibido como la cosa en sí, viviéndolo (sin serlo) como un amo, un tirano <un discurso de dominio>. No es el sujeto el que aparece como Amo, es el otro, el que aparece como Amo. Muchas veces este tipo de discurso instala en la transferencia un vínculo tiránico, donde el analista es percibido como inflexible y dominador. A veces provoca un impasse psicoanalítico.

Les presentaré un ejemplo clínico. Esta es una paciente soltera, universitaria de 40 años. En la última sesión de la semana pasada, como en muchas otras oportunidades, la paciente expresa un fuerte disgusto conmigo porque siente que yo soy dominante y autoritario con ella. A lo largo de este año la transferencia ha oscilado varias veces de positiva a negativa y viceversa. Por temporadas me siente como una figura amable, comprensiva y cariñosa. Me aprecia y expresa tener sentimientos de cariño por mí. Siente que yo me intereso por sus problemas y por ella. En otros momentos está muy disgustada porque no la comprendo y quiero dominarla. En esos momentos siente de nuevo en su vida, que lo que ella tiene como suyo <no sirve> y que por lo tanto <Yo no le sirvo>. Me ve como un hombre que tiene ideas preconcebidas inmodificables. Que desde el lugar de un sacerdote, trato de imponerle lo que yo pienso. <Que yo no la entiendo y trato de imponerme>. Dice: 'Ahora estoy obsesionada con la idea de la maternidad. Pronto cumpliré cuarenta años y comienza

a llorar silenciosamente'. Está tan deseosa de tener un hijo que volvió a pensar en la inseminación artificial. Que ya ha pensado esto, otras veces. Si no consigue un marido, recurrirá a la inseminación. Continúa llorando. Dice que pasar por todo ese proceso a solas es muy cuesta arriba. El tiempo biológico se acaba. Desearía saber si quiere o no tener un hijo. Me dice que ella piensa que sobre esto, ella sabe que yo tengo ya una idea preformada. Que yo sé que ella de verdad no quiere tener un hijo y que yo lo que le voy a decir es lo siguiente: ...'que ella no quiere tener un hijo y que además eso está muy bien, porque al no tener ese hijo, ella se puede echar la plata encima y que yo la voy a ridiculizar'. Agrega que le voy a decir <que no se trata de echar hijos al mundo, de ser una proveedora de múltiples hijos>. Pero que todo eso, que supuestamente yo le voy a decir, ella ya lo sabe y no le sirve.

Yo le digo que <ella lo que necesita es saber>, <saber si ella quiere o no quiere tener un hijo> <pero que ella se protege para no saber> <y por eso piensa, que yo le voy a forzar a creer lo que me ella acaba de decir> <todo esto con tal de no saber>. Hay un silencio y luego dice, bueno, tengo que admitir que tengo una contradicción. Lo malo es que Ud. hubiera podido sacar conclusiones muy rápidas. Le voy a dar un ejemplo. Cuando Ud. dice y entonces ella misma aclara: 'Bueno, yo entiendo y creo que a Ud. le fastidia, que yo crea que tengo que definir lo de mi orientación sexual, y por eso Ud. me pregunta ¿qué quién me empuja a definir mi orientación sexual?

4 Genitalidad sin sujeto

La organización sexual del sujeto que tiene una estructura psicótica <esquizofrénica>, es precaria. Como ya vimos, la <identidad sexual> es deficiente y además es extraña. Existe como ya vimos, el empuje al sexo opuesto, en donde el sujeto cree tener partes físicas del otro sexo. La escogencia del objeto sexual también puede ser deficiente, lo cual produce una cierta ambigüedad en el objeto sexual que excita. Las dificultades en la relación con el otro, dentro del orden del lenguaje, dificulta la

relación de amor que es generalmente unidireccional, platónico y autista. En esta estructura psicótica estabilizada existe la capacidad para la entrega pulsional sexual, con orgasmo. Sin embargo viven la experiencia sexual como un autómata. El partenaire también refiere haber tenido una experiencia sexual rara: como con robot. A estos sujetos les es muy difícil mantener una relación de romance (amorosa) precisamente por la ausencia del shifter y viven su vida sexual utilizando encuentros ocasionales con prostitutas con las cuales se negocia el encuentro sexual de manera precisa y en las cuales muestra las características de una sexualidad orgásmica de tipo autómata.

Vuelvo de nuevo a ilustrar con el primer caso. En relación a la sexualidad de César cabe plantear que está signada por una especie de polimorfismo sexual. Aunque llevadas al acto con poca frecuencia. Cuando ocurren las cataloga como experiencias peligrosas, vergonzosas e inadecuadas, incluso como expresiones que le resultan ajenas e incomprensibles de sí mismo.

En la infancia recuerda haber sido penetrado por un niño mayor que él cuando tenía ocho años de edad. Luego se burlaba de él con apelativos que le generaban angustia, decepción, rabia, pues 'no sabía lo que estaba haciendo y lo que hicieron fue burlarse de mí, que sólo quería descubrir lo que yo que no sabía, fui engañado y luego burlado'. Todos estos recuerdos movilizan una intensa ansiedad de tipo homofóbica durante el análisis. Las dos experiencias de carácter sexual que registra al inicio del análisis implican la relación con una prima menor de edad, cuando él se encontraba en los 30, con la que sostuvo una relación de corta duración, durante un viaje a la casa de la familia. Rápida e intensamente se sintió atraído por esta prima, quien a los días le pide que se vayan juntos. El estuvo de acuerdo y se marchan, pero en las horas siguientes César se va a tornar desconfiado de la relación, y piensa que ella sólo se está aprovechando de él decidiendo terminar la relación. La otra situación de carácter sexual se refiere a actos sexuales de tipo masturbatorio con una sobrina, cuando la niña tenía cuatro años y él treinta y dos años. Refiere

culpa y vergüenza en los momentos en que esto pasaba. Planteándose que estaba muy confundido cuando esto ocurría, hasta que pudo comprender que 'yo no podía hacer eso porque la quiero, y no quiero dañarla, ella es mi sobrina'.

5 El mar de goce

El <goce> es un concepto psicoanalítico introducido por Lacan y refiere a un monto de sufrimiento en el sujeto. No tiene nada que ver con el masoquismo Freudiano que se fundamenta en el sentimiento inconsciente de culpabilidad. El concepto de goce refiere a otra cosa. El sujeto de cualquier tipo de estructura, al estructurarse en el lugar del otro y en una falta constitutiva, no podrá evitar participar durante toda su vida de un cierto monto de sufrimiento (o goce) que le da estabilidad a su funcionamiento mental. Por lo tanto este <goce> tiene como fin mantener la estabilidad psíquica. Lacan lo llamó <goce> inspirado en el texto freudiano que plantea la existencia de un <Más allá del Principio del Placer>. La estructura psicótica con todas sus insuficiencias constitutivas, tiene un incremento enorme en el monto de goce necesario para mantener su homeostasis o equilibrio psíquico. En relación a la estructura psicótica Lacan denominó a este incremento inevitable <el mar de goce>.

6 Ambigüedad en la escogencia de objeto sexual

Este tipo de sujeto muestra serias dificultades en su capacidad de establecer un sentimiento de identidad sexual que tenga estabilidad y convicción. Igual dificultad va a encontrar con su escogencia de objeto sexual. Así pues, en estos casos vamos a encontrar que no hay convicción, ni certeza en la identidad sexual, ni tampoco en la escogencia de objeto sexual. Es cierto que disfrutan del sexo, si se cumplen ciertas condiciones (particulares para cada caso) y tienen una capacidad orgásmica. Sin embargo, su funcionamiento sexual dependerá mucho de la demanda del otro. Sus sentimientos de ser hombre o mujer, pueden variar según el pedido del otro. Sus actos homosexuales o heterosexuales tam-

bién dependerán de la demanda del otro. Por lo tanto encontramos en la clínica una ambigüedad en la escogencia del objeto de deseo sexual.

7. Un algo más: Cuando el sujeto se pierde la estabilidad

(a) La producción psicótica

Cuando el sujeto estructurado como psicótico pierde su estabilización aparecen los síntomas propios de la psicosis esquizofrénica. Aparecen trastornos profundos en la senso percepción con alucinaciones y trastornos en el pensamiento con la aparición del delirio esquizofrénico y a veces con neologismos. Las alucinaciones representan un regreso desde lo real de aquello que para el psicótico <no es simbolizable>. El delirio son síntomas curativos (síntomas de restitución), que tienen el propósito de aliviar la angustia de desintegración y de caos. La *metáfora delirante* tiene el propósito de limitar la magnitud del goce desaforado. Lacan decía, que en ese episodio se habían soltado los tres anillos del nudo Borromeo (RSI). El delirio intenta anudarlos de nuevo. Es decir, la metáfora delirante, es un delirio visto como una prótesis (o suplencia) imaginaria, algo como un cuarto nudo. El delirio es un lenguaje que se encuentra fuera-de-discurso. Un lenguaje que se ubica fuera de discurso donde la letra se puede tomar como 'cosa'. En ese caso la angustia del <fuera de discurso> se calma con la aparición de la metáfora delirante. El delirio pasa a caracterizarse por su certeza y por el hecho de representar un intento de restitución del <fuera-de-discurso> y de lograr cierta estabilidad.

(b) Los dos tipos de suplencia

La suplencia refiere a una fabricación psíquica (un <constructo> que a veces surge como un síntoma) que pretende mantener unido los tres órdenes (RSI). La suplencia en el imaginario, son creencias fundamentalistas que sirven de grapa (o cuarto nudo) entre el imaginario y el simbólico. Lo llamamos la prótesis imaginaria. La prótesis imaginaria sujeta la

palabra al lenguaje. La construcción delirante con su correspondiente certeza (que se encuentra ubicada entre el simbólico y el imaginario) va a funcionar como una suplencia y la llamamos <la metáfora delirante>. Los síntomas dentro del orden de la compulsión: bulimia, anorexia y drogas, pueden estar ejerciendo la función de suplencia, por lo tanto, es necesario tener cautela en el momento de trabajar analíticamente con estos pacientes que esconden una estructura psicótica (esquizofrénica). Si se libera del síntoma <grapa>, es decir una suplencia imaginaria, se puede desencadenar el cuadro clínico psicótico esquizofrénico.

(c) Desencadenante de la crisis psicótica

La presencia de una *'crisis de angustia'* en un psicótico estabilizado no representa un peligro de desestabilización. A veces se hace difícil precisar el desencadenante. En lo personal he encontrado dos factores desencadenantes. (a) La *sensibilidad al rechazo* que tiene la estructura psicótica (b) La *imposibilidad de ocupar* (dentro del orden simbólico) el lugar del padre. La vida le pide al paciente estabilizado un imposible: disponer de la función paterna que no tiene. Lacan hablaba de los episodios de Paranoia desencadenados por sentimientos de culpabilidad. Aquí es necesario aclarar que la <Paranoia lúcida> no es y no corresponde con una estructura psicótica (esquizofrénica). Estos pacientes paranoicos lúcidos tienen un algo inscrito en el lugar del nombre del padre: opino que corresponde con una segunda (una doble) inscripción de la función materna en el lugar que corresponde a la función paterna.

(d) Intolerancia al rechazo

El neurótico tiene particular dificultad en tolerar la frustración de su deseo, que no es el rechazo. En el psicótico existe la particular dificultad y la intolerancia absoluta a cualquier forma de rechazo proveniente del otro social. El psicótico va a equiparar al otro (del inconsciente) con el otro social. La presencia del rechazo hace que el otro fálico lo deja en la nada. El rechazo puede ser directo o indirecto, explícito o implícito. El sujeto

psicótico tiene una particular sensibilidad para detectar la aceptación y el rechazo. La angustia de estar en la nada, puede producir el inicio o desencadenamiento de un episodio psicótico (esquizofrénico) agudo.

(e) Ocupar el lugar del padre

Sabemos que el neurótico anhela poder ocupar el lugar del padre. Anhela su recién adquirido falo simbólico. Su temor será siempre de perderlo. En cambio el sujeto psicótico que está compensado o estabilizado, cuando ocupa en el fenómeno social <el lugar fálico> se le hace intolerable. Por estar forcluído ese espacio en su mente, el sujeto psicótico no puede funcionar en ese lugar fálico. La angustia es tan grande que desarma cualquier suplencia imaginaria que tenía instalada antes de iniciar la crisis psicótica. El <Presidente Schreber> inicia su episodio psicótico esquizofrénico cuando es ascendido a la Jefatura (Presidencia) de la corte de Justicia de Dresden, es decir cuando asciende al lugar del padre.

(f) El sentido de la cura

La estructura inconsciente del sujeto no cambia de una estructura a otra. No es posible pensar que una estructura neurótica fundada en la represión, cambie a ser una estructura psicótica esquizofrénica, fundada en la forclusión y viceversa. Sabemos que el sentido de la cura en el análisis esta en lograr que el sujeto se realice dentro de su propia estructura. Wilfred Bion decía que el objetivo del análisis es <ser lo que se es>. Lacan decía: <actuar en conformidad con el deseo> Ambos pensadores dicen lo mismo. También sabemos que el sujeto que tiene una estructura psicótica no puede escapar a ella. Puede aspirar a la compensación, a la estabilización y a funcionar con un ropaje neurótico. Por lo tanto el sentido de la cura está en ayudar al sujeto a restituir una prótesis imaginaria y por esta vía de suplencias, llegar a una nueva estabilización. La estrategia del analista es y puede ser especial, un algo que aplica en aquellos casos en los que se supone tienen una estructura psicótica estabilizada. En estos casos es necesario no interpretar para nada la transferencia, porque

estos sujetos estabilizados: se pueden sentir acusados, descubiertos y algo peor: *rechazados*. No recogen la utilidad del descubrimiento del sentido oculto que ofrece la interpretación transferencial. Al puntualizar y sugerir algo de la relación transferencial el sujeto con una estructura psicótica, puede quedar ubicado en el vacío de la nada. También es necesario estar muy atento a las necesidades de re-confirmación de sus actos que lo mantienen estabilizados. Se trata de hacer intervenciones que re-ordenan y en cierta forma repiten lo que el analizando ha tratado de decir, en palabra o en acto. Se trata de afirmar la producción de un S1 (significante uno) que ha surgido del propio paciente. Esto va a permitir la aparición firme de *un punto de capitón* en la cadena significativa. Esa es la herramienta específica y con esto me refiero a la utilización de *la afirmación proveniente del analista*, lo que va a permitir al sujeto con una estructura psicótica, el poner un límite a su peligroso *mar de goce* y lograr o mantener así su estabilización. La *afirmación* audible expresada por el analista y así escuchada por el paciente es lo que actúa como *punto de capitón*. Esta *afirmación* expresada en alta voz por el analista, no es una interpretación del inconsciente, ni es una simple continencia (holding) ofrecida por el analista y que es tan útil en ciertos pacientes neuróticos. Esta *afirmación* es una voz que para el paciente proviene de lo real, similar a *la voz de la madre que ocurre en la infancia temprana del sujeto*, cuando ella confirma y afirma, que tal experiencia vivida por el niño, efectivamente se denomina de tal o cual manera. El niño lo ha vivido y lo sabe sin saberlo y la madre se lo confirma. Esa simple intervención es la herramienta de trabajo que en el análisis de estos casos tan difíciles resulta ser tan útil y necesaria.

7

EL <OBJETO> EN LA ESTRUCTURA PSICOTICA ESTABILIZADA.

Rómulo Lander

Capítulo 27 del libro: 'LOGICA DEL OBJETO'.

Editorial psicoanalítica, Caracas [2011].

En la crisis psicótica aguda [no estabilizada] la magnitud de la turbulencia creada por los síntomas psicóticos (las alucinaciones, los trastornos del pensamiento y la pérdida del juicio) son tan aparatosas que la relación del sujeto con el objeto se altera severa y visiblemente. Por el contrario, la relación que <el psicótico estabilizado> desarrolla con su objeto, es muy peculiar. La apariencia clínica del psicótico estabilizado es similar a la de una personalidad neurótica. Pero no lo es. La relación con el otro es rígida y podemos decir que se parece al control obsesivo del objeto. Pero no lo es. Lo que ocurre es que la estructura psicótica estabilizada es incapaz de usar el recurso de la metonimia en la relación con el otro.

Esta dificultad va a impedir que el psicótico estabilizado pueda deslizar el significante (palabras y conceptos). Así pues no puede mentir, no puede producir una broma (un chiste), no puede 'vacilar' en la relación con el otro (es una relación rígida). Por eso decimos que el psicótico estabilizado no puede disponer del uso del 'shifter' en el lenguaje [mecanismo mental que representa una ayuda en su relación con el otro]. La ausencia del mecanismo de 'shifter' (metonímico) se debe a la no inscripción del 'nombre del padre' en el momento apropiado temprano en la vida. Esto significa que la 'función paterna' no fue inscrita en la mente del niño en su momento crucial.

Este momento crucial es posterior a la normal relación dual narcisista con la madre. Va a ser la madre quien introduciría el 'significante del padre' en la mente del niño pequeño. Si este significante (palabra y concepto) no es introducido a ese momento crucial, el niño organizará la mente en una forma particular [esquizofrénica] en donde el recurso de

una prótesis psíquica [suplencia] va a permitir que continúe su desarrollo cognitivo.

Para continuar adelante en la vida, este niño va a usar un mecanismo mental llamado 'suplencia', que es una especie de <prótesis mental> utilizado para sustituir el 'nombre del padre' el significante ausente. De esta manera [con el uso de la suplencia] continúa su vida [con buen desarrollo cognitivo] en una forma de psicótico estabilizado. Su interés radicará en cuidar esa 'suplencia' y evitar un colapso mental. Esta suplencia puede ser: un apego simbiótico patológico, una obesidad acentuada, un abuso de drogas, algún síntoma raro del sujeto, una pertenencia patológica [fanático] a un grupo religioso y otras más. La relación con el Objeto será rígida ya que no dispone del shifter y el objeto se encuentra representando otra cosa.

8

DIAGNÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA TEMPRANA

Linmarie Sikich

Medscape CMS

Psychiatry and Mental Health [October 2010]

Aunque la esquizofrenia es considerada principalmente como ‘un trastorno de los adultos’ se puede también presentar en niños y adolescentes. De hecho la mayoría de los casos de esquizofrenia se inician cuando los pacientes tienen entre 15 y 25 años de edad. Mientras más temprano se inicie la esquizofrenia, peor será el pronóstico.

Aunque a menudo las familias buscan consejos médicos sobre los síntomas de inicio del trastorno, los médicos no suelen reconocer la enfermedad y generalmente, hacen un diagnóstico equivocado. Pueden diagnosticar erróneamente un trastorno de déficit de atención con hiperactividad, o un trastorno oposicional desafiante, porque la no especificidad de los síntomas psicóticos tempranos, y las diferencias evolutivas en los trastornos psicóticos, hacen este diagnóstico precoz, algo muy difícil de hacer.

