



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

NIÑOS CON SÍNTOMAS DE PSICOSIS TEMPRANA

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de

Maestra en Psicología Clínica

Presenta:

Ma. Guadalupe Ruiz García

Dirigido por:

Dra. Raquel Ribeiro Toral

SINODALES

Dra. Raquel Ribeiro Toral

Presidente

Dra. Rosa Imelda De la Mora Espinosa

Secretario

Mtra. Elvia Izel Landaverde Romero

Vocal

Mtra. Araceli Gómez García

Suplente

Dra. Maria del Carmen Rojas Hernández

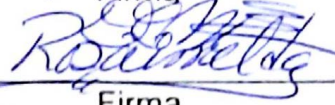
Suplente

Dr. Luis Enrique Puente Garnica

Nombre y firma

Director de la Facultad


Firma


Firma


Firma


Firma


Firma

Dra. Ma. Guadalupe F. Loarca Piña

Nombre y firma

Director de Investigación

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Septiembre, 2015
México

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

Existen casos de niños con síntomas similares a los de una psicosis, es decir, niños que presentan síntomas tales como anomalías en el lenguaje, falta de contacto con el medio, movimientos estereotipados, rituales, etc. Por ello, se habla de una *psicosis temprana* y distintas áreas de la salud mental como la psiquiatría, la neuropsicología y el propio psicoanálisis, se han encargado del estudio y tratamiento de estos niños. Sin embargo, este último, el psicoanálisis, es la única disciplina que habla de la existencia de un aparato psíquico y marca la pauta para entonces poder colocar y entender al niño como un sujeto con vida psíquica y, así dejar de lado aquellas propuestas donde solamente se habla de conductas y explicaciones orgánicas. Pues, tanto para la psiquiatría como para la neuropsicología el cuerpo, antes que el psiquismo de un individuo, es de mayor importancia y donde se enfoca el tratamiento. La singularidad del estudio radica en que se conjuntó la revisión bibliográfica de las aportaciones teóricas psicoanalíticas con la muestra de casos clínicos atendidos desde este enfoque, lo cual posibilitó conocer las intervenciones desde la clínica psicoanalítica. Además de abrir la posibilidad de configurar otras formas de tratamiento para atender a los niños que llegan a los consultorios.

(Palabras clave: psicoanálisis, psicosis temprana, síntoma, neuropsicología, psiquiatría.)

SUMMARY

There exist cases of children with symptoms similar to a psychosis, for example children who present symptoms such as anomalies in their language, the lack of physical contact, stereotypical movements, rituals etc. Because of these symptoms one can begin to discuss of an early psychosis or a child psychosis and different areas of mental health like in psychiatry, neuropsychology, and even psychoanalysis, have made it their job to be in charge of the study and treatment of these kids. Regardless, this last topic which is psychoanalysis, is the last discipline which talks of the existence of a psychic device and it marks a significant stop to be able to place and understand a child as a subject with a psychic life, by doing this, leaving behind those proposals where they only speak of conducts and organic explanations. It is as much important for psychiatry as it is for neuropsychology the body, but before the psyche of an individual, we make a major focus on the treatment of such. The uniqueness of the study lies on the unification of the bibliographical revision of the psychoanalytical theoretical contributions with the examples of the clinical cases seen from this perspective which have made it possible to identify the interventions from a psychoanalytical point of view. Also it has made it possible to configure other forms of treatment to give the children with these symptoms who show to these doctor's offices.

.

(Key words: Psychoanalysis, early psychosis, symptom, neuropsychology, psychiatry,)

Al pequeño Alex

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de Tesis realizado en la Universidad Autónoma de Querétaro es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron distintas personas opinando, corrigiendo, guiando y escuchando todas mis dudas sobre lo que implica escribir una tesis. La elaboración del presente me ha permitido estar cerca de personas con una amplia trayectoria y experiencia, personas a las cuales deseo agradecer en este apartado.

En primer lugar, a mi director de tesis, Dra. Raquel Ribeiro Toral gracias por su valiosa dirección, paciencia y apoyo, por acompañarme todo este tiempo tanto en los momentos de crisis como en los momentos de avance.

Dra. Rosa Imelda De la Mora, Mtra. Araceli Gómez, Mtra. Elvia Izel Landaverde, un especial agradecimiento por el tiempo dedicado a la lectura de la presente tesis, por sus comentarios y opiniones. Dra. Carmen Rojas por sus consejos y atenciones, gracias por encaminarme y mostrarme este escenario del psicoanálisis. Dra. Susana Rodríguez por sus palabras y por esos seminarios que fortalecieron mi interés por la teoría psicoanalítica.

Mis agradecimientos a la Lic. Silvia Elena Escobedo por permitir que continuara con mis estudios de Posgrado y brindarme así la oportunidad de seguir creciendo académicamente.

A mis compañeros y amigos, Karely Cárdenas, Irving Martínez, Mayra A. Muro, Gabriela Arenas por el tiempo de trabajo compartido y por aquellas conversaciones analíticas de las que tanto he sacado provecho. Victoria Castillo por motivarme a seguir y por valorar mi trabajo.

Un especial agradecimiento a CAOPI Centro de Atención y Orientación en Psicología Infantil por permitirme estar en contacto con todos estos niños que fueron el punto de partida de este trabajo de investigación.

No puedo olvidar en mis agradecimientos a Rodolfo Mercado, ahora mi esposo, por sus palabras, por su acompañamiento, por su apoyo incondicional, por impulsarme a seguir aún en los momentos más difíciles de todo este proyecto. Gracias por estar presente todo este tiempo.

A mis padres, por motivarme a continuar con mis estudios, por su cariño, por esos vasos de agua y palabras tranquilizadoras en aquellos momentos de crisis. Por que finalmente me extienden su mano y brindan su apoyo incondicional.

A todos ustedes mi mayor respeto y reconocimiento, gracias.

INDICE

RESUMEN.....	I
SUMMARY	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS	IV
INDICE	VI
INDICE DE CUADROS	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.	8
PSICOSIS TEMPRANA: ¿UN PROBLEMA PURAMENTE MÉDICO?	9
1. 1 PSICOSIS TEMPRANA DESDE LA PSIQUIATRÍA.....	9
1.1.1 Antecedentes	9
1.1.2 Criterios de clasificación.....	12
1.1.3 Diagnóstico y Tratamiento.....	15
1.1.4 Resumen	20
1.2 PSICOSIS TEMPRANA DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA	21
1.2.1 Antecedentes	21
1.2.2 Criterios de clasificación.....	26
1.2.3 El autismo	28
1.2.4 Diagnóstico y tratamiento.....	34
1.2.5 Resumen	37
1.3 CONCLUSIONES	38
CAPITULO II.	40
PSICOSIS TEMPRANA. ¿QUÉ DICE EL PSICOANÁLISIS?	41
2. 1 APORTACIONES DE SIGMUND FREUD.....	42
2.1.1 Constitución psíquica del niño.....	42
2.1.2 Algunas conclusiones teóricas sobre la psicosis según Freud.	57

2.2 APORTACIONES DE MELANIE KLEIN.....	61
2.2.1 Etapas tempranas de la vida psíquica del niño	62
2.2.1 Sobre la psicosis temprana: un caso clínico de Klein.	71
2.3. APORTACIONES DE JACQUES LACAN.....	77
2.3.1. La metáfora paterna en la vida psíquica del niño.	77
2.3.2. Un caso clínico presentado por Françoise Dolto.	83
2.4. LUGAR DE LOS PADRES EN LA CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL NIÑO.....	88
2.4.1. Los padres de niños con síntomas de psicosis temprana.....	89
CAPITULO III.	93
UN CASO ILUSTRATIVO DE UNA POSIBLE PSICOSIS TEMPRANA.....	94
3.1 LA FUNCIÓN DEL CASO CLÍNICO	95
3.2 VIÑETA CLÍNICA.....	99
3.3 ¿QUÉ ES EL SÍNTOMA PARA EL PSICOANÁLISIS?	113
3.4 ÁLEX E IVÁN: UNA MIRADA MÉDICA Y PSICOANALÍTICA	118
3.4.1 ¿Qué dicen los médicos?.....	118
3.4.2 ¿Qué dice el psicoanálisis?.....	120
3.5 LOS PADRES	126
CONCLUSIONES.....	129
REFERENCIAS.....	133

INDICE DE CUADROS

Cuadro

1	Disposición de la psicosis temprana en manual DSM-IV TR.....	14
2	Disposición de la psicosis temprana en el manual CIE-10.....	15
3	Criterios diagnósticos para el autismo según DSM-IV-TR.....	16
4	Criterios diagnósticos para el autismo según CIE-10	16
5	Criterios diagnósticos para psicosis temprana según neuropsicólogos....	32
6	Pruebas diagnósticas para psicosis temprana según neuropsicólogos...	33
7	Diagnóstico médico de Álex.....	113
8	Diagnóstico médico de Iván.....	116

Todos los mayores han sido primero niños (aunque pocos lo recuerdan).

Antoine De Saint-Exupéry

INTRODUCCIÓN

Hacer una tesis implica presentar la reflexión que uno produjo durante el tiempo que duraron los estudios de la maestría. En ese sentido, una tesis es el resultado de la articulación entre las realidades vividas, las teorías estudiadas y las prácticas clínicas realizadas. El presente documento pretende ser un testimonio de esa articulación, con la intención de dejar por escrito un modo de abordar el tema de los niños con síntomas de psicosis temprana.

Me formé como licenciada en psicología por la UASLP, donde estudié teorías en relación a las neurociencias, la gestalt, lo cognitivo-conductual y en cierto momento algunas lecturas sobre el psicoanálisis. Hice mis prácticas en diferentes escuelas, principalmente con niños de nivel preescolar y primaria. Así como en un Centro de Atención para niños con diversos trastornos vistos y tratados desde la neuropsicología. Al egresar, desde el año 2009, comencé a trabajar en una institución donde recibían niños con problemas psicológicos. Comencé a ver que llegaban niños con síntomas como estos: atraso escolar, mirada perdida, rituales o juegos repetitivos, dificultades en su lenguaje, discursos sin sentido, pero sobre todo una gran dificultad para socializar, para convivir con el otro. A eso le llamé niños con síntomas de psicosis temprana, lo cual no quiere decir que sean psicóticos, sino que tienen esos síntomas quizá como parte de la complejización de su vida psíquica. Esto sería muy diferente de la psicosis temprana, entendida por Lacan, en su seminario 3 como una falla en la estructura psíquica por falta de un significante primordial que quedó forcluido. Noté que esos niños eran atendidos por algunos de mis colegas psicólogos desde una perspectiva médica. Veían a esos niños como cuerpos enfermos y no tomaban en cuenta que esos cuerpos albergan un sujeto psíquico, como el que nos enseñó a escuchar y a ver Sigmund Freud.

Para seguir pensando en ese problema que había localizado, decidí estudiar la maestría en psicología clínica de la UAQ porque siempre mantuve cierto interés por esa perspectiva psicoanalítica, distinta a la médica.