Además, el diagnóstico diferencial depende a menudo de una perspectiva longitudinal del trastorno, que es precisamente lo que falta durante las primeras etapas del diagnóstico y de su tratamiento. Estas dificultades a menudo conducen a períodos prolongados de tiempo sin tratamiento o con tratamiento insuficiente. Puede haber casos en los que los clínicos sospechan la esquizofrenia, pero se muestran reacios a diagnosticar, por el temor a estigmatizar al niño o desmoralizar al niño y a su familia. Sin embargo, los individuos afectados y sus familias a menudo se sienten frustrados porque el niño no responde a los tratamientos. La ineficacia de los tratamientos los puede llevar a la desesperación y provocar luego problemas a largo plazo cuando se requiere adherirse a un

plan de tratamiento. Los retrasos en el tratamiento efectivo parecen conducir a peor pronóstico, con altos porcentajes de resistencia al tratamiento y un mayor deterioro de la capacidad funcional. El retraso en el inicio del tratamiento perjudica la reducción de la duración de la psicosis.

Mejorar la capacidad de los médicos de reconocer y diagnosticar temprano el inicio de la esquizofrenia o de los trastornos del espectro esquizofrénico, se espera que lleven a mejores resultados. Esto puede mejorar la calidad de vida de los individuos afectados y reducir los enormes obstáculos sociales y personales.

Este artículo examina los criterios para el diagnóstico, la prevalencia y el curso típico del 'inicio temprano' de la esquizofrenia o de los trastornos del espectro [afines] en niños y adolescentes. Se discuten las variaciones en la presentación de los síntomas y los enfoques específicos para evaluar los síntomas en los niños, niñas y adolescentes. Se presenta el diagnóstico diferencial y las co-morbilidades frecuentes. Algunas viñetas servirá para ilustrar los puntos clave.

Criterios para el diagnóstico del 'inicio temprano' de la esquizofrenia y de los trastornos afines.

La esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo son diagnosticados aquí utilizando el mismo Manual de Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV) son criterios para el tratamiento pediátrico y las poblaciones adultas. Estos criterios requieren la presencia de dos más "síntomas característicos" incluyendo:

Los síntomas psicóticos positivos:

- como delirios,
- alucinaciones,
- lenguaje desorganizado,
- comportamiento tremendamente desorganizado o catatonía.

Los síntomas psicóticos negativos.

- Estos reflejan la ‘ausencia de comportamientos’ que están presentes en los individuos sanos,
- también de la Pobreza del discurso,
- limitado contenido del pensamiento,
- la apatía,
- la falta de tomar decisiones (pasividad),
- disminución o ausencia de las expresiones faciales (afecto plano),
- mala atención a las actividades de la vida diaria como su higiene personal.
- Además, el proceso del diagnóstico, debe confirmar ‘disfunción social y laboral’ y se debe excluir trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias y afecciones médicas generales.

Si existe un diagnóstico primario [anterior] de trastorno del ‘espectro autista’, entonces el ‘diagnóstico de esquizofrenia’ debe incluir con claridad las alucinaciones o delirios. Los síntomas deben persistir durante seis meses en los criterios del DSM-IV [Americano] o un mes en los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la salud, Décima edición (CIE-10 [Internacional]).

Sin embargo, ambos sistemas de clasificación permiten incluir los inespecíficos síntomas prodrómicos [preliminares] y síntomas residuales para ser incluido en la duración de los síntomas. La esquizofrenia también incluye trastornos neuro cognitivos persistentes en función ejecutiva (especialmente en memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva y la solución de problemas), la memoria y cognición general que es probable que se dé una mayor importancia en el próximo DSM-V.

El trastorno esquizoafectivo se distingue de la esquizofrenia por la presencia de importantes síntomas afectivos de una proporción significativa

en ese momento. Muchos clínicos sólo incluyen los síntomas de manía, aunque la depresión es muy prevalente en la esquizofrenia. Los criterios de diagnóstico para la depresión y el trastorno bipolar también son compatibles entre pacientes pediátricos y las poblaciones adultas. Los criterios de trastorno obsesivo-compulsivo (OCD) son en gran medida los mismos en los adultos y los niños, aunque las obsesiones y las compulsiones no están obligatoriamente a ser egodistónicas en los jóvenes, lo cual puede aumentar la confusión con esquizofrenia y los demás trastornos afines.

Además de estos bien establecidos criterios para el diagnóstico, existe una creciente conciencia de que algunos niños y niñas sufren graves trastornos psiquiátricos que implican a menudo lenguaje extraño y comportamiento social extravagante, las distorsiones de la realidad en respuesta a eventos específicos del medio ambiente y comportamientos impredecibles, pero no cumplan claramente los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, ni son verdaderos esquizofrénicos. Estos niños han sido propuestos para tener un único trastorno que se ha dado en llamar 'múltiples trastorno complejo del desarrollo'. Ambos se solapan con severa desregulación del humor [del afecto], excepto que la 'severa desregulación del humor' excluye cualquier síntoma psicótico. Han sido escasos los estudios de seguimiento de esos niños y por lo tanto han dado resultados discrepantes.

En el Instituto Nacional de Salud Mental [USA] un grupo de investigadores liderado por Judith Rapoport, evaluó 26 pacientes pediátricos [con edades que van de tres a doce años] y descubrió que la mitad de esos pacientes [que fueron seguidos por un lapso de 2 a 8 años] el tres por ciento fue diagnosticado de presentar alguna 'Psicosis Clínica transitoria', el doce por ciento diagnosticados de trastorno esquizoafectivo, 38% tenían trastorno bipolar, en el 12% depresión, y el 15% se encontraban asintomáticos. Un grupo europeo encontró que el 78% de los niños con 'múltiples trastornos complejos del desarrollo', examinados como adolescentes, tuvieron 'síntomas prodrómicos' [es decir, síntomas prelimina-

res] de la Esquizofrenia, aunque ninguno todavía ha sido diagnosticado con un trastorno del espectro esquizofrenia. Es decir hasta hoy en día no presentan clínica esquizofrénica.

Caso 1:

Zach se presentó a los 13 años de edad cuando empezaba el octavo grado. Había una historia familiar de depresión y de ciertos trastornos de ansiedad. No presentaba anomalías en el desarrollo, ni antecedentes conocidos de trauma. Había hecho bien en sus estudios académicos. Su conducta social desde el kindergarten hasta el sexto grado fue aceptable. Era un niño atlético y jugaba en varios equipos deportivos. Jugaba partidas improvisadas de básquetbol en la comunidad. En séptimo grado comenzó a tener problemas de comportamiento con marcados episodios de violencia y agresiones con varios compañeros que conduce a varias suspensiones escolares y envía al hospital a un compañero con un hueso roto. Dijo que los otros niños habían iniciado el pleito, aunque el personal de la escuela informó de que los enfrentamientos fueron sin provocación alguna.

También comenzó a tener otras dificultades. Con frecuencia se olvidaba de las tareas y de entregar otros deberes. Empezó a pasar más tiempo en casa, se retiró de sus equipos deportivos y raramente interactuaba con los compañeros en la comunidad. Aparecieron conflictos con sus padres sobre no asumir la responsabilidad de su comportamiento y por no ir bien en su progreso escolar. En consecuencia comenzó a evitarlos. En la entrevista psiquiátrica dijo que 'el creía que estaba deprimido'. Pero en otra sesión dijo que 'la mayoría de las veces, él no siente nada'. Cuando se le preguntó si había oído voces cuando estaba violento, explicó: 'que el mantenía oyendo la conversación y la discusión, hasta que esta se iba poniendo más y más amenazadora'. Hasta que él llegaba al punto en que sentía que tenía que apartar o la otra persona 'antes de que esa persona realmente le hiciera algún daño a él' [pensamiento paranoico].

También señaló que a menudo había escuchado a alguien hablar con él en la ducha, pero no estaba seguro de quién era.

Él inició su tratamiento con entrevistas y el uso de un fármaco anti psicótico. Sus dificultades de comportamiento en la escuela mejoraron. Sin embargo todavía tiene dificultades con la organización y la solución de problemas y requiere ayuda significativa para mantenerse al día con sus tareas escolares. Después de aproximadamente tres años de un funcionamiento aceptable detuvo su medicación anti psicótica.

Los principales elementos para el diagnóstico fueron: (1) cambio de rendimiento escolar cuando se inicia el séptimo grado. (2) retraimiento social. (3) desorganización cognoscitiva. (4) describe sentimientos de apatía en lugar de verdadera tristeza. (5) las alucinaciones auditivas que motivó su comportamiento agresivo. El diagnóstico al cual se llegó fue: Esquizofrenia en su forma clínica inicial precoz.

Incidencia de síntomas tempranos

No hay suficientes estudios sobre la prevalencia [incidencia] de síntomas tempranos psicóticos en la esquizofrenia en los niños, niñas y adolescentes. La mayoría de las encuestas de población hace poco probable lograr identificar este difícil diagnóstico debido a que los niños y jóvenes adolescentes frecuentemente malinterpretan las preguntas típicas que evalúan psicosis. Sin embargo, en muestras clínicas, los síntomas positivos psicóticos parecen ocurrir en una minoría considerable de los niños. En centros de atención ambulatoria pediátrica dedicadas a los trastornos del afecto y de la ansiedad clínica, casi el 10% de 2031 niños de entre 5 a 21 años de edad, tuvieron claros o probables 'síntomas psicóticos'. De entre ese 10% de personas con síntomas psicóticos: el 62% tenían trastornos depresivos, el 24% tenían trastorno bipolar y el 14% tenían esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo. Ejemplos en casos hospitalizados de niños con depresión se ha informado de que el 60% presenta 'síntomas psicóticos'.

Sin embargo son pocos los jóvenes deprimidos que tienen que ser hospitalizados, por lo que la verdadera incidencia es probablemente inferior. Las muestras clínicas de jóvenes con el trastorno bipolar han mostrado asimismo tasas elevadas de psicosis. Información específica acerca de la incidencia de la esquizofrenia se limita a unos pocos estudios de Canadá, Alemania y Suecia, que en general coinciden unos con otros. Estos estudios muestran que hay muy pocos niños menores de 10 años de edad [3 en 10.000] que padecen de Esquizofrenia. La incidencia de la esquizofrenia parece aumentar en cerca de 4 veces entre 10 y 14 años [13 en 10.000] y por otro lado, aumenta hasta 6 veces entre 14 y 18 años a [20 en 10.000]. Al menos 5% de las personas con esquizofrenia se enferman antes de la edad de 14 años y hasta el 20% se han estimado que enferman antes de 18 años de edad.

Incidencia de los síntomas psicóticos en otros desórdenes infantiles

En los jóvenes y adultos de mediana edad, los síntomas distintivos [positivos y negativos] de la esquizofrenia se presentan con mayor frecuencia en las personas que verdaderamente padecen de esquizofrenia y son relativamente infrecuentes en los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad. En contraste, los 'síntomas psicóticos positivos' son más frecuentes en los niños y los adolescentes 'sin esquizofrenia', que en las personas 'con esquizofrenia'. En los adolescentes, los síntomas psicóticos positivos tienen la misma probabilidad en los adolescentes con trastornos del estado de ánimo, como en trastornos psicóticos. Esta diferencia en la prevalencia parece deberse tanto a una muy baja incidencia de la esquizofrenia en los niños y un aumento de la frecuencia de los 'síntomas psicóticos' en los casos pediátricos con trastornos afectivos y de ansiedad.

En general 'las alucinaciones' son más frecuentes en los niños con depresión, ocurren en el 22 % al 36% y disminuyen progresivamente en individuos más maduros. En contraste 'los delirios' son más frecuentes en

individuos de edad avanzada con depresión, que en los jóvenes. 'La psicosis' es también altamente prevalente en muestras bipolar pediátrico, con la participación de 60 % a 88% de los jóvenes que buscan tratamiento. Tanto el número de individuos con cualquier 'síntoma psicótico' son mayores en los adolescentes hospitalizados con trastorno bipolar, en comparación 'con adultos hospitalizados 'por el mismo trastorno bipolar.

Las alucinaciones y los delirios ocurren en aproximadamente el 15% de los jóvenes que han sufrido serios traumas. Estudios epidemiológicos han demostrado que el 8 % al 10% de los niños 11 a 14 años de edad con ninguna enfermedad psiquiátrica actual reportan tener alucinaciones. Estos niños tenían significativamente elevados riesgos (5 a 16 veces más) de desarrollar una esquizofrenia u otros desórdenes para cuando llegan a los veinte años de edad. Esquizofrénicos y psicosis afectivas son más comunes en personas con historia familiar de estos trastornos. Más recientes estudios epidemiológicos demuestran que aproximadamente el 50% más de hombres se ven afectados por la esquizofrenia. En la depresión grave, muchachos muy jóvenes y las niñas se ven igualmente afectados, pero las niñas se afectan mucho más frecuentemente durante la adolescencia. Ambos sexos parecen igualmente afectados por trastorno bipolar. Una clara relación con el inicio de la pubertad no ha sido demostrada.

Las entrevistas y el diagnóstico

El niño y su familia deben ser entrevistados juntos y luego por separado. Es importante establecer la capacidad de comunicación y determinar el nivel de desarrollo del niño, para que así se puedan expresar las preocupaciones abiertamente. Se deben evitar las simples preguntas afirmativas o negativas y se puede pedir ejemplos siempre que sea posible. A menudo es útil observar al niño cuando él o ella están en la sala de espera, o interactúan con otras personas, para así evaluar la conducta espontánea y evaluar respuestas a estímulos internos y la capacidad de relación social.

Cuando se habla con las familias, uno se puede preguntar acerca de momentos en que el niño parecía estar diciendo mentiras obvias, lo cual podría indicar la presencia de ideas delirantes. O en momentos en que el niño ha preguntado si el progenitor ha dicho algo o llamado al niño en el momento que no lo ha hecho. Esto sugiere la presencia de alucinaciones. Los padres también suelen informar si el niño justifica su agresión, basada en acusaciones o descalificaciones realizadas por otros, cuando no hay pruebas de que la otra persona ha dicho algo [posible presencia de ideas paranoicas o de alucinaciones auditivas].

Los padres pueden también proporcionar información acerca de un mayor aislamiento social, como dormir después de la escuela y luego levantarse por la noche, cuando otros están durmiendo. Si hay indicios de que el niño puede ser paranoico, a menudo es útil, tratar de obtener información colateral de otras fuentes, como los maestros o sus compañeros, para tratar de determinar si la percepción del niño se basa en la realidad o no.

Al entrevistarse con el niño, es importante evitar los términos psiquiátricos o psicológicos y pedir que normalice los comportamientos aparentemente psicóticos [tanto como sea posible]. El entrevistador clínico debe verificar si el niño ha entendido sus preguntas. Por ejemplo, en vez de preguntar si el niño ha tenido 'alucinaciones o escuchado voces', a menudo es mucho más útil preguntarse, si él o ella ha tenido la oportunidad de escuchar algo, que él no sabe de dónde viene, o ha observado que los otros no han escuchado nada.

Debido a que los 'síntomas psicóticos' son a menudo de más intensidad durante los períodos de fuertes emociones, puede ser útil preguntar acerca de las ideas 'erróneas' que ocurren cuando el niño está muy molesto, triste o rabioso. Si los síntomas psicóticos se presentan, entonces pídale al niño que proporcione una descripción de los hechos y sus diferentes precipitantes, tanto como sea posible.

Las alucinaciones son generalmente vívidas y provocan una respuesta del niño, tal como un intento de salir de la habitación o distraerse a sí mismo. Sin embargo, las verdaderas alucinaciones también son algo vagas, y no tienen un alto nivel de detalle. Las alucinaciones auditivas pueden calificarse provenientes de dentro o de fuera de la cabeza. Del mismo modo existe variación en la antigüedad de las ideas. Cuando menos enfermos está el joven, más podrá reconocer que 'la alucinación' es algo poco probable que sea real. Aquí el joven muestra tener cierto 'juicio de realidad' y piensa que esta puede ser causada por algo que anda mal en su cerebro y que no es aceptada por los demás. También es importante preguntar al niño si estas experiencias son diferentes. En caso afirmativo se le puede pedir que explique ¿cómo son diferentes? Por último es importante determinar ¿cuando han ocurrido estas percepciones extrañas? y ¿cuánto tiempo han persistido?.

En la mayoría de los casos la identificación de los 'síntomas psicóticos positivos' depende de lo temprano de las propias quejas del niño. Los padres a veces desconocen que el niño ha experimentado los síntomas psicóticos. Si el niño parece estar en guardia y desconfiado, a menudo es útil preguntar, si él o ella ha sido advertidos de no responder a las preguntas, o si él o ella tiene miedo de lo que puede ocurrir si él o ella participa y responde a la conversación.

Los 'trastornos del pensamiento' en el inicio de la esquizofrenia se reflejan normalmente por 'ser pensamientos contradictorios, con asociaciones laxas y con poca coherencia'. Si el clínico tiene dificultad para entender los procesos de pensamiento de estos niños, a menudo es útil preguntar y pedir que le aclare o explique de un modo diferente, lo que el niño está diciendo. La mayoría de los niños 'no-psicóticos' pueden hacer esto con facilidad, mientras que los niños con 'esquizofrenia' típicamente no pueden hacerlo.

Es importante que el clínico comunique a la familia y al paciente que el diagnóstico de enfermedad con síntomas psicóticos 'es provisional e imperfecto' y podrá ser revisado con información adicional que puede surgir durante el curso de la enfermedad. Así pues deben ser conscientes de que el diagnóstico, es una herramienta para ayudar a organizar el tratamiento, en lugar de algo definitivo, que vaya a determinar el futuro del paciente. Responder a 'las necesidades del paciente' debe ser lo primero y no privilegiar el hecho de llegar a un diagnóstico. El diagnóstico es importante, pero va en segundo lugar. Lo Primero es ayudar al paciente.

Caso 2:

Brian llegó a la consulta cuando tenía once años de edad y sus padres se estaban divorciando. Estaba muy molesto por la separación. Él inició una huelga de hambre de 30 días para obligarlos a reconciliarse y perdió 15 kilos. Empezó la terapia y la el medicamento [fluoxetina] y empezó a comer de nuevo. Ahora parece estar en condiciones de disfrutar de la mayor parte de sus actividades habituales. Sin embargo, cuando fue requerido para mudarse a una ciudad cercana con su madre y su segundo marido, rápidamente se descompensó. Tenía dificultades para dormir. Dificultad para hacer nuevos amigos y insistía en volver a la ciudad anterior. Este comportamiento persistió durante varios años y permaneció aislado socialmente.

Durante este período, los miembros de su familia se quejaron de que no se sentían que podían tener una conversación con él y que él no tenía ninguna idea de lo que la familia pensaba, aunque él decía, que la familia era muy importante para él. Comenzó a pensar que él era el responsable del bienestar de su hermana menor y que era necesario encontrar una casa en la cual él, su hermana y su padre puedan habitar. Él frecuentemente exploró los clasificados buscando tal casa. Había períodos intermitentes de rabia impredecibles. Durante uno de estos episodios, él caminaba con su madre y de repente saltó encima de ella, golpeando su

vientre, diciendo que los aretes que llevaba la hacían parecer una prostituta [ramera]. Un vecino llegó en la ayuda de su madre, pero Brian mostró poco remordimiento. También comenzó a tener más dificultades en la escuela y con frecuencia se quejaba de la escuela diciendo que se sentía 'inseguro' y que allí 'hacían cosas inapropiadas'.

Se buscó tratamiento psiquiátrico adicional cuando le dijo al su tutor de la escuela que él estaba planeando 'golpear a muerte' a su padrastro mientras este dormía, porque el padrastro, había sido injusto con [la hermana de Brian] al hacer que su hermana lavara los platos después de haberlos dejado sucios en el salón. Brian no podía comprender por qué su plan era inapropiado y absurdo. Brian habla abiertamente acerca de las maneras en las que se sintió ofendido por los demás y sobre todo acerca de la suerte que él tenía 'porque él es el irlandés muy apuesto'. Cuando se le preguntó directamente acerca de 'escuchar cosas' que otras personas no podían oír, informó que a veces sus piernas le hablaban y le decían lo que tenía que hacer.

Su historia de desarrollo no era nada del otro mundo. Durante la entrevista psiquiátrica, su madre negó la tener conciencia de síntomas psicóticos en Brian. Comentó que Brian era a menudo irritable y estaba teniendo muchas dificultades en la escuela. Asimismo, dijo que el director de banda marcial ha dicho que Brian a menudo parecía distraído y absorto, y a veces no podía seguir las indicaciones que anteriormente dominaba bien. Imágenes por resonancia magnética y electroencefalografía fueron normales. Brian fue iniciado en un fármaco antipsicótico y produjo una marcada reducción de la irritabilidad y la agresión, una mayor capacidad de escuchar y hablar recíprocamente con otros. Con el paso del tiempo presenta periodos en los que experimenta aislamiento y importantes síntomas depresivos. No muestra placer en las actividades habituales, así como periodos en los que duerme poco, habla con rapidez y de forma continua. Juega con la computadora por varias horas de duración. Durante todo el período de seguimiento, Brian mostró tener problemas con la memoria, con la resolución de problemas, esto lo llevó a mudarse de un

colegio profesional de estudios preparatorios a una escuela vocacional. También tenía ideas grandiosas persistentes y delirios paranoides. Apatía y pasividad también fueron destacados a lo largo de su curso. Las principales características de diagnóstico incluyen síntomas prodrómicos [iniciales] de depresión con extraños comportamientos que podrían haber sido psicóticos, inexplicable agresión con extrañas explicaciones, el retraimiento social y el pobre vínculo familiar y cambios persistentes neurocognitivos. El diagnóstico fue 'trastorno esquizoafectivo' debido a la gran parte del tiempo que había importantes síntomas 'maníaco-depresivos' en el contexto de las persistentes delirios y los síntomas neurocognoscitivos.

Diagnóstico diferencial

El 'diagnóstico diferencial' en la aparición precoz de los 'trastornos del espectro esquizofrénico' puede ser muy difícil. En algunos casos, esta distinción es sumamente importante porque tratamientos específicos para la afección subyacente puede estar disponible y las secuelas permanentes pueden ser el resultado de retraso en el tratamiento. Por ejemplo, los trastornos del ciclo de la urea tales como: deficiencias en la homocisteína, el tetra-hidro-folatos, la cobalamina y en la porfiria, se pueden tratar fácilmente, si se reconocen, pero puede conducir a anomalías neurológicas permanentes, si no recibe tratamiento. La mayoría de estos trastornos implican un comienzo agudo de psicosis, mientras que otros trastornos metabólicos como la enfermedad de Wilson, la deficiencia de 'cistationina beta-sintasa', y 'cerebro tendinous xantomatosis', puede evolucionar más lentamente pero todavía ser tratable. Lo más importante, los antipsicóticos pueden empeorar los síntomas de la enfermedad de Wilson.

La identificación diagnóstica de 'síndromes genéticos' puede proporcionar un mayor acceso a la ayuda médica y a las posibilidades de tratamiento [lo contrario es iatrogenia]. Varios de estos trastornos tienen diferentes fenotipos diagnósticos, descritos como trastornos 'gateway'.

En cuanto a otros trastornos psiquiátricos es importante determinar si los síntomas del paciente se explican mejor por la esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico. Esto va a permitir optimizar el tratamiento, tanto mediante la limitación de tratamientos ineficaces, como la minimización de los efectos adversos, debido a tratamientos innecesarios. Un diagnóstico errado puede implicar o etiquetar incorrectamente un trastorno diferente a la esquizofrenia, o no reconocer la esquizofrenia cuando están presentes. Entre los trastornos más importantes de distinguir encontramos los 'trastornos de la conducta', 'trastornos de ansiedad' como el 'estrés postraumático', 'trastornos afectivos' y el 'síndrome autista'.

Trastornos de conducta

Aproximadamente un 10% de los jóvenes encarcelados presentan un trastorno Psicótico primario. Presumiblemente muchos de estos jóvenes que fueron encarcelados por trastornos de conducta, tenían síntomas psicóticos que no fueron identificados como tales. Un reconocimiento temprano probablemente hubiera dado lugar a un tratamiento eficaz, con menos actos criminales, menos sufrimientos de estos jóvenes dentro de las cárceles, y mejor curso a largo plazo.

Cuando la agresión o actos ilegales se producen en una persona que no tiene antecedentes de problemas de comportamiento o de conducta, como en el Caso 1 de Zacks, se debe considerar seriamente la presencia de una enfermedad psicótica. Una enfermedad psicótica también debe descartarse si alguien comete un delito y no hace ningún intento de ocultarlo o huir. Por ejemplo, un joven que se intoxicó y no vendía cocaína, vió a la policía venir, y permaneció quieto en el escena, con más cocaína en el bolsillo, porque él creía que tenía poderes especiales que le impedirían a la policía de detenerlo.

Los Trastornos de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad tienen la mayor probabilidad de ser erróneamente confundidas con esquizofrenia. Por ejemplo el 'trastorno por estrés postraumático' y el 'trastorno obsesivo compulsivo'. Por desgracia, también hay altas tasas de incidencia co-mórbida en cada uno de ellos, con el inicio de la esquizofrenia precoz. Los individuos con trastorno de 'estrés postraumático' y sin enfermedad co-mórbida de tipo esquizofrénica, se presentan frecuentemente con alucinaciones muy detalladas que tienden a aparecer en forma transitoria durante los períodos de estrés. Hay discusión sobre la importancia que tiene el contenido de las alucinaciones y algunos insisten en que estas alucinaciones deben restringirse solo al episodio traumático. Pero esto no es definitivo y existen opiniones en contrario. También pueden experimentar 'episodios disociativos' en que pueden aparecer alucinaciones. Su funcionamiento entre estos episodios suele ser apropiado y con buen rendimiento académico.

Generalmente el tratamiento incluye la psicoterapia dinámica individual y familiar, algunas veces requiere 'terapia conductual cognitiva' y tratamiento con inhibidores de la captación de serotonina.

Los jóvenes con aparente síntomas de TOC en el contexto de una diagnóstico de esquizofrenia, se distinguen por presentar más graves y generalizadas dificultades pre-mórbidas, y más extraños comportamientos compulsivos, menos alivio cuando han terminado de realizar la conducta compulsiva, y otros temores que no les resulta fácil de explicar. Pueden presentar variaciones al describir sus pensamientos obsesivos y sus voces. Por lo general tendrá otros tipos de comportamiento psicótico incluyendo alucinaciones visuales y trastornos del pensamiento. En contraste, los que padecen graves trastornos obsesivo-compulsivo puede ser más probable que tengan un comportamientos supersticioso y hablan de la "necesidad" de hacer las cosas, en vez de ser mandado a hacer las cosas. Si el trastorno obsesivo-compulsivo está presente, las 'terapias cognitivas de conducta' son preferibles y acompañadas de medicamentos de in-

hibidores selectivos de re-captación de serotonina. También puede haber casos en los que la co-existencia de ambos trastornos como se ha comentado ocurre en el 12% de los adultos con esquizofrenia. En tales casos, se debe ser consciente del potencial dañino de la 'clozapina' la cual exacerba o desencadena el 'trastorno obsesivo compulsivo' particularmente si tales síntomas estuvieron presentes antes de los síntomas psicóticos.

La psicosis aparece tanto en los 'trastornos infantiles bipolares' como en la 'Depresión infantil temprana'. De hecho se producen muchos más casos de psicosis en la infancia, relacionada con los trastornos afectivos que con la esquizofrenia. En la mitad de la adolescencia y al final de ella, los episodios ocurren más o menos igualmente relacionados con los trastornos afectivos y con los trastornos esquizofrénicos. Además, aproximadamente el 30% de los jóvenes con esquizofrenia, presentan síntomas depresivos, en particular durante las primeras fases de su enfermedad. Todas las tres enfermedades pueden presentar 'trastornos en el sueño', 'el comer y en la capacidad de concentración', presentar agitación, ideación suicida, sentimientos de culpa y presencia 'ego-sintónica' de alucinaciones y delirios. La principal distinción entre los 'trastornos afectivos' y los 'psicóticos esquizofrénicos' se basa en la presencia de otros signos y síntomas.

Las personas con esquizofrenia de aparición precoz de los trastornos del espectro esquizofrénico normalmente tienen una historia de múltiples síntomas prodrómicos [preliminares]. Muestran dificultades anteriores al episodio psicótico, mientras que aquellos con una enfermedad afectiva son más propensos a tener historia tranquila o de buen funcionamiento previo, anterior al comienzo de la enfermedad. Los jóvenes con la esquizofrenia tienen también un poco más de probabilidades de tener un 'trastorno formal del pensamiento'. Por otra parte, aunque los síntomas negativos pueden parecer una anhedonia e incluso ser etiquetados 'como depresión' por el propio individuo y su familia, las personas con esquizofrenia 'que no tienen depresión', raramente informan de una depresión,

que sea distinta a la infelicidad. Lo más importante es que 'en psicosis de los trastornos afectivos' los síntomas psicóticos sólo están presentes cuando los síntomas anímicos [afectivos] están presentes. En los trastornos del espectro esquizofrénico, los síntomas psicóticos están presentes en los momentos en que los síntomas afectivos no lo están.

En la mayoría, si no en los todos los casos, de psicosis afectivas, en las estrategias de tratamiento, será necesario hacer hincapié, tanto en el tratamiento específico, como en las estrategias utilizadas, de tratarlos como 'una esquizofrenia de aparición temprana'.

El trastorno 'esquizo-afectivo' se distingue de la esquizofrenia en contar con un 'cierto' período de tiempo, cuando solo los síntomas afectivos están presentes. Sin embargo, sigue siendo arbitraria qué período de tiempo, constituye eso 'cierto' y a menudo es difícil hacer esta distinción temprano en la enfermedad. En la práctica, muchos clínicos utilizan el diagnóstico del 'trastorno esquizoafectivo' cuando los 'síntomas afectivos' requieren considerable atención terapéutica, como puede ser el caso de la manía o depresión grave.

El Caso 2 representa tanto 'síntomas prodrómicos depresivos' como 'síntomas prominentes afectivos' en el contexto de persistentes 'síntomas psicóticos' que condujo a un diagnóstico del 'trastorno esquizoafectivo'. Hay poca evidencia para sugerir que la severidad de los síntomas positivos, negativos o neuro-cognoscitivos, supuestamente de aparición precoz del trastorno esquizo-afectivo, difiera sustancialmente de los síntomas de inicio precoz de la esquizofrenia.

Trastornos del Espectro Autista

Hay una compleja relación entre el autismo y la esquizofrenia. Esto implica compartir las vulnerabilidades genéticas, los problemas de desarrollo temprano, y una cierta posibilidad de co-morbilidad. El DSM-IV requiere que hay existan 'alucinaciones o delirios' para que el diagnóstico de esquizofrenia sea posible, además del autismo.

En la mayoría de los casos, las características preliminares de tipo autistas en la Esquizofrenia, no incluyen conductas repetitivas, que sean distintas a las 'estereotipias motoras' esquizofrénicas, que son comunes en los niños de desarrollo normal. Con frecuencia, las dificultades con las transiciones y adaptación a un mejor funcionamiento en ambientes [entornos] 'altamente estructuradas' son malinterpretados como 'conductas repetitivas' coherente con el autismo. También es típico de los pacientes con autismo el describir sus fantasías y 'amigos imaginarios' en formas repetitivas y estereotipadas, en contraste con la mayoría de los pacientes con esquizofrenia.

Los individuos con autismo, suelen responder a las 'técnicas conductuales' para controlar su ansiedad y sus 'voces', mientras que estos tratamientos parecen ser menos beneficiosos en pacientes con esquizofrenia de aparición temprana. Por otra parte, los pacientes con esquizofrenia suelen mostrar signos de 'trastornos del pensamiento', como pobre coherencia y con ideas contradictorias, que no son evidentes entre las personas con autismo. También hay diferencias notables en el curso: los síntomas esenciales del inicio precoz de la esquizofrenia suelen mostrarse más tardíamente que los síntomas del autismo, que deben aparecer antes o durante los 3 años de edad. Los jóvenes con autismo a menudo muestran un mejoramiento en el funcionamiento cuando maduran en particular con respecto a la comunicación y a la interacción social con gente conocida, mientras que las personas con esquizofrenia muestran un deterioro con el pase del tiempo. El Caso 3 demuestra las dificultades para distinguir estos dos trastornos, así como la importancia de reconocer la esquizofrenia de manera que se pueda tratar agresivamente.

Caso 3:

Conocimos a Sarah cuando ella estaba en el onceavo grado, después de que ella había tomado impulsivamente el coche familiar, para encontrarse con alguien en un estado vecino, el cual ella había conocido por Internet. Ella estaba muy disgustada cuando regresó a su casa y se de-

primió bastante. Durante su evaluación inicial los padres dijeron que ella era considerada como 'algo extraña' por otros compañeros y mostraba muy poca empatía con la percepción de los diversos puntos de vista de los otros. Había tenido dificultades extremas con las transiciones familiares y escolares, especialmente cuando era joven. Sólo tenía dos amigos cercanos, los cuales también tenían algún problema psiquiátrico. Sus padres habían observado que solía insistir [como idea fija] con cosas que parecían un poco raras. Por ejemplo, estaba muy interesada en 'patología forense' y pensaba que 'examinar cadáveres' sería interesante. También utilizaba el computador durante horas y a menudo se volvió extremadamente molesto si no se le permitían hacerlo. Sin embargo, sus padres negaron cualquier ritual o conductas repetitivas estereotipadas. Ella se había destacado en la escuela hasta ese momento, aunque lo hizo mejor cuando era un número reducido de alumnos en una escuela privada muy competitiva, que en las escuelas públicas. No solía tener mucha interacción con el entrevistador durante la evaluación y parecía que llenaba los criterios de un 'trastorno del espectro autista'.

Fue inicialmente tratada con Psicoterapia dinámica y un inhibidor de la re-captación de la serotonina. A pesar de esto, mostraba dificultad progresiva en la escuela y se hizo aún más socialmente aislada. Poco motivada, disfórica y con tendencias suicidas. Después de varios meses, ella reveló que había algo malo dentro de ella y posteriormente matizó que pensó que un monstruo verde saldría si ella se cortaba a si misma. También comenzó a revelar alucinaciones auditivas y visuales que ella le había venido ocurriendo desde que tenía corta edad en el jardín de infantes. Durante los próximos 18 meses, a pesar del tratamiento [con una variedad de fármacos antipsicóticos], ella continuó reportando la presencia de alucinaciones y realizó intentos de suicidio. En un momento dado, ella parecía francamente maníaca, con trajes extravagantes, aumento de la impulsividad, discurso acelerado, grandiosidad y disminución de la necesidad de conciliar el sueño. El litio se añadió como un estabilizador del humor, pero los síntomas psicóticos continuaron y su apatía y progresiva dificultad neuro-cognitiva se volvieron más destacados. Posteriormente

‘la clozapina’ fue añadida con una mejoría paulatina en sus alucinaciones, delirios y bastante mejoría en sus síntomas negativos. Ella ha sido capaz de hacer dos largas relaciones románticas y pudo completar algunos cursos en la universidad [con un considerable apoyo de sus padres]. En múltiples ocasiones los síntomas psicóticos y los síntomas depresivos han vuelto a surgir en el contexto del abandono de la clozapina o en el abuso de sustancias.

En diferentes momentos los diagnósticos de ‘síndrome de Asperger’ comorbilidades de ‘Asperger y esquizofrenia’ o trastorno esquizoafectivo fueron tenidos en cuenta. El diagnóstico que parece más adecuado es el ‘trastorno esquizo-afectivo’. Las características claves para el ‘diagnóstico precoz’ incluyen cuestiones de desarrollo tales como el que marcó ‘las dificultades con las transiciones’ pero sin ningún ‘comportamientos repetitivo’ y sin un marcado deterioro funcional en la adolescencia, tanto en lo social y en lo académico. Se debe reportar los persistentes síntomas positivos y negativos con intermitente síntomas anímicos y la resolución de los síntomas positivos con la clozapina. Excesivo uso de la computadora es improbable que se considere como un ‘comportamientos repetitivo’.

Conclusiones

Los síntomas psicóticos positivos son comunes en la niñez y la adolescencia. Pueden reflejar una amplia gama de trastornos psiquiátricos y médicos, o simplemente presentarse en niños que no tienen ningún problema, ni ningún desorden mental. Pueden ser niños y adolescentes normales en medio de la turbulencia usual de esa edad.

Sin embargo, si estos síntomas ‘son recurrentes’, ‘insisten’ y se producen en el marco de ‘una progresiva deficiencia funcional’ sobre todo en el rendimiento académico y en las relaciones familiares y sociales, un diagnóstico de ‘esquizofrenia de aparición temprana’ debe tomarse muy en serio. Los jóvenes, especialmente las personas con esquizofrenia, con

frecuencia no revelan sus síntomas psicóticos. En su lugar sus familias pueden buscar ayuda por otros motivos, tales como 'dificultad o pobre atención', 'conductas agresivas', o 'síntomas afectivos'. En tales casos, el médico debe siempre preguntar acerca de 'síntomas positivos y negativos psicóticos', hacerlo en un lenguaje culturalmente apropiado para el joven.