Comencé a interrogarme ¿Por qué intervenían desde ese terreno médico si eran psicólogos? Una razón es por el contexto en el que vivimos, en donde se expande cada vez más el paradigma médico en los distintos espacios sociales: las familias se automedican, las maestras solicitan medicación para sus alumnos, los hospitales de lujo se multiplican, el consumo de fármaco es incontenible, sus anuncios publicitarios también, las farmacéuticas cada vez son más ricas. El paradigma médico se impone también en el modo de pensar las intervenciones clínicas, impactando en los mapas curriculares de carreras como la de psicología.

A efectos de realizar la investigación sobre este asunto, decidí estudiarlo por partes. En el capítulo I indago qué dice la psiquiatría sobre los padecimientos psíquicos que sufren los niños. Para ello consulté dos manuales en los que se han estandarizado, me refiero al DSM-IV-R y al CIE-10. Esos manuales no hablan de psicosis temprana ni de niños con síntomas de psicosis temprana, hablan sí de Trastornos Generalizados del Desarrollo, entre ellos el Autismo y el Trastorno de Asperger.

En ese mismo capítulo indago qué dice la neuropsicología sobre los padecimientos psíquicos que sufren los niños. Esta disciplina no ha estandarizado sus resultados en manuales, como la psiquiatría, es por eso que recopilé la información de diversas fuentes, tales como trabajos de investigación, programas institucionales y cierta bibliografía del ámbito médico. Intenté plasmar de forma concreta esta información en los cuadros del 1 al 6. Lo que encontré fue que esas miradas médicas veían al niño como un organismo enfermo, con el cual no hablaban, sólo medicaban e indicaban terapias.

Me preguntaba entonces ¿es este el único modo de atender a un niño que llega con síntomas de psicosis temprana? ¿No serán esos síntomas una señal de que se ha detenido el desarrollo físico e intelectual del niño y se ha detenido también su constitución psíquica? ¿Cómo intervenir para que esa constitución se siga desplegando? Eso me llevó a leer las ideas al respecto planteadas por Freud, Klein,

Lacan y otros autores del psicoanálisis. Traté de llegar a las opiniones de psicoanalistas contemporáneos, pero el tiempo dedicado a leer y conceptualizar a los clásicos me consumió demasiado tiempo dado que recién me integraba a ese lenguaje psicoanalítico que conocí al ingresar a la maestría. En el capítulo 2 se puede ver el recorrido que hice por todos esos autores. El afán nunca fue de compararlos ni menos de mostrar cómo se construyó un determinado concepto a lo largo de todos esos autores. Tampoco la intención fue mostrar las carencias que una posición teórica tenía respecto a otro, sino solamente mostrar lo que cada autor dijo sobre su modo de entender la constitución psíquica del niño y sus posibles dificultades en niños con síntomas de psicosis temprana.

El psicoanálisis es de la opinión de que los niños con síntomas de psicosis temprana están pasando por un momento real crucial, este es: separarse de la madre para dirigirse hacia el padre. Entonces, de la relación que se juegue entre ese sujeto con sus padres, su contexto y sus leyes, se tendrá por resultado un niño que continúa su proceso de constitución psíquica o niños que se quedan atorados en ese momento y se presentan con síntomas de psicosis temprana.

Una vez que hube leído cómo concebían la Psiquiatría, la Neuropsicología y el Psicoanálisis y después de haber entendido cómo intervenían con los niños con síntomas de psicosis tempranas decidí volver a mi pregunta inicial ¿por qué intervenían desde ese terreno médico si eran psicólogos? Para armar una posible respuesta, decidí presentar más de cerca los síntomas de psicosis tempranas padecidas por dos de los niños atendidos: Alex e Iván. El ejercicio metodológico consistió en intentar mostrar cómo los concebiría el discurso psiquiátrico, el neuropsicológico y el psicoanalítico. Mostrar además qué tratamiento le sugerirían y qué lugar le darían a los padres de esos niños.

A lo largo de este estudio pude precisar que la psiquiatría ha realizado diversas e importantes aportaciones en cuanto al tema de la psicosis temprana. Sin embargo, a pesar del paso de los años, su afición por tratar *al cuerpo* del enfermo se ha mantenido intacta. Para realizar un diagnóstico y llevar a cabo un tratamiento la psiquiatría se centra básicamente en una serie de clasificaciones (DSM-IV-TR, 2003). Estas clasificaciones son difíciles de distinguir porque varían solamente por uno o más síntomas; lo que le exige al médico clasificar y nombrar cuanta anomalía encuentre en el ser humano. A su vez, el uso de fármacos para el tratamiento de los enfermos se vuelve imprescindible para la psiquiatría puesto que el médico debe tratar *al cuerpo enfermo*.

Por otra parte, la neuropsicología, rama de la medicina y una de las nuevas propuestas dentro de la salud mental, tiene diversas aportaciones en área de la salud. Los precursores de la neuropsicología creían que la comprensión de las funciones del cerebro humano era fundamental para entender la conducta del hombre (Kolb-Whishaw, 2006). Para hacer un diagnóstico, los neuropsicólogos se enfocan básicamente en las distintas funciones de la corteza cerebral (Rains, 2006), de manera que la psicosis temprana, de acuerdo a esta perspectiva, se debe a una afectación en el funcionamiento del sistema nervioso. Tanto para la psiquiatría como para la neuropsicología el cuerpo, antes que el psiquismo de un individuo, es de mayor importancia y donde se enfoca el tratamiento.

Así, actualmente en nuestro país y a nivel mundial, la población infantil es diagnosticada de acuerdo a los síntomas que presenta y automáticamente medicada, de manera que entre los millones de niños medicados se pierde la singularidad de cada caso. El niño deja de ser visto como un sujeto y se le señala de acuerdo a un protocolo. Se delega al médico toda responsabilidad en cuanto a la salud del niño y se abandona así la posibilidad de buscar otras alternativas de tratamiento. Los factores que generan esta situación se pueden resumir de la siguiente manera: 1) El actual influjo y gran alcance de las nuevas especialidades médicas (como la neuropsicología) sobre la población en general, 2) La falta de acceso a las propuestas psicoanalíticas, 3) El

desconocimiento de los padres y de los especialistas sobre la psicosis temprana desde un fundamento psicoanalítico.

Por tanto, en la presente tesis se buscó crear un documento que lograra resolver este problema, pues no existe un trabajo de investigación que haya abordado el estudio de las propuestas médicas —psiquiatría y neuropsicología— y las psicoanalíticas sobre la psicosis temprana, de manera que los niños con síntomas de psicosis temprana puedan ser vistos y tratados desde el psicoanálisis y no únicamente desde la psiquiatría y neuropsicología. Este enfoque —el psicoanálisis— a partir de la propuesta freudiana, ha realizado diversas aportaciones al estudio de las psicosis, tanto en pacientes adultos como en niños. Freud (1856-1939) muestra al individuo no únicamente como un cuerpo, sino también como un psiquismo. Es la única disciplina que habla de la existencia de un aparato psíquico y marca la pauta para entonces poder colocar y entender al niño como un sujeto con vida psíquica para dejar de lado aquellas propuestas donde solamente se habla de conductas y explicaciones orgánicas. De esta manera, es que fue posible entender que los niños que presentan síntomas de psicosis temprana pueden también ser vistos desde el psicoanálisis, no únicamente como un cuerpo, sino como alguien con vida psíquica.

La singularidad de este estudio radica en que se conjuntó la revisión bibliográfica de las aportaciones teóricas psicoanalíticas con la muestra de casos clínicos atendidos desde este enfoque. Estos estudios permiten mostrar que el niño no es solamente un cuerpo, sino un sujeto con vida psíquica y por lo tanto que su salud mental no puede quedar en manos únicamente de la medicina. Por ello, este estudio brinda al lector la oportunidad de conocer otra perspectiva sobre el tema de la psicosis temprana, una perspectiva psicoanalítica. A su vez, este estudio abre la posibilidad de configurar otras formas de tratamiento para atender a los niños que llegan a los consultorios, de manera que las diversas aportaciones teóricas psicoanalíticas respecto al tema puedan ser tomadas en cuenta al diseñar programas en las áreas de la salud mental de nuestras instituciones.

A su vez, esta tesis contribuye a aportar material de consulta para los interesados en el tema de la psicosis temprana, tanto del área de la clínica psicoanalítica como de otras disciplinas del área de la salud. También es una aportación más para la clínica psicoanalítica, ya que brinda la oportunidad de reforzar el conocimiento en cuanto diversos temas que involucren al sujeto niño, entre ellos su constitución psíquica.

Como ya se mencionó, en el primer capítulo se hará una revisión de los fundamentos de la psiquiatría y la neuropsicología sobre el tema de la psicosis temprana, así como sus propuestas sobre el tratamiento y forma de trabajo clínico con niños con síntomas de psicosis temprana. Asimismo, se hará un breve recorrido histórico sobre el origen y consolidación de ambas ciencias. Se tomarán distintos materiales bibliográficos tales como manuales psiquiátricos (DSM-IV), textos científicos del área médica y algunas publicaciones electrónicas actuales.

En un segundo capítulo, se revisará la propuesta psicoanalítica remitiéndonos en un inicio a las lecturas freudianas, entre ellas el *Proyecto de psicología* (1950-[1895]), texto que mantuvo tintes puramente biológicos y, sin embargo, es ahí donde se encuentran las bases fundamentales del psicoanálisis. Posteriormente, se tomarán lecturas tales como *Tres Ensayos de Teoría Sexual* (1905), *Introducción del narcisismo* (1914), *Neurosis y Psicosis* (1924-[1923]). Dado que la presente tesis estudia a la población infantil, se revisarán algunas publicaciones de la psicoanalista Melanie Klein (1882-1960), quien atendió principalmente niños en su consultorio. A su vez, se hará una breve lectura de las aportaciones de Jacques Lacan (1901-1981), sobre la metáfora paterna, de manera que esto sirva de introducción para la revisión y análisis del trabajo clínico de la psicoanalista Françoise Dolto (1908-1988), quien también se enfocó en el trabajo clínico con niños.

En el tercer y último capítulo se trabajará en la exposición de una viñeta clínica, la cual tiene como objetivo ilustrar y transmitir una experiencia clínica.

Además de la revisión bibliográfica y de la narración de un caso clínico en el tercer capítulo, otros caminos metodológicos para la realización de esta tesis fueron las asesorías con mi directora de tesis y los seminarios ofrecidos por la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Autónoma de Querétaro, los cuales sirvieron como espacios de discusión para adentrarme, cuestionar y conocer más sobre el tema de la presente tesis. La cual, finalmente, fue elaborada en función al manual de la American Psychological Association (APA).

CAPÍTULO I. PSICOSIS TEMPRANA: ¿UN PROBLEMA PURAMENTE MÉDICO?

Cuando tenía yo seis años vi una vez una magnífica lámina en un libro sobre la selva virgen, titulado Historias Vividas. Representaba una serpiente boa tragándose una fiera. He aquí una copia del dibujo.