La imposibilidad de llegar a un 'diagnóstico precoz de la esquizofrenia' puede ocasionar demoras en el tratamiento efectivo y producir un peor pronóstico. Pero el error del diagnóstico, al considerar esquizofrénico a quien no lo es, va a interferir con el tratamiento adecuado de la otra enfermedad subyacente y va a crear más problemas y quizás va a hacer daño al joven y a su familia.

Traducción: Rómulo Lander

9

ALUCINACIONES Y OTROS SÍNTOMAS PSICÓTICOS EN NIÑOS:
PRODUCIDOS POR EL USO DE MEDICAMENTOS PARA EL ADD

Carolina Cassels

Medscape Psychiatric News [página web, 2009]

Pediatrics [2009] Vol. 123: 611-616.

28 de Enero del 2009:

‘Los médicos, los pacientes y los padres deben estar conscientes de que los síntomas psicóticos producidos en niños sometidos al tratamiento estándar de fármacos aprobados para el déficit de atención e hiperactividad [ADD], puede ser una reacción adversa al medicamento y no necesariamente se debe a un trastorno psiquiátrico de tipo psicótico’.

El departamento Federal en [USA] de ‘Administración de Alimentos y Fármacos’ (FDA) en una investigación reciente afirma esa información. Un análisis de 49 ensayos clínicos controlados aleatorios, así como los datos de ‘fármaco vigilancia’ de medicamentos para el ADD, muestra que algunos niños, incluidos los que no tienen factores de riesgo identificables, han desarrollado [relacionados con esos medicamentos] síntomas de psicosis o manía, incluyendo alucinaciones, en dosis habituales. Estos fármacos parecen capaces de producir este tipo de reacción adversa psiquiátrica. Si un niño recibe uno de estos medicamentos pueden desarrollar este tipo de síntomas, y se debe considerar seriamente la idea de que podría ser una reacción a los medicamentos en lugar de un trastorno psiquiátrico en y por sí mismo. [Según informe del Investigador principal Andrew D. Mosholder de la USA-FDA en Silver Spring, Maryland].

El análisis reveló que un total de 11 casos adversos de psicosis y manía ocurrieron durante tratamiento doble ciego de los medicamentos para el ADD. A pesar de que el número de casos es pequeño, los investigadores señalan que no existían estudios anteriores.

¿Es esto una Punta del iceberg?

Los investigadores dicen que esto podría representar sólo la punta del iceberg. Ensayos clínicos pasan normalmente por una cuidadosa selección para asegurar una alta probabilidad de éxito del tratamiento y una baja probabilidad de intolerancia a estos medicamentos, situación que no suelen reflejar la verdadera experiencia de la práctica clínica diaria. Por lo tanto, los resultados probablemente sub-estimen la incidencia de dichos efectos negativos en la población general. 'Una de las cosas que nos gustaría llamar la atención es que estas reacciones no son probablemente poco común'. El otro punto es que estos medicamentos se utilizan cada vez más en niños, más y más pequeños, quienes si padecen de alucinaciones pueden tener dificultad para entender lo que les pasa o para hablar de esto con un adulto. El coautor del estudio la Doctora Kate Gelperin, que trabaja para el departamento [FDA], dijo a Medscape Psychiatric News, que si un niño dice: 'yo no quiero ir a la cama porque está cubierto de hormigas', habrá que considerar que esto puede ser una reacción adversa a un medicamento. Un estudio del año 2003, realizado en los Estados Unidos, por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, estiman que 7,8 % de los niños en los Estados Unidos de 14 a 17 años, es decir más de 4 millones de niños, han recibido un diagnóstico de DDA. De estas personas, 4,3 % fueron medicadas para el trastorno.

Según el Dr. Mosholder, el estudio de la situación actual fue provocado por la revisión de los datos de fármaco-vigilancia del 2005 los cuales mostraron los productos derivados del metilfenidato producen eventos psiquiátricos adversos en los niños. Basado en estos informes, la FDA investigó si tales eventos también se asociaron con otros productos utilizados en el tratamiento del ADD en los pacientes pediátricos. En marzo de 2006, los investigadores presentaron los resultados actuales del comité consultivo pediátrico de la FDA. Posteriormente, dijo, estos hallazgos han impulsado cambios en las etiquetas de la medicación. Sin

embargo, agregó, el documento actual marca la primera vez que los resultados han sido publicados en revistas serias de la literatura médica.

La mitad de los casos son en niños pequeños

El estudio examina datos procedentes de 49 ensayos clínicos controlados con placebo utilizando diversos productos de uso pediátrico para el tratamiento del ADD. Igualmente el estudio incluye los informes espontáneos de 'control de efectos adversos' post-marketing sobre síntomas psicóticos y de manía. Los medicamentos incluidos en el estudio refiere a ocho productos [agentes] que o bien son aprobados o en proceso de ser aprobados para el tratamiento del ADD. Estos medicamentos incluyen [Adderall XR] tabletas de liberación prolongada con [anfetaminas/dextroanfetamina, Shire USA] , [focalin XR] cápsulas de liberación prolongada el [dexmetilfenidato, Novartis Pharmaceuticals], [Concerta] tabletas de liberación prolongada, [metilfenidato, RISE Corp], [Metadate] CD cápsulas de liberación prolongada [metilfenidato, celltech Productos Farmacéuticos], [Ritalin] LA cápsulas de liberación prolongada [metilfenidato, Novartis Pharmaceuticals], [stratera] capsulas [atomoxetina, Eli Lilly], [Daytrana] sistema trans-dérmico [metilfenidato, Shire], y provigil [modafinil, Cephalon], que no está aprobado para el tratamiento del ADD.

El Análisis de los datos de este reporte 'ensayo clínico' reveló que síntomas de Psicosis y de manía ocurrieron durante el tratamiento doble ciego con cada compuesto excepto el [Adderall XR], aunque los investigadores insisten en hacer notar que hubo síntomas de psicosis y de manía producidos por el producto [Adderall XR]. La tasa de incidencia de los síntomas fue de 1,48 . No se notificaron acontecimientos adversos en los pacientes en los grupos de tratamiento con placebo.

Sin factores de riesgo identificables

La resolución de los síntomas después de suspender el medicamento fue reportado en el 25% al 59 %, dependiendo de la droga. Curio-

samente, no se identificaron factores de riesgo que pudiera dar cuenta de la mayoría de los casos con síntomas de psicosis o de manía.

Dice el Dr. Gelperin: 'Fue sorprendente para nosotros, el hecho de que no pudimos identificar en los 'informes espontáneos de post-comercialización' ningún factor de riesgo que permitiera predecir la aparición de las alucinaciones psicóticas u otros eventos de tipo maniaco. Pensábamos que podríamos encontrar alguna situación en las que se había usado una dosis muy alta de la droga [una sobredosis] o un consumo de otras drogas o la presencia previa de otras enfermedades psiquiátricas, pero este no fue el caso'.

Dice el Dr. Gelperin: 'Es importante, dicen los investigadores, que los médicos, los pacientes y los padres, especialmente aquellos con niños muy pequeños, estén conscientes de la posibilidad de estas reacciones adversas. Los médicos que medican a estos niños de corta edad, deben sentarse a hablar con el paciente y con los padres y dejarles saber lo que el perfil de seguridad del medicamento muestra antes de comenzar un tratamiento'. En segundo lugar, si una alucinación o de otro tipo de eventos psiquiátricos adversos ocurre, como un primer paso, el fármaco se deben suspender o reducir las dosis, antes de iniciar cualquier otro medicamento. Si se presentan síntomas de psicosis o manía y estos se pasan por alto como una reacción a un medicamento, lo peor que puede pasar es que el niño recibe un nuevo diagnóstico y un nuevo medicamento, lo cual sería muy lamentable, dijo el Dr. Gelperin. Los autores no han dado a conocer ninguna información financiera pertinente.

[Pediatrics, 2009. Vol. 123: 611-616]

Traducción: Rómulo Lander

10

ESQUIZOFRENIA INFANTIL Y EL TRATORNO BIPOLAR

Información obtenida en la Web [2010]

Debe tenerse muy en cuenta al considerar un diagnóstico de la enfermedad mental en un niño: la etapa de desarrollo en la cual se encuentra. Comportamientos que son normales en una edad, no son así en otra edad. En muy raras ocasiones, un joven normal podrá informar de experiencias extrañas tales como escuchar voces, que sería considerado anormal en una edad más tardía. Los médicos buscan una pauta de tales comportamientos que pueda seguir de guía. Los padres pueden tener motivo de preocupación si un niño de 7 años de edad a menudo oye voces diciendo cosas despectivas sobre él o sobre ella, o voces conversando con unos a otros, habla con él o ella, presentar miedo a cosas que no existen, tales como serpientes, arañas, sombras, no mostrar interés en amistades. Este tipo de comportamientos podría ser síntomas precoces de una Psicosis o de una esquizofrenia. Esta última es una forma de Psicosis que es crónica e invalidante.

Afortunadamente, la esquizofrenia es rara en niños, afectando sólo cerca de uno en cada cuarenta mil niños. En comparación con la incidencia en adultos que es de 1 en 100 adultos. La edad promedio de aparición es de 18 años en los hombres y 25 en mujeres. La esquizofrenia está entre las diez principales 'causas de discapacidad' en los países desarrollados del mundo. La esquizofrenia, a cualquier edad, impone una pesada carga sobre los pacientes y sus familias. Los niños con esquizofrenia experimentan dificultades en la cotidianidad de la vida. Comparten con sus homólogos adultos las alucinaciones, los delirios, retraimiento social, arrasó las emociones, aumento del riesgo de suicidio y la pérdida de habilidades y cuidado personal. También pueden compartir algunos de los síntomas con y confundirse con los niños que padecen autismo u

otras discapacidades generalizadas del desarrollo, que afecta a aproximadamente 1 de cada 500 niños. La esquizofrenia aún cuando tiende a ser más difícil de tratar y tiene un pronóstico peor que la de los adultos, los pacientes infantiles con esquizofrenia, pueden ser ayudados por la psicoterapia individual y de familia y por la nueva generación de medicamentos anti psicóticos.

Información adicional sobre el inicio de la Esquizofrenia infantil:

<http://bipolarchild.com>

Early-onset Bipolar. This website is brought to us by Papolos & Papolos, the authors of "The Bipolar Child". The information is VERY applicable for Childhood Onset Schizophrenia!! Has Newsletters, information on symptoms, educational needs, sample IEP, and summarized information about, and analyses of, the pediatric use of the newest antipsychotics.

<http://www.bpkids.org>

Child and Adolescent Bipolar Foundation (CABF) website. Contains links to more information, and boards about hospitals, residential treatment centers, medications, and more. Remember, the symptoms and treatment of COS, COS-A, and EOBP HIGHLY overlap.

<http://webmd.com>

Drug & illness information for consumers (as opposed to professionals, although it does have that for registered medical professionals). Simple, easy-to-understand information about illnesses and medications. Also has articles. HIGHLY recommended site for anyone wanting LOTS of information in layman language.

<http://www.medscape.com>

A lifetime of reading is at this site. Has a Schizophrenia Resource Center. You must register to use it, but it's free. You get the latest (daily updates) news (both from Reuters Health as well as other news) in any medical

category. It has a link directly into the famous “medline search” tool which is allows you to search through an enormous database of medical research articles, many of which have on-line abstracts. It will cost money to get the actual full-article, but often, the abstracts are good enough. Also has links to on-line medical lessons "CME". Site has medical dictionary, drug information, medical conference summaries, case studies, and more.

<http://www.theinfinitemind.com/mindprgm.htm>

Radio shows (1 hr) with Dr. Goodwin. Uses Real Audio. Every week, a new radio show is added. Includes summaries. Covers diverse topics such as “The Bipolar Child”, “Epilepsy”, “Psychosis”, “Cell Phones”, “Menopause and the Mind” and many more.

Traducción: Rómulo Lander

11

INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL: SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO
Búsqueda en la WEB [2011].

En adultos jóvenes la esquizofrenia a veces comienza como un episodio psicótico agudo, sin embargo en los niños, los síntomas y el diagnóstico se produce en forma paulatina. No aparece en forma repentina. A menudo precedido por alteraciones en el desarrollo, tales como rezagos del desarrollo motor y del lenguaje. A veces estos problemas tienden a estar asociados con anomalías cerebrales. Los criterios para el diagnóstico son los mismos que en los adultos, excepto que los síntomas aparecen antes de los doce años de edad. Lo más común es que se inicie en la adolescencia tardía o durante el inicio de los veinte años.

Los niños con esquizofrenia suelen ver o escuchar cosas que no existen realmente y presentar ideas paranoicas y creencias extrañas. Por ejemplo, es posible, que piensen que la gente está conspirando contra ellos o que pueden leer sus pensamientos. Otros síntomas de este trastorno incluyen problemas para prestar atención, deterioro de la memoria y del razonamiento. A veces impedimentos del habla, y los afectos y las emociones se muestran inapropiados o aplanados. Muestran falta de habilidades sociales y un estado de ánimo muy quieto o triste. Estos niños pueden reír por algo que es más bien triste. Muestran un pobre contacto visual y muestran poco lenguaje corporal o expresión facial.

Los errores de diagnóstico de la esquizofrenia en los niños son muy comunes. Se distingue del autismo infantil por la persistencia de las alucinaciones y los delirios que duran más de seis meses y también por la edad de inicio del problema. En los niños con esquizofrenia esta se inicia generalmente después de los siete años, en cambio en el autismo este se detecta ya a los tres años de edad. La Esquizofrenia infantil también se debe diferenciar de

un tipo de ‘psicosis clínica transitoria’ la cual es breve y producida por trastornos afectivos, o trastornos disociativos, los cuales pueden ocurrir en los niños.

Los adolescentes con trastorno bipolar tienen a veces una aparición de episodios maníacos que puede ser confundida con la esquizofrenia. Los niños que han sido víctimas de algún abuso sexual o de otro tipo de abuso, pueden a veces decir que escuchan voces o ven visiones del abusador. Los síntomas característicos esquizofrénicos son permanentes en la vida del niño y no se limitan a sólo algunas o ciertas situaciones, como en la escuela. Si los niños mostraron interés en hacer amistades, aun si fracasan en mantenerlas, es poco probable que ese niño tenga o vaya a desarrollar una Esquizofrenia.

El tratamiento:

Los tratamientos que ayudan a los jóvenes pacientes a manejar su enfermedad han mejorado significativamente en los últimos decenios. Como en los adultos, la Psicoterapia dinámica [de orientación psicoanalítica] individual y sobre todo familiar y luego [en algunos casos] es útil el uso de los medicamentos antipsicóticos muy bien escogidos. Algunos consideran necesario reducir las alucinaciones y delirios con medicamentos, sin embargo estos síntomas son restitutos [es decir, estos síntomas son curas espontáneas de la personalidad] y por la tanto es preferible tratar de comprenderlos y muy poco a poco ellas solas van re-ordenándose y disminuyen por sí mismas.

Debemos recordar que los antipsicóticos pueden producir síntomas artificiales adicionales que no son bien venidos, tales como trastornos del movimiento, incluyendo rigidez y disquinesia tardía. Incluso con los nuevos medicamentos también hay efectos secundarios, incluyendo el excesivo aumento de peso. El Instituto nacional de salud mental en [USA] NIMH está

realizando estudios de estos tratamiento, con pruebas experimentales, de viejos y nuevos medicamentos, que pueden permitir dosis reducidas de antipsicóticos para disminuir o prevenir los efectos indeseables.

Traducción: Rómulo Lander

12

INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL: EL DIAGNÓSTICO

Búsqueda en la WEB [2011]

Los criterios que se utilizan para diagnosticar la esquizofrenia en los adultos se puede utilizar para diagnosticar la esquizofrenia en los niños [Mash & Wolfe, 1999]. Los síntomas característicos son dos o más de los siguientes síntomas presentes por una duración considerable de tiempo [más de un mes].

1. Delirios
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado
4. Un comportamiento desorganizado, a veces rígido y catatónico
5. Los síntomas negativos [ausencia de conductas apropiadas]
6. Alteraciones de su funcionamiento diario, familiar y escolar

Observaciones sobre el diagnóstico:

1. Sobre la duración: Los síntomas de alteración deben persistir en forma continúa al menos durante seis meses.
 2. El trastorno no se atribuye a problemas del estado de ánimo.
 3. Este trastorno no es debido al consumo de una sustancia toxica o una condición médica general.
 4. No existe una historia de Trastorno generalizado del desarrollo.
 5. Un nuevo diagnóstico de esquizofrenia sólo se concede si prominentes delirios y alucinaciones se hacen presentes por al menos un mes [American Psychiatric Association, 1994]
-

Síntomas precoces en el inicio de la Esquizofrenia Infantil

1. Problemas para diferenciar lo que es 'la realidad' de lo que son los 'sueños'
2. Ver cosas y escuchar voces que no son reales
3. Un pensamiento confuso
4. Pensamientos extravagantes, extraños y raros
5. Extremo sentimentalismo
6. Comportamiento y conducta extraña
7. Las ideas que las personas lo persiguen
8. Se comporta como un niño de menor edad [infantil]
9. Ansiedad y miedos severos
10. Confunde lo que ve en la TV y su realidad cotidiana
11. Graves problemas para hacer y conservar los amigos.

A menudo los niños muestran sus síntomas gradualmente, así el niño puede llegar a ser tímido o aislado. Estos síntomas suelen notarse en primer lugar en el salón de clases, identificado por los profesores. Los niños pueden empezar a hablar de temores o ideas de persecución. En los niños o adolescentes hay un fracaso para lograr lo que se espera del individuo, en lugar de un deterioro en el funcionamiento. Comparar el niño con sus hermanos [no afectados] puede ser de utilidad en el diagnóstico. Su educación suele interrumpirse y en la adolescencia muchas personas no pueden retener un empleo por mucho tiempo (American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1995).

El diagnóstico en los niños es difícil por varias razones. Por ejemplo los niños le cuesta expresar pensamientos y sentimientos. Por lo tanto, una correcta evaluación es crucial para hallar estrategias eficaces de tratamiento. La evaluación debería consistir en reunir información de varias fuentes: padres, niños, maestros, pediatra, etc. Una evaluación completa tiene un número de horas, y el profesional debe tener una buena comprensión de

cómo el niño está funcionando en diversos contextos. Signos y síntomas deben también ser reunidos para ver si el niño reúne criterios DSM-IV para este trastorno (Satcher, 2000).