En el libro se afirmaba: “Las serpientes boas se tragan su presa entera sin masticarla. Luego ya no pueden moverse y duermen durante los seis meses de su digestión”. Entonces me puse a reflexionar mucho sobre las aventuras de la jungla y, a mi vez, conseguí trazar con un lápiz de color mi primer dibujo. Mi dibujo número 1 era así:



Enseñé mi obra maestra a los mayores y les pregunté si mi dibujo les daba miedo. - ¿Por qué va a dar miedo un sombrero?- me contestaron.

Mi dibujo no representaba un sombrero. Representaba una serpiente boa que digería un elefante. Dibujé entonces el interior de la serpiente boa para que los mayores pudiesen entender. Siempre necesitan explicaciones. Mi dibujo número 2 era así:



Las persona mayores me aconsejaron que dejara a un lado los dibujos de serpientes boas abiertas o cerradas y que me preocupara más bien de la geografía, la historia, el cálculo y la gramática. De esta forma, abandoné a los seis años una magnífica carrera de pintor. Me había desanimado el fracaso de mi dibujo número 1 y número 2. Los mayores no entienden nada por sí mismos y es fastidioso para los niños que tener que darles más y más explicaciones.

Antoine De Saint-Exupéry

CAPÍTULO I.

PSICOSIS TEMPRANA: ¿UN PROBLEMA PURAMENTE MÉDICO?

El objetivo del presente capítulo es revisar y conocer cómo ha sido estudiada la psicosis temprana desde la psiquiatría y la neuropsicología. Por tanto, a continuación se expondrán de cada una de estas disciplinas, sus antecedentes, criterios de clasificación, así como su elaboración diagnóstica y diversos tratamientos.

1. 1 PSICOSIS TEMPRANA DESDE LA PSIQUIATRÍA

1.1.1 Antecedentes

Usualmente, al escuchar las palabras “trastorno mental” la primera relación que se hace es hacia la psiquiatría. La psiquiatría (griego, *psyche*: alma, *iatriá*: curación) es una rama de la medicina que se enfoca al estudio de los trastornos mentales. Pero, ¿Cómo se define la psiquiatría? ¿Quiénes son sus principales expositores? ¿Cuál es su postura en cuanto a la psicosis temprana?

Según una definición básica la psiquiatría es la ciencia médica que estudia el origen, diagnóstico, prevención y tratamiento de los trastornos mentales (Almeida, E. et al., 2005)

Para simplificar su estudio, así como para el interés de este trabajo, se retomará a la psiquiatría a partir de las aportaciones y cambios que se realizaron entre el siglo XVIII y el XIX. A su vez, para realizar este recorrido, se tomará como referencia, primordialmente, a Michel Foucault (1926-1984), quien a través de sus textos traza el desarrollo de la medicina, específicamente de una clínica que habla de la mirada del médico hacia el enfermo mental.

El salto que hace la clínica del s. XVIII al s. XIX, principalmente, se muestra en la forma en que se describen los padecimientos del enfermo. Así, Foucault señala que la descripción de la enfermedad en el s. XVIII se hace en un lenguaje un tanto metafórico. Sin embargo, cien años después el diagnóstico de distintas enfermedades

con “su precisión cualitativa” (Foucault, 2012, p. 12) permite comprender de manera más precisa el padecimiento del enfermo.

Uno de los máximos exponentes de esta época de transición entre el s. XVIII y el s. XIX fue el médico Philippe Pinel (1745-1826), a quien se le considera el primer psiquiatra. Este médico francés cambió el panorama del enfermo mental, a quien, debido a su condición, se le encerraba en asilos privándolo de su libertad y de un verdadero y humano tratamiento. Fue Pinel con quien nace la psiquiatría, una psiquiatría que, como diría Foucault (1967), pretende por primera vez tratar al loco como un ser humano.

Es el cambio en el lenguaje del médico a finales del s. XVIII el que marca la pauta para el nacimiento de la medicina moderna. El médico ahora se apoya en una reorganización de lo percibido, es decir, “no es que ellos se pusieran de nuevo a percibir después de haber especulado durante mucho tiempo, o a escuchar a la razón más que a la imaginación; es que la relación de lo visible con lo invisible...ha cambiado de estructura y hace aparecer bajo la mirada y en el lenguaje lo que estaba más acá y más allá de su dominio” (Foucault, 1966, p. 13). Con esto, el médico del s. XIX se acerca a conocer el cuerpo de una manera más objetiva, más cercana a lo científico. Se abandona la descripción metafórica e incluso hasta poética de las enfermedades. Ahora, se puede observar al cuerpo y hacer una descripción más entera y precisa sobre la patología.

“El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de hacer manifiesta una verdad que no recibe, sino en tanto él mismo la ha hecho visible” (Foucault, 1966, p. 13). A partir de este argumento, nacen las aportaciones de distintos psiquiatras, entre ellos Emil Kraepelin (1856-1926) quien ha sido considerado el fundador de la psiquiatría moderna. Sus postulados se basan en que las enfermedades mentales son de origen orgánico, por lo cual deben ser tratadas como tal y no por factores de otro orden (Kraepelin, 2008).

¿Es entonces a partir de este hecho que el médico necesita de la evidencia física para aceptar la presencia de una patología? ¿Es esta recurrencia a lo perceptible

que el psiquiatra demanda para poder tratar a su paciente? ¿Cómo influye esta nueva mirada de la clínica en la relación médico-paciente? La pregunta antes dirigida al paciente, ahora se dirige hacia el cuerpo. Es decir, el paciente se enfoca en ubicar su padecimiento en alguna parte del cuerpo para poder responder a la pregunta del médico. ¿Dónde le duele? pregunta con la que se inicia el discurso médico-paciente y de donde parte el estudio y tratamiento para el enfermo. “El cuerpo humano define, por derecho de naturaleza, el espacio de origen y la distribución de la enfermedad” (Kraepelin, 2008, p.23). Si no está en el cuerpo ¿dónde más está la enfermedad?

De esta manera se puede inferir que la presencia anatómica de la enfermedad es forzosa para el médico. Ubicarla se convierte en parte vital de su estudio; sin ella no hay de donde partir. No obstante, “el espacio de configuración de la enfermedad y el espacio de localización del mal en el cuerpo no han sido superpuestos, en la experiencia médica, sino durante un corto período: el que coincide con la medicina del siglo XIX” (Foucault, 1966, p. 23).

El siglo XIX ha sido vital para la organización del campo médico. Se abandonaron las descripciones y formulaciones basadas en la experiencia, así como un diagnóstico un tanto metafórico. Con estos argumentos se puede entender el trabajo del médico actual, aquél que busca ubicar la enfermedad en el cuerpo y así darle un tratamiento. Como mis colegas que buscan el padecer del niño en su cerebro, olvidando las relaciones psicosociales en que se desenvuelve el niño.

Este cambio en la clínica en cuanto a lo “perceptible y enunciable” (Foucault, 1966, p. 20). trae por consecuencia, que la variación de las enfermedades se organicen en “familias, géneros y especies” (Foucault, 1966, p. 24). Es decir, a partir de considerarla una enfermedad meramente anatómica, ahora los médicos la colocan dentro de una clasificación, en un lugar donde su descripción se pueda encontrar. Los diversos cuadros nosológicos sirven para eso al médico. Ayudan a sobrellevar su práctica. Una práctica donde se percibe, enuncia y clasifica la enfermedad, pero ya no se escucha al enfermo.

El viraje del siglo XVIII al XIX, se puede resumir en: *la distribución de los elementos en el espacio corporal; la descripción de los criterios de las distintas patologías y; la clasificación de las enfermedades según sus síntomas, causas y efectos.*

Con esta herencia del s. XIX es que la mayoría de los psiquiatras de la actualidad realizan su trabajo. Como es el caso de Michael Rutter (1934-) quien además es considerado el padre de la psiquiatría infantil principalmente por sus aportaciones sobre el autismo, al cual define como una forma temprana de psicosis (Schopler y Mesibov, 1988). Tal y como lo hacen los distintos manuales de clasificación que se utilizan en el campo de la psiquiatría, pues estos consideran que el autismo pertenece al campo de las psicosis de la población infantil. Dicho esto, es entonces importante conocer los distintos criterios de clasificación realizados por los manuales psiquiátricos, por lo que en el siguiente apartado se revisarán de manera más precisa.

1.1.2 Criterios de clasificación

La psiquiatría se apoya en el uso de manuales para la clasificación de las distintas patologías y trastornos mentales. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su versión revisada (DSM-IV-TR), y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10), son los manuales en los cuales la psiquiatría actual se basa para la elaboración diagnóstica.

Históricamente, la elaboración de manuales surge de la necesidad del médico por clasificar las distintas patologías (DSM-IV-TR, 2003). A lo largo de la historia se han creado distintas clasificaciones con diversas características. No obstante, en esta ocasión sólo nos enfocaremos a la clasificación que hace el DSM y la CIE.

La CIE fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para llevar un control de morbilidad y mortalidad de población. Sus primeras versiones estuvieron a cargo de diversas instituciones que se enfocaban en fines meramente estadísticos. Fue hasta 1948 que la OMS se hizo cargo de esta clasificación, incluyendo no sólo datos estadísticos sobre morbilidad sino también las causas de ésta. Para entonces, la CIE-6 se tomó como base para posteriores manuales (DSM-IV-TR, 2003).

Así, en 1952, el American Psychiatric Association Committee on Nomenclature and Statics desarrolló una variante de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-6) y dio origen al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). Este nuevo manual se crea principalmente por la necesidad de tener una guía útil para la práctica clínica y como herramienta para la enseñanza de la psicopatología y el resguardo de la información clínica vigente hasta ahora. Finalmente, otro de sus objetivos es “facilitar la investigación y facilitar la comunicación entre los clínicos y los investigadores” (DSM-IV-TR, 2003, p.24).

El DSM en su primera versión consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas y fue el primer manual de trastornos mentales con utilidad clínica. Posteriormente, se realizó una revisión que concluyó en el nuevo manual DMS-II. No obstante, en 1975, se editó el DSM-III que introdujo innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos más explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía mantenerse neutral en cuanto a los enfoques sobre la etiología del trastorno. Años después se encuentran ciertas anomalías en el manual, por lo que se realiza una revisión, dando origen en 1987 al manual DSM-III-TR. (DSM-IV-TR, 2003). De esta manera, se entiende que conforme avanzan los estudios el DSM se va ampliando en conceptos y formas de ver la patología. Asimismo, la clasificación no sólo crece en categorías y subcategorías sino también en información más contundente para el campo de la psiquiatría.

En ese mismo año, la CIE se da cuenta de sus inconsistencias en el apartado de enfermedades mentales y realiza una extensa modificación convirtiéndose en CIE-9-MC (modificación clínica). Esta versión permaneció vigente hasta 1992, año en que aparece la CIE-10, aún vigente y que tiene previsto sus cambios para el 2015.

La elaboración de la actual versión del DSM-IV estuvo a cargo de grupos de trabajo especializados en el área de la salud mental. Estos grupos de trabajo se conforman por especialistas médicos, que elaboran cada una de las categorías. Por ejemplo, entre estos grupos se encuentra el grupo de trabajo para la revisión de los trastornos de ansiedad, el grupo de trabajo para los trastornos del sueño, entre otros. En la publicación del manual DSM-IV queda establecido que "...hay mucho de físico en

los trastornos mentales” (DSM-IV-TR, 2003, p. 29). Por lo que se infiere que para la psiquiatría no hay duda de que los trastornos mentales son de origen orgánico. No obstante, el manual deja claro que la clasificación de los trastornos mentales no clasifica a las personas, por lo que en sus descripciones se evitan conceptos tales como “un esquizofrénico” o “un autista” (DSM-IV-TR, 2003).