El comportamiento de los niños con esquizofrenia puede cambiar lentamente con el tiempo. Por ejemplo, los niños que antes utilizan para disfrutar las relaciones con otras personas, puedan empezar a ser más tímido o aislados, y parecen estar en su propio mundo. A veces los niños comienzan a hablar de miedos e ideas extrañas. Pueden comenzar a aferrarse a los padres o decir cosas que no tiene mucho sentido. Estos problemas iniciales se pueden notar inicialmente en la escuela.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave. La causa de la esquizofrenia no es conocida. El diagnóstico precoz y el tratamiento especializado son importantes. La esquizofrenia es una enfermedad crónica que puede controlarse, pero no curarse. Los niños con los problemas y síntomas enumerados más arriba deben tener una evaluación completa. Generalmente estos niños necesitan amplios planes de tratamiento que impliquen a otros profesionales. Una combinación de terapia individual, terapia familiar y a veces el uso de medicamentos con programas especializados [escuela, actividades sociales] es a menudo necesario. El uso de medicamentos tiene efectos negativos colaterales y requieren un cuidadoso seguimiento a cargo de un psiquiatra infantil.

Traducción: Rómulo Lander

13

**INICIO DE LA ESQUIZOFRENIA INFANTIL:
CARACTERISTICAS GENERALES**

Melissa Yates

Penn State College of Medicine

Fundamentos:

1. Los mismos criterios diagnósticos se aplican: a los niños, adolescentes y adultos.
2. Se basan en los síntomas característicos [síntomas positivos] y en el déficit de funcionamiento y déficit de adaptación [síntomas negativos].
3. Se aplica el mismo criterio de los seis meses de duración.

Características generales:

La incidencia de esquizofrenia en la infancia es inferior a 1/10.000 nacimientos

1. Ligero predominio del sexo masculino
2. Aparece en familias menos educada y menos exitosa profesionalmente.
3. Los pacientes tienen baja a mediana inteligencia
4. Se encuentra que el comportamiento antes de un diagnóstico formal es: Problemas de atención y de conducta.
5. Se encuentra que el comportamiento antes de un diagnóstico formal es: Patrones de inhibición, aislamiento retiro y mucha sensibilidad.
6. Enfermedad rara vez se observa antes de los 5 años

7. 80% De los niños tienen alucinaciones auditivas y el 50% tienen creencias delirantes.
8. Puede observarse con condiciones adicionales tales como: el trastorno de conducta y problemas de aprendizaje
9. Retraso mental y el autismo.
10. Mal pronóstico si el comienzo es anterior a los 10 años.

Traducción: Rómulo Lander

14

LAS PSICOSIS: UNAS PREGUNTAS GENERALES

Búsqueda en la WEB [2011]

¿Qué es la psicosis en la infancia?

La psicosis es un desorden mental severo que es caracterizado por una pérdida de contacto con la realidad, cambios extravagantes en la personalidad, y dificultad en el funcionamiento social.

¿Quien tiene esto?

La psicosis infantil ocurre en un número reducido de niños: menos que 1 por cada 1,000 niños y ocurre [se inicia] preferentemente en la mitad de la adolescencia.

¿Qué ocasiona esto?

La psicosis clínica puede ser ocasionada por emociones y tensión extrema, así como también el abuso de sustancias tóxicas, tal como cocaína u otras drogas ilegales [aunque esta condición provocada por tóxicos puede ser transitoria]. La psicosis también puede ser causada por una Esquizofrenia, la cual es una grave enfermedad que puede durar toda la vida.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas de psicosis incluyen afecto plano, alucinaciones, ideas falsas con certeza [delirios], pérdida del sentido de la realidad, comportamiento violento o destructivo y alejamiento de las actividades sociales [aislamiento social y familiar]. Los niños psicóticos pueden intentar el suicidio, pueden presentar una ausencia de emoción o presentar comportamientos raros o extravagantes, tal como robar sin motivo, o desarrollar una promiscuidad sexual sin sentido.

¿Cómo se diagnostica?

Se puede diagnosticar una psicosis clínica por sus síntomas. Es importante diagnosticar esta condición cuando comienza, para que el tratamiento pueda iniciarse y ser efectivo.

¿Cuál es el tratamiento?

La psicosis clínica se trata con psicoterapia dinámica [de orientación psicoanalítica] de tipo individual y familiar y algunas veces es necesario utilizar drogas antipsicóticas. Los niños con síntomas de depresión se tratan también con psicoterapia dinámica y a veces con antidepresivos. La Psicoterapia es una parte importante de tratamiento y pueden ayudar el niño y su familia a aprender a reconocer las tensiones familiares que contribuyen a esta condición. Es necesario tener mucha cautela con los medicamentos que se usen, ya que estos producen efectos secundarios indeseables. Los casos severos de Psicosis pueden requerir períodos de hospitalización.

Es importante que un niño y la familia [que sufre de la psicosis] asistan a sus sesiones de Psicoterapia dinámica. Si le ha sido indicado algún medicamento debe tomar la medicación prescrita a intervalos regulares. Con el tratamiento combinado, un niño con psicosis puede y debería participar en actividades normales del hogar y escuela.

Traducción: Rómulo Lander

15

LA DIMENSIÓN <IATROGÉNICA> DEL DIAGNÓSTICO:
EL CASO DEL ADD/ADHD.³

Marisa Punta Rodulfo [Psicoanalista]

Búsqueda en la WEB [2011]

En la década del 70, Piera Aulagnier⁴, enlazó de una manera creativa la noción de “violencia” con la problemática de ‘la interpretación’, mostrando la inevitabilidad de la primera para cualquier acto que implicara la segunda. Creer en una interpretación sin violencia sería incurrir en lo que Winnicott denunció repetidas veces como “sentimentalismo”, una concepción de los vínculos humanos que pretendiese excluir —o renegar y desmentir— la dimensión agresiva en ellos.

La interpretación más “respetuosa” de un analista a su paciente, o de una mamá a su bebé, o de una amiga a otra, implica necesariamente --si va a tener alguna eficacia-- un mínimo de intrusión, una incidencia remodeladora de la subjetividad del otro, sin la cual se quedaría en un estéril comentario “desde afuera” sin poder dinámico alguno.

Una vez que hemos establecido esto, Piera Aulagnier destaca a continuación todo el problema de “la otra” violencia, la que excede sus funcionamientos normales para poder – el término corriente es revelador – “meterse” con otro, meterse con el otro, meterse en el otro, y ejerce en cambio presiones o intrusiones o invasiones del psiquismo ajeno patógenas, malsanas, desestructurantes o mal estructurantes. Su territorio es vasto y poliforme.

³ **Iatrogenia:** Refiere al acto médico, que a pesar de ser bien intencionado, produce daño al paciente: ‘Cuando el remedio es peor que la enfermedad’. A veces es producido sin intención maliciosa, pero se debe a negligencia, descuido, ignorancia o incapacidad del médico.

⁴ **Piera Aulagnier:** Psicoanalista ya fallecida, muy destacada de Paris [Francia].

Algunos años antes, también en París [Francia], otra psicoanalista, Maud Mannoni hizo hincapié repetidamente en 'la violencia del significante' en la psicopatología infanto-juvenil, refiriéndose extensamente al daño producido por rotulaciones diagnósticas que acababan proporcionando una especie de identidad aberrante al niño, si bien, claro está, esto podría extenderse legítimamente al campo de la psiquiatría y de la psicopatología del adulto. Maud Mannoni nos alertó valientemente sobre lo que podía ocurrirle a un niño paseado por diversas instituciones asistenciales y escolares con un rótulo diagnóstico que lo marcaba a fuego, aprovechando para esta denuncia todo lo que Lacan desarrollara sobre los poderes del significante. En estos casos, se trataba de un verdadero "efecto del significante" que hacía que Pedrito --ya no fuera Pedrito-- sino el "Down" o el "autista" o el "hijo de padres separados" etc. etc. Toda una sustitución metafórica--metonímica. Así nos previno del potencial iatrogénico de toda clasificación en psicopatología, sobre todo tratándose de subjetividades en curso de formación, a poco que esa actividad clasificadora o diagnóstica se manejara imprudentemente, sin precauciones, sin conciencia del peligro, lo cual desgraciadamente es muy fácil.

Siguiendo el camino abierto por estos autores y aportando las reflexiones de mi propia experiencia analítica como profesional interviniente, como supervisora, y también como docente universitaria, me ceñiré en este trabajo a presentaciones específicas de situaciones clínicas que en mi propia práctica se revelaron como paradigmáticas, lo bastante típicas como para merecer su recolección en un escrito, de intervenciones diagnósticas y terapéuticas que se demostraron como francamente iatrogénicas. En todos los casos esto determinó la posibilidad efectiva de que un niño padeciera en su vida cotidiana, y en más de un aspecto de ella, los efectos de un diagnóstico erróneo determinante a su vez de un tratamiento parcial o totalmente inadecuado, y ello a partir de una interpretación distorsiva de los hechos. En todos los casos que selecciono como típicos puede advertirse la falta de criterios de rigor científico que permitiera un control más cuidadoso de las pautas empleadas y su puesta a prueba. Es decir, se pueden advertir los efectos combinados de cierta

omnipotencia – riesgo permanente en la práctica médica y psicológica – que promueve frecuentes ligerezas en los procedimientos diagnósticos, con las limitaciones que a menudo se dan en cuanto a una capacitación de post-grado excesivamente parcial o unilateral, atribuible a veces a deficiencias en la formación de grado y de postgrado, otras a una precoz identificación del colega con alguna corriente teórica cerrada, dogmática, que estrecha prematuramente su panorama, otras al peso de alguna “moda” psiquiátrica o psicológica que durante un tiempo reina indiscriminadamente (intereses puramente comerciales no pocas veces la sostienen) encasillando de modo indebido a numerosos pacientes: también se advierten con frecuencia en estas prácticas iatrogénicas la tendencia a contentarse con diagnósticos “macro”, poco específicos como tales, todo ello en desmedro de la singularidad del caso y del niño. Es este ataque, esta no consideración de la singularidad, precisamente lo que da a estas intervenciones su sello iatrogénico más decisivo y alienante.

Pasaremos ahora a la exposición y el comentario de algunos de estos casos típicos, donde se podrá notar también con frecuencia una mala implementación de lo interdisciplinario que obedece a múltiples causas. Por defecto a veces —otra modalidad de la omnipotencia en nuestras prácticas— por mala comunicación recíproca otras, trabajando los distintos colegas como los niños en la etapa del “juego paralelo”, otras más atribuibles al psicólogo clínico por desinformación o indiferencia de éste, a aspectos tan cruciales de un tratamiento como la medicación que un niño tome; otras, en fin, por delimitaciones confusas de campos y de identidades como las que llevan con frecuencia a profesionales de distintas disciplinas y sin formación psicoterapéutica a embarcarse en la conducción de psicoterapias pretendidamente psicoanalíticas.

Caso de Franco

Conozco a Franco a la edad de ocho años. El episodio por el cual consultan tiene características de gravedad por el nivel de violencia incontenible ejercida por parte del niño en el ámbito familiar del cual resulta daño

físico para terceros. Se me cuenta que durante él, el niño dice textualmente lo siguiente: “Yo te puedo matar si quiero, el diablo está en mi cuerpo y te está esperando”.

Cuatro años antes había sido diagnosticado por un neuro pediatra como padeciendo síndrome de déficit de atención [ADHD]. A partir de lo cual se le indica medicación con Ritalin [medio comprimido, dos veces al día]. En ese momento resulta difícil su adaptación escolar, ya que se muestra agresivo con sus pares, además se coloca el mismo en situaciones peligrosas dentro y fuera del hogar. Para ese entonces también inicia un tratamiento psicológico. Desde muy pequeño era “un niño que no podía estar tranquilo” además, “tempranamente comienza el insomnio” y desde hace un año aparecen “múltiples tics” que involucran diversos movimientos en distintas zonas corporales que abarcan grandes masas musculares, hasta movimientos imperceptibles con los ojos. Después de reunirme con los padres, que evidencian tensión constante entre ellos y que narran acerca de una relación altamente conflictiva y signada por la violencia, tanto verbal como física, conozco a Franco, a quien le manifiesto estar al tanto de lo ocurrido. En el transcurso de la entrevista puede narrarme distintos tipos de fenómenos que constituyen verdaderas alucinaciones visuales, el niño manifiesta “que si se repiten determinadas veces le hacen perder el control de sus actos”.

Paso a detallar textualmente algunos fragmentos significativos:

F: “...Una vez vomité como papel, me salía de la boca como una víbora”...

“...A veces veo demonios, miro el suelo y aparece el demonio, también en la pared. Piensan que estoy loco... pienso que el diablo está vivo y si hago cosas malas me come. Lo veo con los ojos bien rojos, me dice: Franco, corre, corre mientras puedas porque te voy a comer”...

“...Una vez me asusté mucho porque vi una víbora cascabel y se me apareció un chico atrás y yo pensé que era una serpiente y lo atacué”...

“...Una vez sentí que me caminaba una araña roja y sentí que me mordió”... “...De noche no puedo dormir, veo cosas en las paredes, y si me duermo sueño que me quedo ciego”...

Cuando le pregunto si hablaba de estas cosas con la psicóloga que lo atendió, responde que “él no iba a hablar de cosas como ésta, sino que iba a jugar” (de acuerdo a la consigna errónea que había recibido). Además, Franco agrega “...tampoco le iba a contar porque una vez que le conté ella ni siquiera me prestó atención y después de eso no le conté más”. La psicóloga comentaba a los padres que este era un niño muy fantasioso con el cual se disponía a terminar el tratamiento. No es la primera vez que me ocurre el recibir niños que habían sido tratados como si la psicoterapia se redujese a una ludo terapia, sobre interpretando además cualquier contenido emergente como si se trataran de fantasías, cuando en realidad no puede percatarse de la emergencia de verdaderos contenidos delirantes. Perdió de esta manera cuatro valiosos años en un tratamiento mal planteado, que se inicia con un diagnóstico erróneo, tanto del neuro pediatra como de la psicóloga. Al principio “tardó mucho tiempo en acostumbrarse al medicamento”, después “aparentemente estaba más tranquilo”, pero sin embargo en la escuela referían que “a posteriori de ingerir la medicación (Ritalin) se aislaba, mostrándose decaído”.

La gravedad de la iatrogenia no sólo consiste en un conjunto de maniobras clínicas indebidas, sino además la ausencia de los inicios de un diagnóstico claro que permitiera implementar el tratamiento acorde a la singularidad de los padecimientos de Franco, lo cual hubiera permitido el beneficio de la ocasión de intervenir efectivamente, transformando el tiempo perdido en el cual sus padecimientos se agravan considerablemente, en un tiempo de trabajo productivo. Pensemos por un momento que esta violencia secundaria ejercida sobre la subjetividad toda del niño se desarrolló durante cuatro años, es decir, la mitad de la vida de Franco al momento actual.

Otra reflexión que me promueve es la de pensar qué tipo de juegos hacía en su tratamiento anterior, ya que el mismo narra que cuando juega al ajedrez o con la computadora se tranquiliza y no le aparecen las cosas que ve. Entonces, si él “va a la psicóloga para jugar” y además puede jugar a estos juegos, podríamos decir que nada de ello requiere de la presencia de un psicoterapeuta, bastaría con un acompañante terapéutico, un familiar, o quizás con un amigo para lograr el mismo efecto. En este sentido, debo enfatizar la importancia de que un niño puede plantear su sufrimiento cuando se percata de que hay otro, un psicoanalista en este caso, dispuesto a escucharlo. Nuestro trabajo puede establecer puentes, inaugurar el espacio de la transferencia, pero a la vez, cuando es incorrecto, se generan barreras producto de la violencia secundaria mencionada anteriormente.

Le pregunto acerca del contenido de lo que dice la voz, me responde que cuando le habla, escucha “te voy a matar, voy a ir a tu casa de noche”. Indago acerca del momento de inicio de este proceso (alucinatorio auditivo) y responde que hace mucho tiempo empezaron las voces, aún antes de todas las cosas que ve.

F: “... Si me pongo nervioso y me aparecen las luces tengo miedo de pegar...”

“... Cuando era chiquitito me tapaba todo, y no podía dormir nunca, hasta que me dieron la pastillita...”

Nuevamente recibimos una confirmación de que la patología que lo afecta es la causa de su profunda desorganización que se manifiesta en inquietud extrema, ideas de violencia, impulsos de violencia y violencia explícita, problemas en la atención y concentración, no sigue las instrucciones, no finaliza tareas, se distrae fácilmente así como hiperactividad e insomnio pertinaz. Para él DSM IV sólo se requieren [erróneamente] seis de estos ítems para definir la condición, es decir, para arribar al diagnóstico de Síndrome de déficit de atención con Hiperactividad. ¿Qué clase de criterio de diagnóstico es el imperante en tal clasificación donde

se pierde absolutamente de vista lo singular de una subjetividad? ¿No es esto acaso una manera de globalizar la violencia de los diagnósticos, propia de la cultura occidental?

Abre un nuevo encuentro diciendo: "... a la noche no me pasó nada malo, estaba durmiendo, pero había una sombrita y vi la cara del diablo. También estaban los demonios y el monstruo y me espiaban por el fondo del colchón y el diablo me quería correr. Estaba por dormir, y vi todo, mi mamá me acarició y me pegué un susto porque pensé que el diablo sacó la mano, la garra para arrancarme la cabeza...Veía la cara del diablo y la garra, el monstruo tiene tres caras: una cara tiene un ojo, otra, cuatro dientes y otra, que se está riendo, tiene ocho ojos..."

"... Soñé con una casa que era un hotel lleno de monstruos. Había ahorcados y los pasamos de costado. Apareció el verdugo que tenía un palo pero no tenía cabeza. Después estaba el gritón [scream] que traía un palo como los esqueletos, uno de los esqueletos nos amenazó con una sierra y a cada uno se la ponía en la cabeza..."

"... Cuando me intereso en algo, ni bolilla le doy a los monstruos y cuando puedo concentrarme no me aparecen las voces, pero cuando estoy por concentrarme, ahí aparecen, pero yo me esfuerzo y me esfuerzo y trato de concentrarme rápido, muy rápido para que no me puedan hablar las voces..."

Vale la pena reflexionar en los esfuerzos sostenidos y los trabajos titánicos que Franco realiza intentando dominar, o al menos atenuar, el avance de representaciones delirantes.

F: "... Me quedé jugando con la computadora hasta las cinco de la mañana porque no me podía dormir. Cuando dejaba de jugar me aparecía un monstruo de tres cabezas y oía voces..."

Le pregunto por qué le parece que recién ahora cuenta todo esto.

F: "... Me pude aguantar porque antes cuando empezó era más bajita la presión de la voz y además, como era más chiquito pensaba que eran cosas normales esas cosas. Después, nadie me daba bolilla a lo que yo decía. Y ahora, es imposible, porque la presión de la voz es terrible y además me dice que estoy loco. A veces juego en la computadora hasta que la cabeza me duela y me duela, así no me doy cuenta de lo que está pasando..."