En los últimos años se realizó una revisión al manual DSM-IV , de la cual surgió el DSM-IV–TR. Este manual se caracteriza por su clasificación multiaxial, la cual indica que se establecen varios ejes y a cada uno le concierne una área distinta de información. De esta manera, de acuerdo al DSM-IV-TR se distinguen cinco ejes: Eje I: trastornos clínicos y otros problemas objeto de atención clínica; Eje II: trastornos de la personalidad y retraso mental; Eje III: enfermedades médicas; Eje IV: problemas psicosociales y ambientales; Eje V: evaluación de la actividad global.

Dentro de cada eje se clasifican los distintos trastornos de acuerdo a las características en la sintomatología. A partir de revisar dicho manual encontré que los criterios de clasificación para la psicosis temprana –recordando que la psicosis temprana es una psicosis en formación- se agrupan en el eje I, dentro del apartado de Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia. A su vez, dentro de este apartado se encuentran los Trastornos Generalizados del Desarrollo, donde se describen los distintos trastornos que son considerados, por su sintomatología, como un tipo de psicosis temprana.

De la misma manera, en la CIE-10 la sintomatología de la psicosis temprana se ubica dentro de los trastornos del desarrollo psicológico, en su apartado de trastornos mentales y del comportamiento. Hay siete tipos de trastornos y éstos a su vez se subdividen en diversas categorías. Dentro de los siete trastornos, se encuentran los Trastornos Generalizados del Desarrollo que, al igual que en el DSM-IV-TR, son los que se asemejan a la psicosis temprana puesto que es en esa clasificación –TGD- es donde se agrupan síntomas tales como anomalías en el lenguaje, falta de contacto con el medio, movimientos estereotipados, rituales, etc., característicos de la psicosis temprana.

Por tanto, de acuerdo a los manuales en mención, se infiere que en psiquiatría hablar de psicosis temprana es referirse a los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Esto explica por qué mis colegas, frecuentemente diagnostican como TGD lo que puede ser una psicosis temprana.

Finalmente, ambos manuales sirven de apoyo para el campo médico y siguen en constante actualización. Así, se espera que para mayo del 2015 el manual DSM-V quede establecido con los nuevos criterios de diagnóstico para el campo de la salud mental.

1.1.3 Diagnóstico y Tratamiento

Como ya se mencionó, la psiquiatría se apoya para la elaboración diagnóstica del uso del DSM-IV-TR y de la CIE-10. Por lo que debe quedar claro que, la denominación *psicosis temprana* no se encuentra en dichos manuales, sino que su sintomatología queda principalmente agrupada dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Para mayor claridad de lo descrito, a continuación se presenta un gráfico que muestra cómo se puede ubicar a la psicosis temprana dentro de los manuales psiquiátricos DSM-IV y CIE-10, ya que como tal no se encuentra sino que la psicosis temprana en el ámbito de la psiquiatría se dispone a través de diversos trastornos. Entre ellos, el trastorno autista, en el cual se ubica la mayor parte de la sintomatología de la psicosis temprana y por tanto, también se expone a continuación.

Cuadro 1. Disposición de la psicosis temprana en el manual DSM-IV-TR. (Elaboración propia)

PSICOSIS TEMPRANA SEGÚN DSM-IV-TR
1. TRASTORNOS CLÍNICOS Y OTROS PROBLEMAS QUE PUEDEN SER OBJETO DE ATENCIÓN CLÍNICA. 1.1 TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA 1.1.1 TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (TGD): 1) Perturbación grave y generalizada de las siguientes áreas del desarrollo: ▪ Habilidades para la interacción. ▪ Habilidades para la comunicación o la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. 2) Las alteraciones cualitativas que definen estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. 3) Los TGD se componen en: ▪ Trastorno autista ▪ Trastorno de Rett ▪ Trastorno desintegrativo infantil ▪ Trastorno de Asperger ▪ TGD no especificado 4) Estos trastornos suelen ponerse de manifiesto durante los primeros años de la vida y acostumbran a asociarse a algún grado de retraso mental.

Cuadro 2. Disposición de la psicosis temprana en el manual CIE-10. (Elaboración propia)

PSICOSIS TEMPRANA SEGÚN CIE-10
1. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CÓDIGO V 1.1 TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO CÓDIGO V8 1.1.1 TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (TGD) CÓDIGO F84: A. Alteraciones cualitativas en la interacción social y en la comunicación. B. Repertorio restringido, estereotipado y repetitivo de intereses y actividades. C. El desarrollo es anormal desde la primera infancia; en contadas excepciones, las anomalías se manifiestan por primera vez después de los 5 años de edad. D. Es habitual, aunque no constante, que haya algún grado de alteración cognoscitiva general. E. La severidad de los síntomas varía de una persona a otra, de ahí la subdivisión de los TGD en: ▪ <i>Autismo infantil (F84.0)</i> ▪ <i>Autismo atípico (F84.1)</i> ▪ <i>Síndrome de Rett (F84.2)</i> ▪ <i>Otro t. desintegrativo de la infancia (F84.3)</i> ▪ <i>Trastorno hipercinético con retraso mental y movimientos estereotipados (F84.4)</i> ▪ <i>Síndrome de Asperger (F84.5)</i> ▪ <i>Otros TGD (F84.8)</i>

Cuadro 3. Criterios diagnósticos para el autismo según DSM-IV-TR. (Elaboración propia)

AUTISMO (DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV-TR)
1) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados. 2) Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece <i>antes</i> de los tres años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo. 3) El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos para el autismo según CIE-10. (Elaboración propia)

AUTISMO (DIAGNÓSTICO SEGÚN CIE-10)
1) Por lo general, no hay un periodo previo de desarrollo normal pero, si es así, el periodo de normalidad no se prolonga más allá de los 3 años. 2) Alteraciones cualitativas de la interacción social. 3) Alteraciones cualitativas de la comunicación. 4) Alteración de la actividad lúdica y, relativa falta de creatividad y de fantasía de los procesos del pensamiento. 5) Presencia de formas de actividad restrictivas, repetitivas y estereotipadas, de restricción de los intereses y de la actividad en general. 6) Rigidez y rutina para un amplio espectro de formas de comportamiento.

De acuerdo a lo anterior, en el campo de la psiquiatría actual, la psicosis temprana se resume a diversos trastornos del desarrollo, trastornos que se observan por alteraciones en el lenguaje, comunicación, a nivel social, a nivel cognoscitivo y una repetición estereotipada. No obstante, como ya se mencionó, el mayor número de

síntomas de la psicosis temprana se concentran en el trastorno autista, el cual además es el que se presenta a más corta edad.

Cabe mencionar que otros trastornos que pudieran considerarse como psicosis temprana tales como la esquizofrenia, no se encuentran en dichos apartados. Por esto se infiere que no se consideran propios de la población infantil. El DSM-IV-TR reitera que los TGD son distintos de la esquizofrenia. Aunque, posiblemente, un sujeto con un trastorno generalizado del desarrollo puede desarrollar esquizofrenia (DSM-IV-TR, 2003, p. 80).

Entre los tratamientos psiquiátricos más utilizados, se encuentran los tratamientos farmacológicos, en los cuales se emplean medicamentos que pertenecen al grupo de los llamados antipsicóticos. Sus funciones son controlar conductas de ansiedad, irritabilidad, agresividad y cualquier cambio en el estado anímico. Algunos de los medicamentos más comerciales para la población infantil son la Risperidona, Metilfenidato, Divalproex sódico, ISRS, Aripiprazol, Asenapina, Clozapina, Iloperidona, Lurasidona, Olazapina, Paliperidona, Paliperidona, Quetiapina y Ziprasidona.

Dichos tratamientos se acompañan de terapias conductuales, las cuales tienen como objetivo principal reforzar las conductas positivas y extinguir las conductas negativas como berrinches y conductas agresivas que pudieran hacer daño al paciente o a la familia del mismo. Finalmente, los médicos psiquiatras se apoyan de los tratamientos institucionales cuando, por diversas cuestiones, mantener al niño en su medio habitual se hace imposible o cuando las intervenciones terapéuticas no pueden llevarse a cabo de forma ambulatoria. Por esta razón, se ingresa al niño ya sea tiempo completo o sólo por el día a distintos hospitales donde pueda recibir los cuidados necesarios.

1.1.4 Resumen

En la psiquiatría, más que centrarse en la patología del niño y, a su vez, buscar el tratamiento adecuado, se centra en una serie de clasificaciones que parecieran infinitas. Estas clasificaciones difieren entre sí por uno o más síntomas que además son similares entre sí y por lo tanto difíciles de distinguir. Esto deja claro la necesidad del médico por clasificar y nombrar cuanta anomalía encuentre en el ser humano. A su vez deja claro que el sujeto no tiene cabida en esta psiquiatrización de su padecer psíquico.

Desde esta perspectiva, la psicosis temprana se ha convertido en algo llamado TGD que no deja de ser, desde mi punto de vista, una etiqueta más para el niño, una etiqueta que permite al médico suministrar el fármaco adecuado y curar el cuerpo, una etiqueta que permite a los padres justificar las conductas de su hijo, desconociendo o negando si algo más sucede, algo más que una simple enfermedad en el cuerpo.

El niño TGD, como ahora le llaman, deja de ser sujeto para ser objeto de estudio. Esta etiqueta que carga es en lo que se convierte, en una serie de conductas y manifestaciones citadas por un manual. Con todo esto, pareciera que el niño tiene que *encajar* con una de las clasificaciones ya dispuestas. Si es de esta manera, entonces ¿dónde queda el niño? ¿dónde se coloca su historia? o finalmente, ¿de qué le sirve su propia historia?

Se habla de manuales, fármacos, médicos, hospitales pero nadie se pregunta por el niño, ese niño que ciertamente es un cuerpo, pero un cuerpo constituido psíquicamente y que, por tanto, sería importante considerarlo antes de resumir todo a un diagnóstico psiquiátrico.

1.2 PSICOSIS TEMPRANA DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA

1.2.1 Antecedentes

La neuropsicología es una disciplina del campo de la salud, que actualmente realiza diversas aportaciones en cuanto a enfermedades mentales. Es difícil establecer una fecha precisa sobre su origen, debido a que su creación fue el resultado de diversas aportaciones, tanto médicas como psicológicas.

Se puede decir que tiene sus inicios en el siglo XIX, no obstante, es hasta el siglo XX que el concepto neuropsicología es empleado por primera vez por el médico canadiense William Osler (1849-1919), para referirse a los estudios sobre la corteza cerebral y su relación con el comportamiento humano. Posteriormente, Donald O. Hebb (1904-1985) retomó este concepto en su publicación *La organización de la conducta: una teoría neuropsicológica* (1949). El texto no define propiamente a la neuropsicología, sino que sirve para distinguir a un grupo multidisciplinario de científicos, que creían que la comprensión de las funciones del cerebro humano era fundamental para entender la conducta del hombre (Kolb-Whishaw, 2006).