En otra entrevista dibuja un cisne y me dice: "... tengo un cisne o un pato en la casa de mi abuelo. Mi abuelo tiene muchos animalitos y los usa para comer. Me da lástima cuando los matan delante de mí...". Le pregunto si no se asusta y me dice "... sí, me asusto un poco, pero la parte mejor y más rica es cuando te los comes...". Es terrible esa escena porque se identifica con el animal muerto, pero el desdoblamiento fantasmático que lo coloca en las dos partes de la escena, en el animal que matan y en el que se lo come, lo alivia. Me dice que va a hacer una piraña y una ballena, le digo que las ballenas son pacíficas, pero él agrega: "... las que tienen el cuernito, no son pacíficas...". Dibuja un lobo y comenta: "... este es el lobo que se comió a los tres chanchitos, el del cuento...". Le digo que su cuento es distinto al que yo conozco y al que aparece en todos los libros. Agrega: "... después viene el cazador, pasaron años, adelgazaron mucho y los chanchitos pudieron salir por los ojos y le bailaban en la boca..." "... también hay un tiburón, una ballena jorobada, que son ballenas que están en manadas y son muy agresivas, te pegan. Willy es una ballena asesina, pero son buenas, hundan barcos inofensivamente pero las jorobadas lo hacen a propósito, lo mismo el tiburón, no duermen para que los peces se extingan. Todos los demás duermen pero el tiburón no duerme nunca...", pienso en la identificación de él con el tiburón tanto en su insomnio como en sus raptos de violencia. Le pregunto si se asusta con esto y me dice que no, porque están en el agua, le pregunto si lo asusta el lobo y contesta: "... el lobo sé que es de un cuento y no me asusta, pero íbamos en un auto y vimos un zorro, el padre de mi amigo le disparó un tiro y el zorro salió corriendo. Si seguíamos de largo pegaba un salto y nos comía. Una vez fuimos de paseo a las cataratas y

nos metimos arriba de la corriente, como era muy chiquito no soportaba la corriente y me caí en una roca. Esto la verdad es que no sé si lo soñé o era de verdad”.

La próxima entrevista la inicia con el siguiente relato: “...con tres amigos yo soy el jefe del grupo y espiamos a las chicas de séptimo grado. Hay una que se llama J, es la jefa del grupo y la vice jefa es T. Nos pegan en la cabeza con piedras chiquitas, nosotros agarramos una viuda negra y se la tiramos a la jefa...”. Hace un dibujo de una viuda negra y le pregunto cómo sabe que es una viuda negra, porque además en este lugar donde vive no hay viudas negras. Entonces hace un dibujito en la cola de la araña que le permite distinguir la viuda negra de la que no es y agrega “...¿ves?, la diferencia de la cola, se diferencia de la araña de tapadera. La araña viuda negra mata a los esposos...”. Teóricamente, para pensar lo anterior, acudo a la conceptualización de Piera Aulagnier de la construcción en la paranoia de una escena originaria odiante. “... se casa con un esposo y lo mata. La hembra es la más poderosa y lo mata y por eso se llama Viuda Negra”. Le digo que él estaba contando que las chicas de séptimo le tiran piedras y le pregunto que si lo que me está tratando de decir es que las mujeres lo pueden matar. El responde: “... si me matan a mí y a mis amigos es por defender nuestra misión. Si me muero yo solo, los abandono en la guerra. La que se pega en los árboles (araña de tapadera) es re-chica”. Sigue dibujando arañas. “... tiene camuflaje y te salta. Con mis amigos les agarramos los sesos, el estómago, el cerebro y a los sapos también”, (como la escena de las aves que supuestamente se matan en la casa del abuelo). [Es importante aclarar que aún los investigadores que trabajan con especies muy pequeñas para poder observar el detalle de las estructuras es necesario emplear el microscopio óptico. En ese momento le interrogo acerca de cómo hace él para poder ver todo eso, contesta “... le metí una tijera y le salían los sesos, se los volvimos a poner y no se murió...”, le digo que eso debe ser lo que le da miedo que le pase a él, que lo destripen, continua “... le saqué herramientas a mi abuelo para hacer esas cosas, junto con P y J, yo soy el jefe. Si el animal está muerto se lo tiramos a las chicas”. “... una vez nos juntamos en mi

guarida y les dijimos que queríamos pasar y ellas rompieron el pacto. Dijimos que no nos tiren más piedras y nos pegaron en la panza y rompieron el pacto...” “... en la computadora estoy haciendo en un archivo una bomba de tiempo porque soy el que más sabe de computación, de e-mail, de fax y de Internet”, “... con la bomba las podemos asustar, también con un arma, pero preferiría una vacuna con ese líquido que paraliza, ya lo hice, pero lo único que me falta ahora es sacar del archivo...”. Le pregunto si entonces él sería el Viudo Negro que mata a las chicas y me responde: “... no es un veneno que te paraliza, dura media hora el efecto, el líquido que paraliza lo saco de la computadora. Si pongo una bomba arriesgo mi vida, entonces tenemos tiempo para escapar y llevar nuestro dinero. Tenemos mil pesos ahorrados y además yo llevo otros ahorros, llevo cuarenta pesos que me deben mi papá y diez pesos que me debe mi mamá y así tengo mil cincuenta pesos. Mi papá se niega a pagarme, pero no puedo robarle la plata y la próxima vez llamo a mi abogado que me va a defender y al abogado defensor de mi papá y cada uno hace su parte y el juez hace su parte y yo sé que le gano porque se niega a darme mis cuarenta pesos”.

En esta familia es la mamá quien se hace cargo de solventar la mayoría de los gastos que incluyen consultas a distintos profesionales y diversos tratamientos. Como toda teoría la teoría delirante primaria se organiza para volver inteligible aquello que es imposible de procesar de acuerdo a las lógicas del proceso secundario. El contenido delirante tiene su núcleo de verdad a partir del cual la situación analítica debe realizar un trabajo de escritura, una verdadera escritura nueva de la subjetividad, donde la misma encuentre al decir de Maud Mannoni un lugar para vivir. Trabajo de escritura radicalmente distinto al desciframiento característico de los procesos que corresponden al levantamiento de lo reprimido, lo que en nuestro medio Silvia Bleichmar conceptualiza como neogénesis.

El diagnóstico psicoanalítico de Franco fue enriquecido por dos interconsultas, llevadas a cabo con un neuro pediatra y un psiquiatra infantil. Después de las mismas, no se encontraron signos neurológicos indicado-

res de patología siendo el resultado del electroencefalograma de sueño el siguiente: Registro normal en vigilia y bajo sueño espontáneo no mostró signos paroxísticos ni focales y la hiperventilación y la foto estimulación no agregan signos. Con el psiquiatra infantil hubo un acuerdo en lo inherente a incorporar medicación basada en neurolépticos de última generación, por lo menos en los momentos iniciales del trabajo psicoanalítico que permitieran la productividad del mismo. En el área educativa se trabaja con los psicólogos del equipo Escuela Domiciliaria, para una gradual reincorporación de Franco a la escuela común, ya que su continuidad había sido interrumpida. Se recomienda, además de lo anteriormente expuesto, el trabajo sistemático con los padres. Si el profesional no puede establecer estas diferencias el diagnóstico erróneo conduce indefectiblemente a una psicoterapia estéril con el consiguiente agravamiento y pérdida de tiempo. Debemos agregar que el paciente puede plantear sus aspectos más graves y su sufrimiento extremo sólo si puede llegar a creer que el analista sea capaz de hacer algo por él.

Apuntar a la singularidad de cada paciente, realizar en los movimientos de la apertura un diagnóstico preciso y libre de globalizaciones clasificatorias que producen en distintos dominios del saber la industrialización de los rótulos, con el consiguiente aplastamiento de la subjetividad, considero que es la única forma de trabajo posible que pueda orientar la cura psicoanalítica que puede ser enriquecida en el momento preciso y sólo en el momento preciso, con una medicación pertinente y adecuada que tampoco en este caso se base en la moda impuesta por las multinacionales de los laboratorios, como en el caso de la Ritalin, cuya difusión, tanto en nuestro país como en Estados Unidos, ha alcanzado tal extensión que ha llevado a una investigadora norteamericana de la reconocida trayectoria de Aleta Solter a denominar un trabajo suyo: "Drogar a nuestros niños: una desgracia nacional".

Bibliografía:

- AULAGNIER, Piera (1970]: La Violencia de la Interpretación
Editorial Amorrortu, Buenos Aires
- AULAGNIER, Piera (1965]: El aprendiz de historiador y el Maestro Brujo
Editorial Amorrortu
- BLEICHMAR, Silvia (1980): Clínica Psicoanalítica y Neogénesis.
Editorial Amorrortu
- PUNTA DE RODULFO, Marisa (1990): El niño del dibujo:
Editorial Paidós
- PUNTA DE RODULFO, Marisa (1993): Déficit de Atención: ADD/ADHD
¿Implantación de un síndrome? Editorial Paidós
- PUNTA DE RODULFO, Marisa (1994): La generalización en el diagnóstico y
sus riesgos: el Caso del ADHD. Editorial Paidós
- RODULFO, Ricardo (1989): Dibujos fuera del papel.
Editorial Paidós.
- TUSTIN, Francis (1969): El cascarón protector en pacientes autistas.
Barreras autistas en pacientes neuróticos. London

16

**AUTISMO INFANTIL:
CONCEPTO Y CARACTERISTICAS GENERALES**

Wikipedia

Búsqueda en la WEB [2011]

El autismo es un trastorno del desarrollo, permanente y profundo. Afecta a 'la relación' con 'el otro humano', afecta la comunicación y la reciprocidad emocional. Los síntomas, en general, son la incapacidad de interacción familiar/social, el aislamiento y las estereotipias [es decir, los movimientos repetidos incontrolados de alguna extremidad, generalmente las manos].

El bebé autista puede pasar desapercibido hasta el cuarto mes de vida. A partir de ahí la evolución del lenguaje queda estancada, no hay reciprocidad con el interlocutor, no aparecen las primeras conductas de comunicación intencionadas. No mira a los ojos, no echa los brazos, no señala, no abraza, ni permite ser abrazado.

Su origen obedece a una anomalía en las conexiones neuronales que es de causa desconocida, a veces es atribuible [con muchas dudas] a mutaciones genéticas. El autismo no tiene cura, aunque se puede tratar, mejoran y aprenden a vivir con su forma extraña de ser.

Contenido

- 1 Incidencia
- 2 Historia
- 3 Características
 - 3.1 Criterio de diagnóstico
 - 3.2 Aspectos cognoscitivos
 - 3.3 Alto y bajo funcionamiento
 - 3.4 Otras características

- 4 Causas
 - 4.1 Bases neurobiológicas
 - 4.2 Causas estructurales
 - 4.3 Factores ambientales
 - 4.4 Causas conocidas

- 5 Teorías
- 6 Psicoanálisis y autismo
- 7 Tratamientos
- 8 Dietas especiales
- 9 Pronóstico
- 10 Aspectos políticos
- 11 Integración a escuelas regulares
- 12 Véase también
- 13 Referencias
- 14 Enlaces externos

Incidencia

Se estima que el autismo afecta a cuatro de cada 10.000 personas, dependiendo del criterio de diagnóstico usado. En Estados Unidos, por cada 150 niños uno de estos es diagnosticado con autismo. En el estado de Oregón se diagnostica que por cada 88 niños 1 sufre de autismo. Se cree que la incidencia está en aumento, pero no está claro si eso se debe a un aumento real de casos o simplemente a un mayor número de diagnósticos. El autismo afecta cuatro veces más a los hombres que a las mujeres, y se puede encontrar en todo el mundo, sin importar etnia o cultura. El autismo varía grandemente en severidad. Los casos más severos se caracterizan por una completa ausencia del habla de por vida y comportamientos extremadamente repetitivos, inusuales, auto dañinos y agresivos.

vos. Este comportamiento puede persistir durante mucho tiempo y es muy difícil de cambiar, siendo un reto enorme para aquéllos que deben convivir, tratar y educar a estas personas. Las formas más leves de autismo (típicamente autismo de alto rendimiento) pueden ser casi imperceptibles y suelen confundirse con timidez, falta de atención y excentricidad. Cabe notar que una persona autista puede ser de alto funcionamiento en ciertas áreas y de bajo funcionamiento en otras. Por ejemplo, existen personas autistas que carecen de habla pero pueden comunicarse por escrito muy elocuentemente.

Historia

La palabra *autismo*, del griego *auto* [de autos] 'propio' 'uno mismo', fue utilizada por primera vez por el psiquiatra suizo Eugene Bleuler en un tomo del *American Journal of Insanity* en 1912.

La clasificación médica del autismo no ocurrió hasta 1943, cuando el Dr. Leo Kanner, del Hospital John Hopkins, estudió a un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización *autismo infantil temprano*. Al mismo tiempo un científico austríaco, el Dr. Hans Asperger, utilizó coincidentemente el término *psicopatía autista* en niños que exhibían características similares. El trabajo del Dr. Asperger, sin embargo, no fue reconocido hasta 1981 (por medio de Lorna Wing), debido principalmente a que fue escrito en alemán.

Las interpretaciones del comportamiento de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó un comportamiento auto-estimulador y "extraños" movimientos en aquellos niños. Por su lado, Asperger notó, más bien, sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas y su apego a ciertos objetos, lo cual era muy diferente al autismo de alto rendimiento, ya que en el experimento de Asperger todos hablaban. Indicó que algunos de estos niños hablaban como "pequeños profesores" acer-

ca de su área de interés, y propuso la teoría de que para tener éxito en las ciencias y el arte uno debía tener cierto nivel de autismo.

Aunque tanto Hans Asperger como Leo Kanner posiblemente observaron la misma condición, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación del síndrome de Asperger (término utilizado por Lorna Wing en una publicación en 1981), lo que lo diferenciaba al *autismo de Kanner*.

Características

Criterio de diagnóstico

El DSM-IV (APA 1994) indica que para un diagnóstico de autismo es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación:

- A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).
 1. Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:
 - a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social.
 - b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas (por ejemplo, de conductas de señalar o mostrar objetos de interés).
 - d. Falta de reciprocidad social o emocional.
 2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica).
 - b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
 - c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
 - d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel de desarrollo.
3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:
- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
 - b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
 - c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
 - d. Preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas: (1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.
 - C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Aspectos cognitivos

Anteriormente se creía que el retraso mental se presentaba con frecuencia en individuos autistas. Uno de los problemas de esta determinación es que se basa en una medición del cociente intelectual (CI), la cual no es factible ni fiable en ciertas circunstancias. También se ha propuesto que

puede haber individuos sumamente autistas que sin embargo son muy inteligentes y por lo tanto, capaces de eludir un diagnóstico de autismo. Esto hace que sea imposible hacer una determinación exacta y generalizada acerca de las características cognitivas del fenotipo autista.

Sin embargo, se sabe que los niños superdotados tienen características que se asemejan a las del autismo, tales como la introversión y la propensión a las alergias^[cita requerida]. Se ha documentado también el hecho de que los niños autistas, en promedio, tienen una cantidad desproporcionada de familiares cercanos que son ingenieros o científicos.² Todo esto se suma a la especulación controvertida de que figuras históricas como Albert Einstein e Isaac Newton, al igual que figuras contemporáneas como Bill Gates, tengan posiblemente síndrome de Asperger. Observaciones de esta naturaleza han llevado a la escritora autista Temple Grandin, entre otros, a especular que ser genio en sí "puede ser una anomalía".³

Hay quienes proponen que el fenotipo autista es independiente de la inteligencia. Es decir, se pueden encontrar autistas con cualquier nivel de inteligencia. Aquellos con inteligencia por debajo de lo normal serían los que tienden a ser diagnosticados. Aquellos con inteligencia normal o superior serían los que ganan notoriedad, según este punto de vista.

Rimland (1978) encontró que el 10% de los autistas tienen "talentos extraordinarios" en campos específicos (comparado con un 0,5% de la población general). Brown y Pilvang (2000) han propuesto el concepto del "niño que esconde conocimiento" y han demostrado por medio de cambios en las pruebas de inteligencia que los niños autistas tienen un potencial que se esconde detrás de su comportamiento.⁴ Argumentan también que la falta de optimismo que promueve gran parte de la literatura científica sobre el tema puede empeorar la situación del individuo autista. Dawson (2005), una investigadora autista, ha realizado comparaciones cognitivas entre individuos autistas y no autistas; encontró que su rendimiento relativo en las pruebas de Wechsler y RPM son inversos.⁵ Un

estudio de la Universidad Estatal de Ohio encontró que los autistas tienen mejor rendimiento en pruebas de memoria falsa.⁶ Happe (2001) hizo pruebas a hermanos y padres de niños autistas y propuso que el autismo puede incluir un "estilo cognitivo" (coherencia central débil) que confiere ventajas en el procesamiento de información.⁷

En la actualidad los neuro psicólogos clínicos están llevando a cabo terapias cognitivas y evaluaciones e investigaciones sobre la implicación del lóbulo frontal en el autismo, planteando unas posibilidades terapéuticas muy interesantes. Por tanto, el tratamiento neuropsicológico se plantea como necesario, siempre y cuando se pueda obtener efectividad.

Alto y bajo rendimiento

Un criterio común para la distinción entre autismo de alto y de bajo funcionamiento es un cociente intelectual de más de 70-80 para aquellos que se dice que son de alto funcionamiento, y de menos de 70-80 para aquellos que se dice que son de bajo funcionamiento. Este criterio tiene varios problemas:

- Se cree que las pruebas de cociente intelectual son inadecuadas para medir la inteligencia de una persona autista, ya que están diseñadas para personas típicas. Es decir, estas pruebas asumen que existe interés, entendimiento, conocimientos lingüísticos, motivación, habilidad motriz, etc. Se conocen casos de personas autistas cuyo cociente intelectual cambia drásticamente dentro de un periodo relativamente corto, lo cual probablemente no indica un cambio real en el nivel de inteligencia.
- La percepción de "bajo funcionamiento" por lo general se refiere a carencia de habla, incapacidad para cuidarse de sí mismo, falta de interacción social, etc. Esto no siempre coincide con el criterio del cociente intelectual. Existen personas autistas que carecen de habla (aunque se pueden comunicar por escrito) con un co-

ciente intelectual alto. Por otro lado, autistas con un cociente intelectual bajo podrían poseer la capacidad del habla.

- Los autistas varían extremadamente en sus capacidades. Una misma persona puede mostrar características de "alto funcionamiento" y otras de "bajo funcionamiento." Por lo tanto estas etiquetas son uni-dimensionales y su descriptividad deficiente.
- Las personas autistas que son de "bajo funcionamiento" en algún área pueden desarrollarse y volverse de "alto funcionamiento" en esa misma área. Alguien diagnosticado autista puede volverse indistinguible de alguien diagnosticado con Síndrome de Asperger.