Es hasta los años cincuenta que la neuropsicología se establece formalmente como una rama de la neurología y como una disciplina fundamental para la comprensión de las funciones cerebrales del ser humano.

Para definir de manera más precisa a esta disciplina, retomaré lo publicado por el científico Alexander Romanovich Luria (1902-1977), sobre la necesidad del trabajo multidisciplinario en el estudio de las enfermedades mentales. Así como los argumentos de dos organizaciones que actualmente se dedican a la investigación neuropsicológica.

Luria menciona que “Una buena comprensión de los trastornos afásicos requieren un buen conocimiento de al menos tres disciplinas diferentes: la neurología, la psicología y la lingüística, así como, el uso de la fisiología” (Luria, 1974).

Por su parte, la Asociación Mexicana de Neuropsicología (2013) define a esta disciplina como:

Una especialidad de la psicología que investiga, evalúa, analiza y explica el desarrollo de los procesos psicológicos desde la perspectiva de su organización cerebral en las diferentes etapas de la vida, ya sea en la normalidad o patología; con la finalidad de establecer un diagnóstico y crear estrategias de intervención, asesoría, supervisión y prevención de parámetros que promuevan en todo caso el bienestar general y la calidad de vida de las personas.

A su vez, la Asociación Madrileña de Neuropsicología (2011) señala que:

Los neuropsicólogos que trabajan en investigación desarrollan su labor dentro de equipos multidisciplinarios que entienden la patología cerebral desde el punto de vista biopsicosocial. Para ello se llevan a cabo proyectos de investigación que van desde las ciencias básicas (genética, bioquímica, etc.) hasta las ciencias clínicas (neurología, neurocirugía, neuroimagen, psiquiatría, neuropsicología, etc.) y aplicadas a la vida cotidiana de los pacientes.

De esta manera se puede decir que *la neuropsicología, como campo multidisciplinario, se encarga de entender la relación entre las funciones cerebrales y el comportamiento de los seres humanos*. Por lo tanto, la neuropsicología argumenta que los trastornos mentales se deben a lesiones en la corteza cerebral. Este argumento se basa principalmente en las aportaciones de diversos autores sobre el estudio de la ubicación de las funciones en la corteza cerebral.

Uno de los primeros planteamientos que se acercó a dicho argumento fue el del médico Franz Josef Gall (1758-1828), quien planteó la teoría de la frenología, en la que afirmaba que la determinación del carácter y los rasgos de personalidad, así como las tendencias criminales, se establecían con base en la forma del cráneo, cabeza y facciones de la persona. De esta manera, al medir las depresiones y prominencias del cráneo se podía identificar el tamaño de ciertas zonas del cerebro y entonces hacer una descripción de los rasgos de personalidad. Finalmente, Gall postuló la existencia de localizaciones para 27 habilidades, incluyendo la amatividad, la cual se refería al comportamiento sexual (Rains, 2006).

La amatividad, de acuerdo a una protuberancia localizada en la parte posterior del cuello, era regulada por el cerebelo (Kolb-Whishaw, 2006). Se puede entender que, entre mayor fuera esta protuberancia mayor sería el desarrollo de dicha habilidad. De esta manera, todo quedaba en manos de una exploración manual, es decir, de lo que dedujera el médico según su percepción al tocar el cuerpo del paciente.

No obstante, la frenología no logró explicar de manera precisa el comportamiento humano. Por lo que la teoría no alcanzó el reconocimiento académico. A pesar de sus defectos, la frenología se convirtió en un primer paso para futuras investigaciones acerca del cerebro.

Décadas después, el médico Paul Broca (1824-1880), gracias al estudio de cerebros *post mortem*, concluyó que el hemisferio izquierdo es dominante para el lenguaje. Este hallazgo fue vital para establecer la existencia de un deterioro central en el lenguaje, al que ahora se conoce como afasia. La afasia de Broca se caracteriza por el deterioro en la producción del habla (Rains, 2006).

Este descubrimiento marcó la pauta para la fundamentación de lo que hoy se conoce como “especialización intrahemisférica de función” (Rains, 2006, p.11). y que sirve para sostener la hipótesis de la neuropsicología sobre la ubicación de funciones en la corteza cerebral.

A su vez, el alemán Carl Wernicke (1848-1904) descubrió un tipo de afasia diferente: los pacientes hablaban en una especie de "ensalada de palabras" (Rains, 2006, p.12). Es decir, podían formular oraciones pero éstas carecían de sentido. La lesión asociada con este trastorno se ubicaba también en el hemisferio izquierdo, atrás del área de Broca.

Wernicke también propuso que la corteza cerebral estaba compuesta de áreas o centros, donde cada uno regulaba ciertos procesos. Con lo que dejó claro que a pesar de la ubicación de funciones, cada área requería de otra para poder funcionar: “Los trastornos podían ser comprendidos ya sea como el resultado del daño a estos centros o como consecuencia de la interrupción de las conexiones entre estos centros” (Rains, 2006, p. 15).

Es a partir de los descubrimientos de Broca y Wernicke que se sustenta la hipótesis de que las funciones cerebrales están implicadas en el comportamiento humano.

De la misma manera, las aportaciones del médico ruso Alexander Luria (1902-1977), sobre las afasias y su teoría de los sistemas cerebrales implicados en la regulación de la actividad psicológica humana (Bauselas, 2008), permitieron relacionar de forma más precisa las lesiones cerebrales y sus efectos en el comportamiento humano. Estas aportaciones lo colocaron en la punta de la neuropsicología mundial.

Coelho et al. (2006) concluyeron que las publicaciones de Luria forman parte importante de la literatura hispana debido a que la mayoría de sus libros se tradujeron y publicaron al español, a diferencia de las contribuciones norteamericanas y europeas que fueron de difícil acceso para los médicos hispanos. Posiblemente, ésta sea la causa de que la mayoría de los programas institucionales tengan sus bases en las publicaciones de este autor.

Gracias a estas aportaciones, actualmente se sabe que el cerebro está formado por distintas estructuras y que cada una tiene una función a su cargo. Así, de acuerdo a estudios publicados por la Universidad de Washington (2013), el hipotálamo se encarga de regular la temperatura del cuerpo, la sensación del hambre y la expresión de ciertas emociones; el cerebelo del trabajo motriz y el sistema límbico de la regulación de emociones tales como el placer, el miedo y la agresividad. La corteza cerebral también se divide en bloques: El lóbulo frontal, que se encarga de la actividad motriz; el lóbulo parietal de las funciones de análisis y percepción; el lóbulo temporal en donde se localiza el área auditiva y, el lóbulo occipital que se encarga de la visión (Rains, 2006). Finalmente, se encuentran los neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, serotonina y acetilcolina que tienen a su cargo distintas funciones, entre ellas, facilitar el aprendizaje, suprimir estados de excitación, preparar al cuerpo para estados de alerta, entre otras funciones que permiten al ser humano desplegar distintas habilidades (Rosenqweig, 2001).

La neuropsicología también se apoya en el uso de técnicas de neuroimagen como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) que facilitan la ubicación de las zonas afectadas.

Asimismo, pruebas diagnósticas tales como la Batería Neuropsicológica de Luria —Nebraska (LNNB) y la Batería Neuropsicológica Halstead— Reitan (HRNTB), permiten determinar si hay un daño orgánico y ubicar de manera precisa la zona del problema.

Estos hallazgos permiten a los neuropsicólogos sustentar su argumento de que las distintas enfermedades mentales se derivan de los daños o lesiones en la corteza cerebral. Así, en el caso de la esquizofrenia —en donde los síntomas van desde trastornos afectivos hasta alucinaciones y dificultades en el lenguaje—, los neuropsicólogos proponen que se debe a un aumento anormal en la actividad de la dopamina, neurotransmisor que se encarga de funciones tales como el humor, la atención, el movimiento y el aprendizaje (Rosenqweig, 2001) También existe evidencia de que la esquizofrenia puede estar en relación al alargamiento de los ventrículos laterales del cerebro (Rains, 2006). Sin embargo, esto no se ha podido corroborar debido a que algunos pacientes esquizofrénicos no presentan esta anomalía en el cerebro.

En cuanto al autismo, los neuropsicólogos sugieren que las alteraciones en el lenguaje y los periodos cortos de atención en los pacientes autistas, se deben a una reducción del tamaño del cuerpo calloso y de regiones del cerebelo (Rains, 2006). Asimismo, los neuropsicólogos clasifican a este trastorno en el grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD).

Los trastornos que conforman al grupo de los TGD comparten ciertos síntomas de los cuales se puede inferir que son característicos de la psicosis temprana. No obstante, debe quedar claro que en neuropsicología no se habla de psicosis temprana sino de Trastornos Generalizados del Desarrollo o TGD. Por lo que, en el siguiente apartado se revisarán los criterios de clasificación para los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

1.2.2 Criterios de clasificación

De acuerdo a lo publicado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000), el desarrollo infantil es un proceso en el que se involucran factores de carácter biológico, psicológico y social. Dicho proceso trae como resultado no sólo la maduración orgánica y funcional del sistema nervioso sino también el desarrollo de funciones psíquicas y la estructuración de la personalidad.

De esta manera, durante las primeras etapas de crecimiento, el niño desarrolla habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales. Estas habilidades permiten que el niño se integre de manera favorable en el medio que le rodea. Cuando hay una alteración en dichas habilidades se dice que hay una deficiencia en el desarrollo o un trastorno del desarrollo.

Existen diversos trastornos del desarrollo. Este apartado se enfocará en los Trastornos Generalizado del Desarrollo o TGD que se caracterizan por alteraciones en diversas áreas. Es decir, estos trastornos conforman un sistema heterogéneo, el cual se basa en procesos neurobiológicos, que dan origen a déficits en múltiples áreas funcionales llevando al niño a una alteración generalizada del desarrollo (Guerschberg, 2008).

Como ya vimos los TGD se encuentran en la clasificación del manual DSM-IV. Sin embargo, los neuropsicólogos no se apegan completamente a dicho manual, debido a que los criterios de clasificación del DSM-IV son muy específicos y para los neuropsicólogos cada trastorno puede variar en su sintomatología.

De esta manera, según el Grupo de Atención Temprana (2000), para diagnosticar como Trastorno Generalizado del Desarrollo se toman en cuenta los siguientes criterios:

- Retraso y una desviación de los patrones evolutivos mentales.
- Alteraciones en las áreas cognitivas y de lenguaje.
- Deterioro en las habilidades para interactuar con el medio.

A. Marchesi, C. Coll & J. Palacios (2005) clasifican los Trastornos Generalizados del Desarrollo en: Trastorno de Asperger, Trastorno Desintegrativo infantil, Trastorno de Rett, Trastorno Autista y Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado. Cada uno con las siguientes características:

El Trastorno de Asperger, se caracteriza por dificultades para relacionarse con el medio social. Los niños con Asperger no presentan alteraciones estructurales en su lenguaje, sino que, éste es demasiado formal y abstracto. Su tono de voz es monótono o con una entonación inusual. Su nivel intelectual es usualmente alto. Donde se muestra la mayor dificultad es en la capacidad de entender las emociones del otro, es decir, se muestra frío y distante.