Otras características

Una característica que se reporta comúnmente, pero que no es necesaria para un diagnóstico, es la de déficits sensoriales o hipersensibilidad sensorial. Por ejemplo, a una persona autista puede molestarle un ruido que para una persona no autista pasa inadvertido. En muchos casos la molestia puede ser extrema, hasta el punto de llevar a comportamientos violentos. Por otro lado, un autista puede tener una gran tolerancia al dolor. Algunos aseguran que no se percatan del hambre o de otras necesidades biológicas.

En varios de los casos (no se conocen cifras exactas), puede haber un comportamiento auto-dañino, por ejemplo, el de golpearse la cabeza contra una pared. Otros comportamientos típicamente descritos son los de dar vueltas constantemente y aletear con las manos.

Otros desórdenes, incluyendo el síndrome de Tourette, impedimentos en el aprendizaje y el trastorno de déficit de atención, a menudo concurren con el autismo, sin causarlo. Debido a razones aún desconocidas, alrede-

dor del 20% al 30% de las personas con autismo también desarrollan epilepsia cuando llegan a la etapa adulta.

Algunos autistas consideran que el autismo les da ciertas ventajas. Éste es el caso del Premio Nobel de Economía Vernon Smith⁸, quien dice que el autismo es una "ventaja selectiva", ya que le proporciona la habilidad para híper concentrarse.

La creencia común de que los autistas no tienen sentimientos no tiene una base real. De hecho los autistas parecen ser bastante sensibles en muchos sentidos. La dificultad se presenta en la expresión de los sentimientos, que se interpreta como una falta de los mismos.

Los autistas suelen referirse a sus características obsesivas como "perseverancias", y en algunos casos las consideran ventajosas. Algunos autistas cambian sus "perseverancias" con regularidad y otros tienen una sola "perseverancia" principal de por vida.

Causas

Las causas del autismo se desconocen en una generalidad de los casos, pero muchos investigadores creen que es el resultado de algún factor ambiental que interactúa con una susceptibilidad genética.

Harris Coulter, director del Center for Empirical Medicine en Washington, D.C. e historiador, ha hecho una afirmación inicial, diciendo que gran parte del autismo lo causa la administración en la niñez temprana de la vacuna contra la tosferina de célula completa. En dos libros recientes [DPT: "A Shot in the Dark", de Harris Coulter y Barbara Fisher, publicado por Harcourt Brace Jovanovich en 1985, y "Vaccination, Social Violence, and Criminality", publicado en 1990 por North Atlantic Books] Coulter ha reunido importante y abrumadora evidencia circunstancial en contra de la vacuna anti-tosferínica y ha clamado por la realización de estudios para esclarecer su relación causal con el autismo inducido por encefalitis, el

daño cerebral y la muerte por apnea (paro respiratorio), conocido comúnmente como "muerte súbita del lactante" (en inglés, SIDS).

Su afirmación ha generado también una explicación a la mayor incidencia del autismo en los varones por su desarrollo más lento que las niñas, siendo por tanto sus cerebros más vulnerables a las edades en las que la inoculación DPT normalmente se lleva a cabo.

Bases neurobiológicas

La evidencia científica sugiere que en la mayoría de los casos el autismo es un desorden heredable. De hecho es uno de los desórdenes neurológicos con mayor influencia genética que existen. Es tan heredable como la personalidad o el cociente intelectual.

Los estudios en gemelos idénticos han encontrado que si uno de los gemelos es autista, la probabilidad de que el otro también lo sea es de un 60%, pero de alrededor de 92% si se considera un espectro más amplio. Incluso hay un estudio que encontró una concordancia de 95,7% en gemelos idénticos. La probabilidad en el caso de mellizos o hermanos que no son gemelos es de un 2% a 4% para el autismo clásico y de un 10% a 20% para un espectro amplio. No se han encontrado diferencias significativas entre los resultados de estudios de mellizos y los de hermanos.

En definitiva, está claro que el autismo es genético y se obtiene, por lo general, en parte del padre y en parte de la madre. Sin embargo no se ha demostrado que estas diferencias genéticas, aunque resultan en una neurología atípica y un comportamiento considerado anormal, sean de origen patológico.

Causas estructurales

Los estudios de personas autistas han encontrado diferencias en algunas regiones del cerebro, incluyendo el cerebelo, la amígdala, el hipocampo,

el septo y los cuerpos mamilares. En particular, la amígdala e hipocampo parecen estar densamente poblados de neuronas, las cuales son más pequeñas de lo normal y tienen fibras nerviosas subdesarrolladas. Estas últimas pueden interferir con las señales nerviosas. También se ha encontrado que el cerebro de un autista es más grande y pesado que el cerebro promedio. Estas diferencias sugieren que el autismo resulta de un desarrollo atípico del cerebro durante el desarrollo fetal. Sin embargo, cabe notar que muchos de estos estudios no se han duplicado y no explican una generalidad de los casos.

Otros estudios sugieren que las personas autistas tienen diferencias en la producción de serotonina y otros neurotransmisores en el cerebro. A pesar de que estos hallazgos requieren más estudios.

Factores ambientales

Contaminación por fábricas.

A pesar de que <los estudios de gemelos> indican que el autismo es sumamente heredable, parecen también indicar que el nivel de funcionamiento de las personas autistas puede ser afectado por algún factor ambiental, al menos en una porción de los casos. Una posibilidad es que muchas personas diagnosticadas con autismo en realidad padecen de una condición desconocida causada por factores ambientales que se parece al autismo (o sea, una *fenocopia*). De hecho, algunos investigadores han postulado que no existe el "autismo" en sí, sino una gran cantidad de condiciones desconocidas que se manifiestan de una manera similar.

De todas formas, se han propuesto varios factores ambientales que podrían afectar el desarrollo de una persona genéticamente predispuesta al autismo:

- Intoxicación por metales pesados

Se ha indicado que la intoxicación por mercurio, particularmente, presenta síntomas similares a los del autismo. La teoría de la relación entre el autismo y los metales pesados es apoyado por una minoría de los médicos.⁹ Algunos estudios indican que los niños con autismo pueden tener niveles anormales de metales pesados tóxicos como el mercurio.¹⁰¹¹ La exposición al mercurio puede causar trastornos similares a las observadas en el autismo.¹² Las personas con autismo tienen una baja capacidad para expulsar el mercurio de sus órganos.¹³ Niños autistas tienen un nivel de mercurio en los dientes de 2,1 veces mayor que la de grupo de control sano.¹⁴ El análisis de porfirinas en orina de personas con autismo parece mostrar signos de intoxicación por mercurio.¹⁵¹⁶ Es muy probable que exista una correlación entre la tasa de autismo en una población y la importancia de la contaminación por mercurio.¹⁷¹⁸ Un estudio australiano pone de manifiesto que existe una fuerte sospecha de que el mercurio provoque autismo, ya que sus síntomas son compatibles con los de envenenamiento por mercurio.¹⁹ Cuando los niños autistas son tratados con altas dosis de DMSA, agente quelante de metales pesados, excretan cinco veces más mercurio que los niños sanos.²⁰ La quelación podría proporcionar ayuda a las personas autistice.²¹

- El debate sobre las vacunas

Muchas personas asocian la aparición de la enfermedad a la vacuna Sarampión-Paperas-Rubéola, y al mercurio que contenía hasta el año 2001. Esta teoría fue invalidada por varios estudios, incluida la retractación de 10 de los 12 autores del estudio inicial que cuestionaba esta vacuna en el Reino Unido, sin embargo está respaldada por algunos especialistas sobre el autismo.²² A raíz de la controversia acerca de la vacuna en el Reino Unido, el número de niños vacunados ha disminuido significativamente sin que se constate una disminución paralela en el número de niños autistas diagnosticados. Algunos estudios americanos muestran un vínculo entre el thimerosal (un aditivo, cuya base es un metal pesado, que fue

incluido en las primeras generaciones de la vacuna) y los trastornos del espectro autista.^{23 12 24} Sin embargo, algunos todavía creen que los informes científicos niegan un vínculo entre el thimerosal y el autismo ya que han sido influenciados por las compañías farmacéuticas.^{25 26} El Tribunal Federal de Atlanta ha indemnizado a los padres de una niña con una enfermedad mitocondrial, que se convirtió en autista como resultado de las vacunas conteniendo mercurio que recibió.²⁷

- Factores obstétricos

Hay un buen número de estudios que muestran una correlación importante entre las complicaciones obstétricas y el autismo. Algunos investigadores opinan que esto podría ser indicativo de una predisposición genética nada más. Otra posibilidad es que las complicaciones obstétricas simplemente amplifiquen los síntomas del autismo.

- Estrés

Se sabe que las reacciones al estrés en las personas con autismo son más pronunciadas en ciertos casos. Sin embargo, factores psicogénicos como base de la etiología del autismo casi no se han estudiado desde los años 70, dado el nuevo enfoque hacia la investigación de causas genéticas.

- Ácido fólico

La suplementación con ácido fólico ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, particularmente por parte de mujeres embarazadas. Se ha postulado que este podría ser un factor, dado que el ácido fólico afecta la producción de células, incluidas las neuronas. Sin embargo, la comunidad científica todavía no ha tratado este tema.

- Crianza

Entre los años 50 y los 70 se creía que los hábitos de los padres eran corresponsables del autismo, en particular, debido a la falta de apego, cariño y atención por parte de madre-padre denominados 'madre-padre de refrigeradora'. Estas teorías han sido refutadas por investigadores de todo el mundo en las últimas décadas. El grupo de estudio para los trastornos del espectro autista del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad califica estas teorías como uno de los mayores errores en la historia de la neuropsiquiatría infantil.

Ciertas investigaciones relacionaron la privación institucional profunda en un orfanato con la aparición de un número desproporcionado de niños con algunos rasgos quasi-autistas (aunque sin las características fisiológicas). Se postula que este fenómeno es una *fenocopia* del autismo. A diferencia de los niños con autismo, la sintomatología de estos niños, con rasgos provocados por la privación extrema, remite cuando viven en un entorno normalizado. Una privación institucional extrema, por otro lado, puede agravar el grado de afectación de un niño autista y empeorar trágicamente su pronóstico.

Las investigaciones de Spitz y toda la teoría del Apego de John Bowlby, basadas en la potencia de salud mental que proporciona el apego al bebé, demuestran hasta qué punto puede beneficiar a los niños autistas un entorno de apego, amor y respeto.

Causas conocidas

En una minoría de los casos, desórdenes tales como el síndrome del X frágil, síndrome 22q13, síndrome de Rett, esclerosis tuberosa, fenilcetonuria no tratada, rubéola congénita o síndrome de Prader-Willi, causan comportamiento autista, y podrían diagnosticarse erróneamente como "autismo". Aunque personas con esquizofrenia pueden mostrar comportamiento similar al autismo, sus síntomas usualmente no aparecen hasta

tarde en la adolescencia o temprano en la etapa adulta. La mayoría de las personas con esquizofrenia también tienen alucinaciones y delirios, las cuales no se encuentran en el autismo.²⁸

A finales del decenio de los 90, en el laboratorio de la universidad de California en San Diego se investigó sobre la posible conexión entre autismo y neuronas espejo, una clase recién descubierta de neuronas espejo.

La probada participación de esas neuronas en facultades como la empatía y la percepción de las intenciones ajenas sustenta una hipótesis de que algunos síntomas del autismo obedezcan a una disfunción del sistema neuronal especular. Diversas investigaciones confirman la tesis.

Las neuronas espejo realizan las mismas funciones que parecen desarboladas en el autismo. Si el sistema especular interviene de veras en la interpretación de intenciones complejas, una rotura de esos circuitos explicaría el déficit más llamativo del autismo: la carencia de facultades sociales. Los demás signos distintivos de la enfermedad- ausencia de empatía, lenguaje e imitación deficiente, entre otros- coinciden con los que cabría esperar en caso de disfunción de las neuronas espejo.

Las personas afectadas de autismo muestran menoscabada la actividad de sus neuronas espejo en el giro frontal inferior, una parte de la corteza prefrontal del cerebro; quizás ello explique su incapacidad para captar las intenciones de los demás. Las disfunciones de las neuronas espejo en la ínsula y la corteza cingulada anterior podrían responsabilizarse de síntomas afines, como ausencia de empatía, los déficit en el giro angular darían origen a dificultades en el lenguaje. Los autistas presentan también alteraciones estructurales en el cerebelo y el tronco cerebral.

Teorías

Muchos modelos se han propuesto para explicar qué es o qué causa el comportamiento autista.

- El cerebro masculino extremo

Propuesta por Simon Baron-Cohen, la teoría del cerebro masculino extremo sostiene que existen diferencias entre los cerebros masculinos y femeninos. Los hombres son buenos para sistematizar, pero malos para empatizar. El cerebro de un autista sería, entonces, un caso de cerebro masculino llevado al extremo. Esto también explicaría la diferencia de incidencia de autismo que existe entre hombres y mujeres.

- Carencia de teoría de mente

Propuesta también por Simon Baron-Cohen, Esta teoría sostiene que las personas autistas son "mentalmente ciegas", es decir, que carecen de una *teoría de mente* (que no pueden descifrar el estado mental de otros). La presencia de *teoría de mente* se mide por medio de pruebas, siendo la más típica la *prueba de Sally-Ann*.

Baron-Cohen, Leslie y Frith establecieron la hipótesis de que las personas con autismo no tienen una teoría de la mente, esto es, la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas (sus pensamientos, creencias, deseos, intenciones) y de usar esta información para lo que dicen, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harían a continuación. Se realizó un experimento con niños "normales", con Síndrome de Down y con autismo.

Baron-Cohen, Leslie y Frith encontraron que el 80% de su muestra de niños con autismo contestaron incorrectamente. No fueron capaces de atribuir una falsa creencia a Sally (Sally cree que la canica está en el ces-

to, aunque el niño sabe que la canica está en la caja, pues vieron que Anne hizo ese cambio).

La teoría de la mente define la incapacidad que presentan las personas con autismo para tener en cuenta el estado mental de los otros. La respuesta errónea del niño con autismo se produce porque sólo se basa en lo que ha visto y no puede imaginar lo que el otro está pensando. Esta teoría explica la tríada de alteraciones sociales, de comunicación y de imaginación, pero no explica por qué un 20% de niños con autismo supera la tarea, ni tampoco puede explicar otros aspectos como son: repertorio restringido de intereses, deseo obsesivo de invarianza,... 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 (Baron-Cohen en Riviere y Martos, 1997). Hay que tener en cuenta que una característica de las personas con TEA es la dificultad que tienen de predecir los cambios que ocurren en el medio social; muchas veces tienen conductas extrañas debido a sus dificultades para leer la mente.

- Falta de coherencia central

Esta teoría, propuesta por Uta Frith, sugiere que los niños autistas son buenos para prestar atención a los detalles, pero no para integrar información de una serie de fuentes. Se cree que esta característica puede proveer ventajas en el procesamiento rápido de información, y tal vez se deba a deficiencias en la conectividad de diferentes partes del cerebro.

- Una construcción social

Esta es la teoría de que el autismo no es un desorden sino una construcción social, es decir, que su estatus de anormalidad está basado en convenciones sociales acerca de lo que constituye comportamiento normal y anormal. El autismo se define según comportamientos observados o "síntomas" y no basándose en accidentes sufridos, patógenos, o daños

fisiológicos específicos (al menos no en la generalidad de los casos caracterizados como "autismo").

Las diferencias neurológicas y de comportamiento del autismo podrían describirse entonces como la forma de ser de la persona.

Cabe notar que la dificultad en encontrar un modelo adecuado para el autismo, el hecho de que provee al individuo con ventajas en muchos casos, y la esperanza de vida normal de los autistas, respaldan estas ideas. Además, parece que la gran mayoría de los adultos autistas que pueden expresar ideas sostienen este punto de vista.²⁹

Psicoanálisis y autismo

Después de haber privilegiado un origen psíquico puro, el psicoanálisis hoy integró los datos de la neurofisiología y de la genética y, desde principios de 1970, Frances Tustin³⁰ afirmaba que podía tener allí una sensibilidad genética de los niños que se vuelven autistas. De hecho, Bruno Bettelheim,³¹ Margaret Mahler,³² Frances Tustin, Donald Meltzer,³³ sin dejar de interrogar el sentido que puede tomar el autismo en la relación pariente-niño, todos ellos dejaron abierta la cuestión del origen de los disturbios (confusiones). Esto impone un enfoque plurifactorial o la parte del psicogénesis es variable, aunque un acceso psíquico de los disturbios permanece esencial algunos sean las causas profundas.

El Grupo de Estudio para los trastornos del espectro autista del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad español), en su Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista, desaconseja la terapia psicodinámica como tratamiento de los TEA y destaca que el planteamiento psicoanalítico del autismo ha constituido uno de los mayores errores en la historia de la neuropsiquiatría infantil.

Tratamientos

No existe por ahora un tratamiento que cure el autismo. En la actualidad el tratamiento preferido está basado en el análisis conductual aplicado (Applied Behavior Analysis o ABA), puesto que estudios científicos e independientes han demostrado su utilidad para elevar el nivel de funcionamiento de los niños con comportamientos autistas. Se cree que un inicio temprano de la terapia y la intensidad del mismo mejora las probabilidades de aumentar el nivel de funcionamiento.

Existen una serie de tratamientos no probados que son populares entre los padres de niños autistas. Tal es el caso de tratamientos biológicos y terapias de diversos tipos; algunos padres consideraron que el tratamiento con quelantes ha mejorado significativamente sus niños autistas.³⁴ Al día de hoy sin embargo, sólo los tratamientos psicológicos conductuales presentan fuerte evidencia a su favor.

La educación como el vehículo para el tratamiento de las personas con autismo, es necesario crear programas educativos adaptados a las necesidades individuales de cada persona con autismo. Cabe destacar el trabajo que se está realizando con algunas personas con autismo en el campo de la Planificación centrada en la persona (PCP).

Autismo Europa en el año 2000, editó un documento con el nombre Descripción del autismo³⁵, donde señalaba que la edad adulta es el período más largo de la vida y el plan de tratamiento debe considerar el acceso a una variedad de recursos, que van desde la atención residencial y los hogares de grupo, hasta un apoyo personalizado en la comunidad; y alternativas ocupacionales, desde centros estructurados de día, empleo especial con apoyo, hasta la plena integración laboral. En España existen Centros como el Infanta Leonor de Alicante, que dirigido por Ignacio Leyda, ofrece estos servicios desde 2001.

El grupo de expertos del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad español) publicó en 2006 una Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista³⁶ que revisa la evidencia científica de los diferentes abordajes terapéuticos y farmacológicos.

Dietas especiales

Se descubrió empíricamente que un régimen sin gluten o caseína puede mejorar significativamente la calidad de vida de algunos pacientes. Los productos necesarios para el sistema son inaccesibles y caros. Se trata de un protocolo específico de atención para informar al médico de la intolerancia al gluten. Aunque los padres dijeron que habían observado mejoras significativas a través de este sistema, esta mejora todavía no está confirmado por la mayoría de los profesionales que intervienen en el apoyo a las personas con autismo. Sin embargo, algunos estudios sugieren que podría ser muy eficaz en algunos casos.^{37 38} Este enfoque es seguido en los países anglosajones donde los médicos se reunieron en la DAN [‘Defeat Autism Now’ o ‘Derrota al autismo ahora’] que organiza 2 conferencias al año.³⁹

Pronóstico

El pronóstico del autismo es aparentemente impredecible. Algunos niños se desarrollan a niveles en los cuales su autismo no es comúnmente perceptible, sin razón aparente. Otros desarrollan habilidades funcionales después de un tratamiento intenso con terapia ABA. Algunos padres reportan mejorías después de utilizar tratamientos biológicos (no probados). Por otro lado, muchos individuos autistas requieren ser cuidados de por vida y otros nunca desarrollan lenguaje oral. La terapia parece no tener efecto alguno en ciertos casos. Mientras que algunos autistas adultos parecen mejorar en su funcionamiento al pasar el tiempo, otros reportan que se vuelven "más autistas".

La ansiedad y la depresión se presentan con frecuencia en adolescentes y adultos autistas. Se sabe que la respuesta al estrés es más pronunciada en muchos autistas, lo cual podría ser una causa. Pero dados los déficits sociales de los autistas, también es posible que la ansiedad y depresión se deban a instancias de adversidad social.

Las diferencias cerebrales de un individuo realmente autista son tan pronunciadas que es improbable que se puedan eliminar por medio del uso de fármacos o terapia, por intensiva que sea. Aunque su comportamiento externo sea parecido al de las personas no autistas, internamente la persona autista seguirá siendo neurológicamente diferente a los demás .

En una minoría de casos la persona autista puede sacar ventaja de su condición y lograr éxito en su área de interés. Un ejemplo es el caso de la Dra. Temple Grandin, considerada autista desde una temprana edad, quien ahora es Profesora Asociada de la Universidad de Colorado, experta en equipo de manejo de ganado, y autora de varios libros acerca del autismo, incluyendo el popular "Thinking in Pictures" (*Pensando en Imágenes*).

Aspectos políticos

A partir de la popularización de Internet, muchos autistas, típicamente adultos, comenzaron a formar comunidades en línea y a expresar sus puntos de vista acerca del autismo. Fue así que se crearon las bases para un nuevo tipo de identidad política: El movimiento de los derechos del autista.

La posición que el movimiento de los derechos del autista considera fundamental es que el autismo no es una enfermedad o desorden en sí, sino una forma de ser; es decir, una neurología atípica que merece respeto. La comunidad autista ha inventado una serie de términos para contrastar con los términos en uso común por el público, por ejemplo,

"neurotípico" en lugar de "normal", "neurodiversidad" en lugar de enfermedad o desorden, y "neurodivergente" en lugar de "anormal".

El movimiento ha sido criticado fuertemente por algunos padres de niños autistas, principalmente Kit Weintraub y Lenny Schaffer, quienes han acusado a los activistas autistas de no ser autistas en realidad, entre otras cosas. Cabe notar que algunos padres de niños autistas sí apoyan al movimiento.

En términos generales, lo que busca el movimiento es lo siguiente:

- Protestar los esfuerzos que existen para curar, institucionalizar o drogar a personas autistas en contra de su voluntad.
- Prevenir la eliminación del genotipo autista por medio de abortos una vez que pruebas genéticas prenatales se hagan disponibles.
- Demandar tolerancia para la neurología atípica del autismo.
- Educar al público acerca de los estereotipos del autismo que consideran insultantes o simplemente incorrectos.
- Protestar la actitud común en el sentido de que las personas autistas son inferiores.
- Protestar la actitud de que ser autista es "malo".
- Que no solo se enfatizen los aspectos negativos del autismo.

Miembros del movimiento lo han comparado a la lucha de activistas homosexuales, quienes lograron en 1973 la remoción de la homosexualidad, que en ese tiempo se consideraba una enfermedad mental, del DSM.

Los activistas más renombrados del movimiento son:

- Jim Sinclair, autor del controvertido y muy citado ensayo *Don't Mourn for Us*⁴⁰ (*No Sufran por Nosotros*) donde argumenta que el autismo no es una tragedia para el autista sino que simple-

mente lo perciben así los familiares del autista. Jim Sinclair también fundó Autism Network International.

- Michelle Dawson, activista autista e investigadora del autismo. Michelle Dawson ha criticado la terapia ABA por medio de una campaña de cartas enviadas al parlamento de Canadá.
- Jasmine O'Neill, una autista que carece de habla, pero aun así ha argumentado en favor de un punto de vista pro-neurodiversidad en un ensayo titulado *A Place for All*⁴¹ (*Un Lugar Para Todos*). Jasmine O'Neill también es la autora de un libro muy popular en la comunidad autista titulado *Through the Eyes of Aliens* (*A Través de los Ojos de Alienígenas*).
- Amanda Baggs, otra activista autista que prácticamente carece de habla. Amanda Baggs es una de las responsables principales del sitio web autistics.org donde ha publicado varios artículos sobre el tema. Fue institucionalizada en la adolescencia y ha tenido muchos de los síntomas del autismo considerados severos.

Integración a escuelas regulares

Los niños con autismo se pueden integrar a escuelas regulares, siempre y cuando cuenten con los apoyos que requieren para aprender y desarrollarse en la escuela. Cada niño es único con sus fortalezas, gustos y retos. Es decir que tampoco los niños con autismo son iguales entre sí, por lo que en la escuela se debe formar un equipo de trabajo junto con la familia y si es necesario especialistas externos. Este equipo se encarga de definir los objetivos para el alumno, así como la forma en que van a trabajar con él. Es muy importante tomar en cuenta las fortalezas del niño al diseñar su programa.

Véase también

- Espectro autista
- Síndrome de Asperger
- Cociente de Espectro Autista

- Comunicador para Autistas
- Jim Simons (filántropo)
- Perro de asistencia
- Síndrome de Prader-Willi

Referencias

1. Cf. Thomas R. Insel, «Circuitos defectuosos», Investigación y Ciencia, 405, junio de 2010, pág. 24.
2. http://www.autismresearchcentre.com/docs/papers/2001_Wheelwright_BC.pdf
3. Online Paradigm
4. http://www.fc2000.dk/Artikler/Intelligence_and_Cognition.pdf
5. [1]
6. Sometimes, Autistic People Have the Memory Advantage
7. Exploring the cognitive phenotype of autism: weak ...[J Child Psychol Psychiatry. 2001] - PubMed Result
8. <http://msnbc.msn.com/id/7030731/>
9. Prof. James B. Adams, Ph.D. The Autism-Mercury Connection
10. Journal of Toxicology and Environmental Health, Part A, 70: 1723–1730, 2007 A Prospective Study of Mercury Toxicity Biomarkers in Autistic Spectrum Disorders
11. Journal of the Neurological Sciences, 2008 Biomarkers of environmental toxicity and susceptibility in autism
12. Institute of Chronic Illnesses, Inc., Silver Spring, Maryland, USA, Journal of Toxicology and Environmental Health, A case series of children with apparent mercury toxic encephalopathies manifesting with clinical symptoms of regressive autistic disorders
13. Institute of Chronic Illnesses, Inc., Silver Spring, Maryland, USA, A Prospective Study of Transsulfuration Biomarkers in Autistic Disorders
14. Toxicol Environ Health A. 2007 Jun Mercury, lead, and zinc in baby teeth of children with autism versus controls

15. Science Direct, Porphyria in childhood autistic disorder: implications for environmental toxicity".
16. Journal of Toxicology and Environmental Health, Swinburne University of Technology, Melbourne, Australia, 2008 An investigation of porphyria in Australian children with autism
17. Grandjean P, Landrigan PJ, Developmental neurotoxicity of industrial chemicals
18. Medical News Today, 25 abril 2008 Study links autism risk To distance from power plants, other mercury releasing Sources
19. International Journal of Risk & Safety in Medicine 2008 An epidemiological analysis of the 'autism as mercury poisoning' hypothesis
20. Journal of American Physicians and Surgeons, "A Case-Control Study of Mercury Burden in Children with Autistic Spectrum Disorders".
21. Curtis LT, Patel K., *Nutritional and environmental approaches to preventing and treating autism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a review.*
22. International Journal of Risk & Safety in Medicine 2008 The autism increase: research needed on the vaccine connection
23. J. Neurol Sci, 2008;271:110-8, Young HA, Geier DA, Geier MR, *Thimerosal exposure in infants and neurodevelopmental disorders: An assessment of computerized medical records in the Vaccine Safety Datalink*
24. The Institute of Chronic Illnesses, Silver Spring, MD, USA A prospective study of thimerosal-containing Rho(D)-immune globulin administration as a risk factor for autistic disorders
25. Robert F. Kennedy Jr. Investigates the Government Cover-up of a Mercury/Autism Scandal
26. Conflicts of Interest in Vaccine Policy Making Majority Staff Report Committee on Government Reform U.S. House of Representatives
27. Time Health & Science Case Study: Autism and Vaccines

28. Vilayanur. S Ramachandran y Lindsay M. Oberman."Neuronas Espejo" en *Revista investigación y ciencia*.nº364, enero de 2007.
29. Vilayanur. S Ramachandran y Lindsay M. Oberman."Neuronas Espejo" en *Revista investigación y ciencia*.nº364, enero de 2007
30. Frances Tustin. *Autismo Y Psicosis Infantiles*, Editorial: Espana Ediciones Paidos Iberica, 1981, ISBN 84-7509-112-1
31. Bruno Bettelheim: *La Fortaleza vacia/ The Empty Fortress: Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Publisher: Ediciones Paidos Iberica, 2001, ISBN 84-493-1064-4
32. Margaret Mahler:*Estudios psicosis infantiles y otros trabajos*, Editorial: PAIDOS, 1990, ISBN 950-12-4095-9
33. Donald Meltzer: *Exploración del autismo*, 1984, Paidós Edition, ISBN 978-950-12-3079-6
34. (en inglés) [2]
35. Descripción del autismo.
36. Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista
37. Centre for Paediatric Gastroenterology, Royal Free and University College Medical School, London, United Kingdom,J Clin Immunol. *Spontaneous mucosal lymphocyte cytokine profiles in children with autism and gastrointestinal symptoms: mucosal immune activation and reduced counter regulatory interleukin-10"*
38. ScienceDirect
[\http://www.autismcanada.org/pdfs/MacFabe%20etal07.pdf
Neurobiological effects of intraventricular propionic acid in rats: Possible role of short chain fatty acids on the pathogenesis and characteristics of autism spectrum disorders"]
39. Defeat Autism Now
40. Ensayo «*Don't Mourn for Us*», de Jim Sinclair
41. Ensayo «*A Place for All*», de Jasmine O'Neill.

Enlaces externos

- Wikimedia Commons alberga contenido multimedia sobre Autismo.
- En MedlinePlus puede encontrar más información sobre Autismo
- AutismoABA:Portal sobre el Análisis de Conducta Aplicado (ABA) para el autismo y la evidencia científica existente
- Artículos relevantes sobre Autismo, Síndrome de Asperger y PDD
- Guía Bilingüe de Recursos sobre Autismo en Español
- CDC's "Aprenda los signos. Reaccione pronto." campaña Información por los padres sobre el desarrollo infantil y las discapacidades en el desarrollo como autismo
- NINDS: Artículo inicialmente tomado del NINDS. Toda la información preparada por el NINDS es de dominio público y se puede reproducir libremente.
- Declaración de la ONU del día 2 de abril como "Día Mundial de Concienciación sobre el Autismo" (en inglés).

17

AUTISMO INFANTIL

Qué es y sus Causas

Búsqueda en la WEB [2011]

El autismo infantil es un trastorno en el desarrollo de las funciones cerebrales del niño, que afecta a sus posibilidades de comunicación emocional con otras personas y a la organización de la conducta en su vida diaria.

El autismo puede manifestarse desde el primer año de vida y afecta a una proporción de niños del 0,5 al 2 ó 3 por mil según diferentes estudios, con una incidencia mayor hacia niños que hacia niñas. Los niños autistas tienen dificultades en las habilidades empáticas, son incapaces de percibir los estados emocionales de los demás y tienden a actuar de forma mecánica repitiendo rígidamente esquemas aprendidos.

Aunque las causas del autismo son aún desconocidas, se barajan diversas teorías:

- El autismo infantil puede ser consecuencia de las relaciones del niño autista y su entorno y medio social.
- El autismo infantil puede ser producto de deficiencias y anomalías cognitivas, ya que parece tener una base neurológica, aún no demostrada.
- El autismo infantil puede surgir a partir de determinados procesos bioquímicos básicos, por ejemplo, un exceso de secreción de Serotonina encontrado en las plaquetas de los niños autistas.

Autismo infantil: los Síntomas

Los síntomas del autismo infantil son claros: el niño autista tiene una mirada que no mira, pero que traspasa. De bebé suele presentar un balbuceo monótono y tardío del sonido, falta de contacto con su entorno y

ausencia de lenguaje gestual. En la etapa preescolar, el niño autista se muestra extraño y no habla. Además, le cuesta asumir el yo e identificar a los demás, no muestra contacto y puede presentar conductas agresivas incluso a sí mismo.

Esta descripción puede verse acompañada de otros síntomas que pueden indicar la presencia de autismo:

- Al niño autista le cuesta reconocer la existencia y los sentimientos de los demás.
- El niño autista no busca consuelo en momentos de aflicción.
- El niño autista es incapaz de imitar o establecer actividades imaginativas, como jugar a ser adulto.
- El niño autista rechaza el juego social.
- El niño autista carece de vías de comunicación adecuadas.
- El niño autista presenta una marcada anormalidad en la comunicación no verbal, anomalías en la emisión del lenguaje con afectación y en la forma y contenido del lenguaje.
- El niño autista realiza movimientos corporales estereotipados.
- El niño autista muestra una preocupación persistente por parte de objetos.
- El niño autista presenta una intensa aflicción por cambios en aspectos insignificantes del entorno.
- El niño autista insiste irrazonablemente en seguir rutinas con todos sus detalles.
- El niño autista tiene una limitación marcada de intereses, concentrándolos en un interés particular.

Traducción: Rómulo Lander

18

EL CURIOSO INCIDENTE DEL PERRO A MEDIANOCHE

Mark Haddon

Editorial Salamandra [España] 268 páginas, 2003

Esta es una novela extraña que no se parece a ninguna otra que haya leído. Esta novela ha tenido un éxito editorial sin precedentes [la edición que tengo es la número veinte] y ha sido traducida a treinta y cinco idiomas. Elogiada con entusiasmo por muchos novelistas actuales de mucho prestigio. También ha recibido premios en Inglaterra y otros sitios.

El autor Mark Haddon es un inglés de 45 años, poeta y profesor de escritura creativa en Oxford. Haddon ha trabajado en escuelas con niños con dificultades autísticas y otras dificultades psicóticas de la personalidad. Incluso ha escrito cuentos para niños.

En la novela, el muy joven adolescente, quien es el protagonista, Christopher Boone, conoce todas las capitales de los países del mundo, puede explicar la teoría de la relatividad con facilidad y puede recitar los números primos hasta el 7507. Pero a Christopher le cuesta muchísimo relacionarse con los seres humanos. Le gustan las listas, los esquemas gráficos y la verdad de las cosas. Odia el amarillo, el marrón y el contacto físico.

Si bien nunca ha ido más allá de la tienda de la esquina, la noche en la cual el perro de una vecina, aparece muerto, atravesado por un rastrillo del jardín, Christopher decide iniciar una investigación y descubrir quién es el culpable de esa muerte. Imitando a su héroe de lecturas previas, el detective Sherlock Holmes, sus pesquisas lo llevarán a cuestionar el sentido común de los adultos que lo rodean, y a develar algunos secretos familiares que pondrán patas arriba su ordenado y seguro mundo.

Desde un punto de vista de diagnóstico, el caso de Christopher se convierte en un difícil enigma. Inicialmente fue visto como un caso que pertenece al 'síndrome Autista'. La primera hipótesis diagnóstica nos lleva a pensar en un 'autista de alto rendimiento' [alguien muy inteligente].

Christopher <no presenta> un pensamiento delirante, ni muestra trastornos alucinatorios reportados en la narración. Esto hace pensar que 'no padece de un trastorno psicótico' de su personalidad, ni de una 'patología esquizofrénica'. Eso ya lo hemos aprendido de la lectura de los textos que preceden este capítulo. Sin embargo una discusión más detallada de lo que podríamos llamar 'sus síntomas' y sus 'mecanismos mentales', nos hace pensar que el diagnóstico no es tan fácil.

Ciertas consideraciones permiten introducir la idea de que se podría tratar de una forma particular de presentarse un 'trastorno psicótico Infantil' [no-autista] en el cual <no es necesario>, mostrar o padecer de 'un pensamiento delirante', 'ni de 'trastornos en la senso-percepción'. En la narración se aprecia que en el curso de su pensamiento, Christopher no utiliza <el Shifter> ⁵. Es decir: no desliza el significante. Esta incapacidad para deslizar el significante es algo típico de 'la estructura psicótica'.

Esto se puede confundir con un pensamiento rígido obsesivo, pero no lo es. Christopher muestra este tipo de pensamiento que con frecuencia luce obsesivo. Yo propongo que no es verdaderamente obsesivo, sino que es la ausencia del 'shifter'. Lo cual abre la posibilidad a una estructura mental de tipo psicótica. El juicio de realidad está limitado por la dificultad que tiene Christopher de entender el mundo que lo rodea. Sus ideales [presentado como un yo-ideal narcisista] no son compartidos y no comprende los ideales de los demás. Presenta fobias extremas, como

⁵ El concepto del Shifter se encuentra explicado en el capítulo 6 y 7 del presente volumen.

la fobia al contacto físico, la claustrofobia, la fobia a ciertos colores, la fobia al cepillo de dientes y otras más que aparecen en la narración.

El libro vale la pena leerlo y luego entrar en la discusión de la dinámica psíquica de Christopher. Christopher nunca fue medicado, menos mal. La delgada línea que separa 'un trastorno psicótico' de la personalidad [en la infancia] de 'un trastorno de orden Autista' [síndrome autístico] es muy delgada y --hay que admitirlo-- a veces es irrelevante. En ambos casos, el niño tiene que aprender a vivir con su extraña forma de relacionarse con el mundo. En ambos casos, no es recomendable, ni es de beneficio para el niño, medicarlo. Es preferible trabajar en psicoterapia con el niño y con toda la familia, con el propósito de ayudarlos a comprender y a aceptar, su extraña forma de ser. Mi deseo es que lean el libro de Mark Haddon, disfrútenlo y aprendan de él.