Trastorno Desintegrativo infantil. Los niños que lo padecen, conforme avanzan los años, pierden las capacidades previamente adquiridas. Para diagnosticarse, la pérdida tiene que ser después de los dos años y antes de los 10. Las habilidades que se pierden son el lenguaje, la capacidad motriz y el control de esfínter. Lo que trae como consecuencia que su desarrollo social se vea afectado.

El Trastorno de Rett se acompaña de un nivel profundo de retraso mental. Se presenta después de los cinco o seis meses. Las dificultades que se muestran en este trastorno son en el área motriz y en el área de lenguaje. Conforme avanza, el niño pierde la capacidad de relación y distintas capacidades sociales. Este trastorno se caracteriza por presentar diversos problemas orgánicos como microcefalia y alteraciones en las vías respiratorias.

El Trastorno Autista se caracteriza principalmente por dificultades en la interacción social o nula interacción social. Deficiencias en el lenguaje y en su capacidad motriz. Los niños con este trastorno suelen presentar conductas estereotipadas, rituales y difícilmente toleran los cambios. Sus intereses son específicos, se aíslan y su juego se ve restringido.

En el Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado se ubican los niños que presentan un cuadro diferente a los ya mencionados. Es decir, aquellos niños que no pueden ser clasificados en ninguno de los otros trastornos.

Se puede observar que algunos trastornos presentan más alteraciones orgánicas que otros, tal es el caso del T. de Rett y el T. Desintegrativo Infantil, a diferencia del T. Autista y el T. de Asperger que se centran principalmente en dificultades de carácter cognitivo y social.

Debido a estas variaciones en la sintomatología, actualmente se habla del Trastorno del Espectro Autista (TEA). En el espectro autista se incluyen todos los síntomas de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, a excepción del Trastorno de Rett que se considera de otra naturaleza. Así, de acuerdo al Instituto de Salud Carlos III (2004), la clasificación en el espectro autista se hace de acuerdo al grado de afectación del paciente. Así, en el primer nivel se encuentran los pacientes con un cuadro severo y niveles cognitivos bajos y en el último nivel se clasifican los pacientes con síntomas menos severos. De esta manera, el autismo profundo se encuentra en el primer nivel y, el trastorno de Asperger, por sus características menos severas, en el último nivel.

Esta clasificación también se puede organizar por grados de funcionamiento. Por ejemplo, si el niño a pesar de sus síntomas logra integrarse a diversas actividades cotidianas, entonces se clasifica en los niveles de afectación menos severa.

El trastorno del espectro autista, al ser una nueva denominación en el campo de la salud mental, no se encuentra propiamente establecido. Por lo que cada grupo de estudio establece sus propios criterios de clasificación. Por eso se pueden encontrar diversos y cambiantes parámetros sobre este trastorno.

Como se puede observar, la clasificación de trastornos no es tarea fácil. Existen diversas categorías y subcategorías, cada una con sus propios criterios. No obstante, el concepto de autismo, de una u otra manera es el que agrupa la mayor parte de la sintomatología de la psicosis temprana. Por lo que, en los siguientes apartados se profundizará en el trastorno autista.

1.2.3 El autismo

El autismo es un trastorno que de acuerdo a Rosenqweig et al. (2001) implica alteraciones a nivel afectivo, cognitivo y conductual. Los niños que presentan este

trastorno manifiestan conductas que desde temprana edad llaman la atención. Por ejemplo, algunos bebés no miran ni sonríen a las personas que los cuidan. Esta conducta es esencial para el diagnóstico oportuno del autismo, pues, usualmente en los primeros meses de vida, el bebé se dirige a la madre a partir del llanto o de miradas y sonrisas. Se puede entender que para las madres de estos niños sea difícil acercarse y no obtener ninguna respuesta. Pues su hijo simplemente se asemeja a un bebé de juguete que no transmite ninguna emoción. Así, cuando están enfermos, heridos o cansados no buscan a nadie que les consuele o alivie. A su vez, estos niños cuando crecen no establecen relaciones sociales con otros niños y evitan el contacto por la mirada (Rosenqweig et al., 2001). Por lo que, posiblemente sean los educadores o las personas que trabajan con grupos de niños quienes se percaten de estas anomalías y comuniquen a los padres.

El trastorno afecta más a menudo a niños que a niñas; no obstante, la sintomatología es la misma. Este punto se retomará más adelante. Los déficits característicos de este trastorno son, además de la falta de contacto con el medio, la dificultad en la capacidad comunicativa y la falta de imaginación. El desarrollo de su lenguaje es anormal o, incluso, nulo. A menudo repiten lo que los demás dicen de ellos –ecolalia –, y se refieren a ellos mismos como lo hacen los otros (Rosenqweig et al., 2001). Es decir, los niños autistas no hablan en primera persona. Por ejemplo, si se les pregunta *¿Cómo se llama tu mamá?* ellos responden *Tu mamá se llama María*, sin responder de la manera esperada que sería *Mi mamá se llama María*.

Asimismo, realizan movimientos estereotipados, como balanceos o movimientos con sus manos. Suelen obsesionarse por oler objetos, observarlos o coleccionarlos. En algunas ocasiones, pueden no querer separarse de dicho objeto y querer llevárselo con ellos. A su vez, se interesan en actividades como alinear objetos o formar figuras con ellos. Insisten en seguir rutinas precisas y pueden volverse repentinamente violentos cuando se les impide seguirlas (Rosenqweig et al., 2001). Posiblemente, golpearse a sí mismos sea una manera de expresar su enojo y descontento, ya que usualmente, las reacciones violentas de los niños autistas son golpear su cabeza contra la pared o sencillamente hacerse daño.

Por otra parte, “estos niños son físicamente hábiles y agraciados” (Rosenqweig et al., 2001, p.653). Lo que lleva a entender aquel mito sobre la belleza de los niños autistas y sus destrezas en cuanto a algunas actividades como el correr sin tropezarse o golpearse.

En cuanto al nivel de inteligencia, algunos tienen capacidades sobresalientes. Por lo que se infiere que no todos los niños autistas muestran un retraso mental sino que algunos llegar a superar los niveles de inteligencia de un niño normal.

Ciertamente, en el caso de los niños autistas, debido a las peculiaridades que cada uno presenta, es difícil definir un cuadro sintomatológico. No obstante, la descripción que se mencionó sirve para mostrar un panorama general sobre dicho trastorno. Se ha escrito mucho sobre el autismo, pero en realidad ¿Qué es el autismo? ¿De dónde proviene? ¿Cuáles son sus causas? ¿Existe una cura para el autismo? En los siguientes apartados se tratará de dar respuesta a dichos cuestionamientos, continuando con esta perspectiva neuropsicológica de la que se ha venido hablando.

En primer lugar, la palabra autismo proviene del vocablo griego *autós*, que significa *en uno mismo*. Fue utilizado por primera vez por el psiquiatra Eugen Bleuer (1857-1940) para referirse a un grupo de pacientes que manifestaban ciertos patrones de conducta y que estaban diagnosticados como esquizofrénicos. Estos pacientes se comportaban de manera que parecían estar *perdidos en su mundo*. Su lenguaje carecía de sentido y sus formas de pensar se alejaban de la realidad. Para estos pacientes existía un mundo en el cual sólo ellos vivían. Un lugar en donde nadie más podía entrar. Bleuer se refirió a este desapego de la realidad, junto con la predominancia, relativa y absoluta de la vida interior, como autismo (Rivera, 2003).

No obstante, en los años 40, el psiquiatra austriaco Leo Kanner (1896-1981), al ocupar un cargo en el Hospital Hopkins de Estados Unidos, desarrolló una investigación con pacientes del pabellón infantil que presentaban en común la incapacidad de relacionarse con otros. Los padres de estos niños mencionaron que sus hijos parecían ser felices cuando los dejaban solos. Kanner describió tres síntomas similares en estos pacientes: incapacidad para relacionarse con el mundo, alteraciones en el lenguaje y

movimientos estereotipados (Rivera, 2003). Como resultado de estas investigaciones, Kanner habló de una nueva enfermedad a la cual se refirió como autismo.

Kanner, para hacer una diferencia entre lo propuesto por Bleuer sobre el autismo como una forma de esquizofrenia, mencionó que los pacientes esquizofrénicos para solucionar sus problemas abandonaban el mundo real al cual habían pertenecido, a diferencia de los niños del Hospital Hopkins quienes nunca tuvieron acceso a este mundo (Rivera, 2003).

El descubrimiento del autismo generó que los pacientes sin un diagnóstico pudieran ser clasificados dentro de una patología, lo cual dio inicio a una constante búsqueda sobre las posibles causas de dicho trastorno.

Así, en un primer momento Kanner mencionó que el autismo era causado por la falta de respuesta de los padres a sus hijos. Habló de padres que se mantenían distantes a las necesidades afectivas de los niños, que podrían ser padres exitosos e intelectuales, sin embargo, con sus hijos solían ser fríos y poco afectuosos. Se refirió a estos padres como padres *nevera* y los señaló como causantes de la patología de sus hijos.

Años más tarde, el psiquiatra Bruno Bettelheim (1903-1990) retomó el concepto de *padres nevera* y se enfocó a la figura de la madre. De esta manera, sostuvo que por alguna situación la madre no cumplía con su función y causaba que el niño se alejara de la realidad. Una realidad que el niño no soportaba prefiriendo ensimismarse en la suya. Se refirió a estas madres como madres *nevera* y las señaló como las principales culpables del autismo de sus hijos.

Estos argumentos no fueron bien recibidos por parte de la comunidad médica. Llegando a considerar que esta idea consiguió destruir las vidas de muchas personas. Refiriéndose en particular a los padres que tenían que separarse de sus hijos autistas para internarlos en instituciones que seguían los métodos de Bettelheim.

Bettelheim señaló que los autistas tenían en sus pensamientos la idea de que todo el mundo los quería muertos, sentimiento que igualó a lo experimentado por los

prisioneros de los campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial, donde los soldados nazis lo único que querían era desaparecer del mundo a los prisioneros judíos. También describió que ese sentimiento era algo que no se podía contrarestar, por lo que señaló al autismo como la alteración psicótica más grande de la infancia.

Para fortuna de algunos, nuevas aportaciones llegaron al campo del autismo, las cuales asumieron que dicho padecimiento era de origen orgánico. Estas propuestas posiblemente aligeraron la carga de los padres de niños autistas en cuanto a sentirse culpables por el trastorno de sus hijos.

Entre estas propuestas, se encuentra la llamada teoría de la mente, la cual aún está vigente y argumenta que las capacidades de comunicación, imaginación y socialización están afectadas en los niños autistas a causa de alteraciones en el cerebro. Esta teoría sostiene que las personas autistas son incapaces de comprender que las personas tienen pensamientos distintos a los suyos (Rosenqweig et al., 2001). La teoría de la mente se apoya en el descubrimiento de las llamadas neuronas espejo, las cuales tienen a su cargo facilitar la disposición para entender al otro. De lo cual se infiere que el niño autista se da cuenta de que existe un otro, un otro al que no entiende ni comprende. Entonces el autismo se resume a un aspecto cognitivo, es decir, el niño autista no sabe. Pero, ¿El niño autista quiere saber? Y si no ¿Por qué no quiere saber?

Lo mismo puede suceder cuando los neuropsicólogos hablan de una alteración en los niveles de serotonina como posible factor de los estados autistas. Si se recuerda, esta sustancia del cerebro tiene a su cargo la regulación de los estados de ánimo, por lo que es vital para diversos funcionamientos en cuanto a la emotividad (Rains, 2006). El niño autista no puede generar emociones, pero ¿Él quiere hacerlo? ¿Qué es lo que nos hace saber si él quiere? Desde la neuropsicología ¿se puede responder a esto?

De igual manera, otros estudios señalan que diversas alteraciones en la estructura cerebral posiblemente sean la causa del autismo. Por ejemplo, como se mencionó en apartados anteriores, las anomalías en el lóbulo temporal, tronco encefálico y cerebelo probablemente se relacionen con el trastorno autista.

La genética también se hace presente y argumenta como posible factor del autismo la falta de un gen en el cromosoma X o fragilidad del cromosoma X. Esta teoría explica que hay un mayor número de niños que niñas con autismo debido a que en la determinación del sexo, los niños al ser XY y las niñas XX, la posibilidad de una doble falla es menor en la niña (Alonso, 2012).

No obstante, en los últimos cinco años, se han desarrollado nuevas propuestas sobre la etiología del autismo, las cuales sostienen firmemente que el autismo es un desorden neurológico. Así, la Teoría sobre la Integración Sensorial, explica que para integrarse al mundo y comprenderlo se necesita interpretar una variedad de sensaciones que vienen del exterior hacia el propio cuerpo y, debido a daños en la percepción sensorial, los niños autistas no cuentan con dicha habilidad (Maciques, 2013).

Finalmente, al autismo se le ha considerado desde una perspectiva evolutiva como un trastorno del desarrollo (Marchessi et al., 2005). Es decir, el niño durante las etapas de crecimiento adquiere habilidades sociales, lingüísticas, perceptivas, motrices y cognitivas; el autismo es una alteración en la adquisición de estas habilidades. Por lo cual se considera que es un trastorno del desarrollo.

Esta propuesta evolutiva coloca al autismo como tema central de estudio para la psicología evolutiva. Esta disciplina, la psicología evolutiva, al unirse al grupo

multidisciplinario de la neuropsicología, consolida de nueva cuenta las aportaciones que los neuropsicólogos realizan sobre la etiología del autismo. Es decir, la neuropsicología reafirma que el autismo es una alteración en la adquisición de distintas habilidades, debido a una deficiencia en el funcionamiento del sistema nervioso.

Finalmente, queda claro que el concepto de psicosis temprana no se utiliza en el campo de la neuropsicología. Para referirse a estos pacientes, al igual que en la psiquiatría, se utiliza en primer lugar la clasificación TGD o TEA y posteriormente el término de autismo.

Precisamente, retomando esta última consideración se mencionan en el siguiente apartado algunas formas de intervención que los neuropsicólogos realizan con los pacientes con síntomas autistas.

1.2.4 Diagnóstico y tratamiento

En el campo de la neuropsicología se habla de niños TGD o del Espectro Autista. Esto debido a la clasificación que se realiza, así como a los parámetros que señalan las diversas pruebas diagnósticas. Para mayor claridad a continuación se muestra gráficamente la parte diagnóstica para la psicosis temprana desde la perspectiva neuropsicológica.

Cuadro 5. Criterios diagnósticos para la psicosis temprana según neuropsicólogos.
(Elaboración propia)

PSICOSIS TEMPRANA (DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO)
A. <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)</i> • Trastorno autista • Trastorno de Rett • Trastorno desintegrativo infantil • Trastorno de Asperger • TGD no especificado B. <i>Trastorno del espectro autista (TEA)</i>

Cuadro 6. Pruebas diagnósticas para la psicosis temprana según neuropsicólogos.
(Elaboración propia)

PSICOSIS TEMPRANA
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS
A. Médicas B. Genéticas C. Neurofisiológicas • <i>Electroencefalogramas (EEG)</i> D. Neuroimagen • <i>Resonancia magnética (RM)</i> E. Estudios metabólicos cerebrales • <i>Tomografía por emisión de positrones (PET)</i> F. Psicopedagógicas • <i>Batería Neuropsicológica Halstead-Reitan</i> • <i>Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska</i> • <i>WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS)</i> • <i>Test de Aprendizaje Verbal de California</i> • <i>Lista de palabras de Rey</i> • <i>Inventario I.D.E.A. de Angel Rivière</i> • <i>CHAT- Cuestionario para detección de riesgo de autismo a los 18 meses</i>

La neuropsicología, al ser multidisciplinaria, se apoya en distintas pruebas diagnósticas que van desde estudios médicos hasta tomografías, pruebas genéticas y evaluaciones psicopedagógicas. En cuestión a la psicosis temprana, el diagnóstico se refiere a un Trastorno Generalizado del Desarrollo o Trastorno del Espectro Autista. No obstante, se requieren diversas evaluaciones antes de llegar a dicho diagnóstico.

Así, las pruebas psicopedagógicas evalúan distintas habilidades, tales como lenguaje, motricidad, atención, entre otros aspectos cognitivos. Finalmente, el resultado en conjunto con otros estudios son lo que permite hablar de TGD o TEA.

Los tratamientos para dichos trastornos cada vez son más. No obstante, la mayoría gira en torno a la terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, la *terapia ocupacional* se basa principalmente en la *teoría de la integración sensorial* que, a partir del uso de

estrategias visuales, busca promover la autonomía del niño. De acuerdo a este tratamiento, las distintas imágenes que van desde vasos con agua hasta actividades como comer, dormir, ir al baño etc., permiten que el niño logre una mayor autonomía personal y social (Fernández, 2012).

Asimismo, se encuentran programas como el Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children (TEACCH) y Learning Experiences and Alternative Programs for Preschoolers and Their Parents (LEAP) que tienen como objetivo que la persona con autismo sea lo más independiente posible. En este tipo de terapias se incluyen distintas técnicas, una de ellas es el juego imitativo, el cual trabaja sobre la creación de un vínculo y el vínculo se aprovecha para reforzar la terapia y mejorar los resultados del aprendizaje (Maciques, 2013), así como el *time out*, que es un momento para que el niño se tranquilice, por ejemplo, cuando hace berrinches.

A su vez, los terapeutas recomiendan a la familia del niño trabajar con personal de apoyo, a quien se le denomina maestro sombra. El maestro sombra se encarga de acompañar y ayudar al niño en sus distintas actividades, ya sean en la escuela o dentro del hogar. Se puede resumir que las terapias de tipo cognitivo-conductual trabajan en cuatro aspectos del desarrollo del niño: psicomotricidad, lenguaje, aprendizaje y cognición. Asimismo, como parte del tratamiento se incluyen dietas que consisten en alimentos libres de gluten y caseína. Sin embargo, diversos estudios muestran que esta dieta no siempre trae beneficios. Por esto se infiere que también es necesario la presencia de un especialista en nutrición que guíe y oriente a los padres del niño para llevar a cabo este tipo de dietas.

Por otra parte, la tecnología no sólo se hace presente para el diagnóstico de los distintos trastornos, sino también aporta material que permite que el niño comprenda de mejor manera lo que sucede a su alrededor. Así, las distintas compañías computacionales generan programas (software) o aplicaciones (App) que ayudan a los niños con autismo a desarrollar distintas habilidades.

Finalmente, la mayoría de los tratamientos van acompañados del suministro de antipsicóticos. Es decir, a pesar del tratamiento que lleve el niño, las visitas con el neuropsiquiatra son constantes, ya que es necesario que el médico regule las dosis de dichos medicamentos.

1.2.5 Resumen

De acuerdo a la neuropsicología, la psicosis temprana se resume a diversas alteraciones en el desarrollo del niño. Esto a causa de una afectación en el funcionamiento del sistema nervioso, lo cual genera los llamados trastornos TGD o TEA. Éstos, a su vez, se dividen en distintos trastornos, entre los cuales se encuentra el Trastorno Autista. Dicho trastorno reúne en su mayoría la sintomatología de la psicosis temprana.

Los neuropsicólogos para el diagnóstico se enfocan básicamente en las distintas funciones de la corteza cerebral. Así, el tratamiento se resume a que el niño aprenda, entienda y atienda al mundo que lo rodea. Todas, actividades cognitivas.

Que la neuropsicología sea multidisciplinaria propicia que haya un avance impresionante en cuanto a aportaciones, por ejemplo, existen infinidad de tratamientos para el autismo, que van desde terapias conductuales hasta el uso de la tecnología. No obstante, que el niño acceda al mundo se sigue viendo como el desarrollo y mejora de habilidades, como algo mecanizado, algo que el ser humano tiene que aprender.

Sin embargo, en la neuropsicología no hay un espacio que refleje esa intención del niño por aprender, por acercarse al mundo. No habla de lo que quiere el niño, por el contrario, todo se resume a lo que el médico dice o el educador recomienda. Es decir, no hay un espacio para escuchar al niño y su padecer psíquico sino sólo se busca que el niño logre metas y adquiera habilidades.

Finalmente, todo se deja en manos del médico o terapeuta y, ahora de la tecnología. Pero, ¿dónde entran los padres? ¿dónde está la propia historia del niño?

1.3 CONCLUSIONES

Queda claro que para el contexto médico, la psicosis temprana como lo menciona Michel Rutter (1934-) es una forma temprana de psicosis o como lo mencionan los neuropsicólogos, son anomalías del desarrollo, son trastornos generalizados del desarrollo. De manera que, se puede decir que la psicosis temprana para los médicos es igual a una infinidad de etiquetas. Etiquetas que portan los niños en casa, en la escuela y en cualquier medio en el que se desenvuelvan. Es así como son tratados, como la etiqueta que portan. Pero, ¿de dónde viene esa etiqueta? ¿de un diagnóstico basado en criterios de clasificación? ¿de pruebas médicas y evaluaciones que miden su capacidad intelectual? En todo esto, ¿dónde queda el niño como sujeto?

A falta de poder hablar de sí mismo, el niño se identifica con su diagnóstico y por tanto, eso es lo que es, un niño autista o un TGD.

Por otra parte, me parece que las distintas etiquetas TGD, TEA, Trastorno Autista, Trastorno de Asperger, etc., son sólo clasificaciones que acercan al médico a entender a un cuerpo a partir de un cuadro de síntomas. Esto favorece el estudio y tratamiento de la enfermedad. Mas hay que resaltar que se habla y se trata a la enfermedad –el autismo en nuestro caso–, pero se deja de lado al niño que la padece.

Años atrás, el Dr. Donald W. Winnicott (1896-1971) ya hacía mención sobre este suceso, por lo que en 1967 postula lo siguiente: “No estoy seguro de que la rotulación de autista de estos casos por parte de Kanner haya sido beneficiosa. La desventaja, a mi juicio, es que este rótulo les dio a los pediatras, habituados como están a los síndromes y las entidades mórbidas, una pista falsa, que siguieron de buen grado. Ahora podían buscar casos de autismo y ubicarlos convenientemente en un grupo...Sin

embargo, esta afección no tiene límites claros y creo que no debería considerársela una enfermedad.”

Finalmente, los niños con síntomas de psicosis temprana pueden ser vistos de dos maneras, aquellos que prefieren una explicación desde lo orgánico y que sostienen que la causa es física aunque no haya pruebas que lo confirmen. Por otra parte, se encuentra la propuesta psicoanalítica, desde donde puedo decir que si todo fuera corporal, todo tratamiento se resumiría a estimulación física, por tanto, no habría ni deseo ni inconsciente. Y si no lo hay ¿entonces qué hay en el niño que ríe, llora, ama y teme? La teoría psicoanalítica retoma este último aspecto y propone la comprensión de la psicosis temprana desde la constitución del sujeto como sujeto de deseo. Lo cual se mostrará en el siguiente capítulo.

CAPITULO II.

PSICOSIS TEMPRANA. ¿QUÉ DICE EL PSICOANÁLISIS?

A los mayores les encantan las cifras. Si les hablamos de un nuevo amigo, nunca les preguntarán por lo esencial. Nunca dirán: “¿Cuál es el timbre de su voz? ¿Cuáles son los juegos que más le gustan? ¿Hace colección de mariposas?” En cambio te preguntarán: “¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto ganan su padre?” Sólo entonces creerán conocerlo. Si decimos a los mayores: “He visto una bonita casa de ladrillos color rosa, con geranios en las ventanas y palomas en el tejado...”, no lograrán imaginarse esa casa. Hay que decirles: “He visto una casa de cien mil francos”. Entonces exclaman: “¡Qué hermosa es!”

Del mismo modo, si les decimos: “La prueba de que existió el principito es que era encantador, se reía y deseaba un cordero. Desear un cordero, ¿no es eso una prueba de que existe?”, encogerán los hombros y nos tratarán de niños. Pero si les decimos: “El planeta de donde venía es el asteroide B 612”, entonces quedarán convencidos y nos dejarán en paz con sus preguntas. Así son. Y no hay que guardarles rencor. Los niños tienen que ser muy condescendientes con los mayores.

Antoine De Saint-Exupéry

CAPITULO II.

PSICOSIS TEMPRANA. ¿QUÉ DICE EL PSICOANÁLISIS?

En el primer capítulo se ha tratado de mostrar, por una parte, la concepción actual de la psicosis temprana desde el ámbito médico, particularmente desde la psiquiatría y las neurociencias, y, por otra parte, esta constante del médico de ver al niño como cuerpo y no como sujeto.

Por lo que en este capítulo, se pretende entender a la psicosis temprana desde otra perspectiva: una perspectiva psicoanalítica que ve al niño como un sujeto con cuerpo. Cabe señalar que el psicoanálisis es la única disciplina que habla de la existencia de un aparato psíquico, lo cual, marca la pauta para poder colocar y entender al niño como un sujeto con vida psíquica y, así dejar de lado aquellas propuestas donde sólo se habla de conductas y explicaciones orgánicas.

Por consiguiente, en los siguientes apartados, se revisará acerca de la constitución psíquica del niño y su relación con la psicosis. Se tomará a S. Freud (1856-1939) y su propuesta del Proyecto de psicología (1900-[1895]), la cual mantuvo tintes puramente biológicos y, sin embargo, es ahí donde se encuentran las bases fundamentales del psicoanálisis. A su vez, se revisarán las publicaciones realizadas por dicho autor donde abandona su postura biológica y establece formalmente el desarrollo de la teoría psicoanalítica, tales como Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905) e Introducción del narcisismo (1914). A su vez, se retomarán sus aportaciones en cuanto al tema de la psicosis haciendo una revisión de los textos Neurosis y Psicosis (1924-[1923]), y La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis (1924).

Posteriormente, se retomarán las aportaciones de Melanie Klein (1882-1960) - psicoanalista austriaca y fundadora de la escuela inglesa de psicoanálisis- sobre la constitución psíquica del niño y la aparición de la psicosis temprana.

Asimismo, se tomará en cuenta una clase de J. Lacan (1901-1981), en relación a la constitución psíquica del sujeto y la psicosis, titulada La metáfora paterna, del 15 de enero de 1958. No obstante, tomando en cuenta que el presente trabajo se enfoca en la condición del niño en la psicosis y que dicho autor no trabajó directamente con niños, se revisará, por tanto, la propuesta de Francoise Dolto (1908-1988), quien además de seguir una línea de trabajo lacaniana, concentra su trabajo en el psicoanálisis con chicos. De ella tomaremos el texto El nombre del padre (1985).

Para concluir, se recapitulará lo expuesto destacando el papel que juegan los padres en la constitución psíquica del niño, así como su participación para la conformación de una psicosis temprana.

2. 1 APORTACIONES DE SIGMUND FREUD

Como ya se mencionó, lo que se busca en este capítulo es ver y entender al niño como un sujeto con cuerpo y no únicamente como un organismo biológico, por lo que, en este primer apartado se revisará la propuesta freudiana que habla de esa vida interior del sujeto, de esa estructuración psíquica que “es la posibilidad de humanización de un individuo biológico” (Ribeiro, 1994, p. 57). Por consiguiente, ¿Qué plantea Freud sobre la *estructuración psíquica* del sujeto? ¿Qué nos dice sobre la psicosis? Demos paso a dicha revisión.

2.1.1 Constitución psíquica del niño

Aparato psíquico

Para hablar de constitución psíquica es necesario remitirnos a uno de los primeros escritos de S. Freud (1856-1939), El Proyecto de Psicología (1950-[1895]), el cual no es publicado en su tiempo a pesar de contener los puntos primordiales para la formación de un nuevo campo de estudios sobre el funcionamiento psíquico. Las ideas ahí plasmadas son parte fundamental de la teoría psicoanalítica. Por consiguiente, en este

apartado se tomará dicho texto para entender el funcionamiento del *aparato psíquico* como elemento primordial en la constitución psíquica del sujeto.

Pero, ¿ A qué nos referimos con aparato psíquico? ¿De dónde surge este concepto y por qué? Desde un inicio, Freud mostró interés ante diversos cuestionamientos sobre el origen de las neurosis y de otros procesos psicológicos. Por lo que, en un primer momento, planteó un modelo neurofisiológico, donde sugiere que el organismo busca liberarse de aquellos estímulos que le causan displacer. Para esto, propone la existencia de un aparato psíquico encargado de nivelar la tensión provocada por dichos estímulos y así evitar ese displacer.

Para cumplir con esta tendencia, el aparato psíquico toma los elementos principales del modelo del arco reflejo. Es decir, el sistema de neuronas recibe estímulos provenientes del exterior del cuerpo, de los cuales -para bajar la tensión- se libera a través del uso de distintos mecanismos musculares. No obstante, existen también cargas desde el interior del cuerpo que restablecen dicha tensión y que difícilmente el organismo puede liberarse de ellas como lo hace con los estímulos exteriores. Por lo que, la cancelación de estos estímulos endógenos -“hambre, respiración y sexualidad”- (Freud, 1950 [1895], p. 341)- sólo puede ser bajo precisas condiciones. Para ello, se requiere de un auxilio externo, de una modificación del mundo exterior que posibilite la disminución de la tensión, es decir, se requiere de una acción específica de un "otro". De alguien que venga y atienda a ese llamado. Esta acción específica, al propiciar el cese del estímulo endógeno, trae a su vez la configuración de una vivencia determinante para el psiquismo del individuo: la vivencia de satisfacción. Esta vivencia de satisfacción puede comprenderse de la siguiente manera: un estímulo endógeno producirá en el bebé (sujeto desvalido) una alteración interna, por ejemplo la necesidad de ser alimentado, a lo cual la madre responderá como sujeto auxiliador amamantando al bebé (acción específica) y, de esta manera, disminuirá o cancelará el estímulo interno.

La necesidad ha sido cubierta por la acción específica y, a su vez, se ha creado en el individuo un primer registro psíquico. Una imagen-recuerdo que remite al bebé a un objeto que causó alivio en el momento de tensión y esto tendrá "... las más hondas consecuencias para el desarrollo de las funciones en el individuo"(Freud, 1950 [1895], p. 363). Con esta experiencia vivida con el "otro", en el bebé se ha creado un estado de deseo. Esto quiere decir que al presentarse de nueva cuenta un estado de necesidad, el bebé buscará a ese "algo" que una vez estuvo. Una imagen-recuerdo que va a traer alivio y que a su vez, va a orientar el deseo toda su vida.

De todo esto se concluye que, es a partir de la vivencia de satisfacción que queda instaurado el estado de deseo, de carencia, que busca satisfacerse.

Pero, ¿quién da cuenta de estos estados de deseo, de tensión y del propio alivio? Al principio, son sensaciones biológicas que dejan una huella psíquica, pero posteriormente, Freud menciona que será la organización del Yo quien advierta de dichos estados. Por consiguiente, dicho concepto se convierte en parte fundamental de la teoría psicoanalítica para dar cuenta de la estructura psíquica del individuo, por lo cual se retomará en el siguiente punto.

Organización sexual del niño

En el artículo Tres Ensayos de Teoría Sexual (1905) Freud abandona sus bases neurológicas y postula la importancia de la vida sexual para la constitución psíquica del individuo. Una de las más fuertes críticas que recibe es por afirmar que existe la sexualidad en la infancia, ya que comúnmente se creía que la sexualidad sólo despertaba en el periodo de la pubertad. Sin embargo, para Freud la sexualidad está presente desde el momento del nacimiento y es fundamental para el posterior despliegue psíquico del individuo.

Freud al estudiar la sexualidad infantil, distingue dos modalidades de la organización sexual: la etapa pregenital y la etapa genital. En la primera de ellas, la cual

pudiera pasar desapercibida por aquello que Freud nomina como amnesia infantil, podemos ver ciertas exteriorizaciones sexuales del niño, por ejemplo, el chupeteo.

Esta actividad, no tiene como fin la nutrición sino que este acto de succión repetido rítmicamente, trae al niño otras consecuencias placenteras, porque es una repetición con la que busca recuperar la primera experiencia de satisfacción perdida. Es decir, ya no busca sólo alimentarse sino sentir placer. La sexualidad se apunala primero en la satisfacción del hambre y luego se separa de ella, "se independiza de ella" (Freud, 1905, p.165)

También se destaca que a través del chupeteo, la pulsión sexual se satisface en el propio cuerpo. Es decir, el niño toma para chupetear cualquier parte de su cuerpo que esté a su alcance y le cause placer.

Pero la satisfacción de la pulsión no queda sólo en el acto de succionar, sino que el niño busca otras maneras de obtenerla. Por lo que a la zona labial se le superpone la zona anal, la cual, "...es apta por su posición para proporcionar un apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales" (Freud, 1905, p.168). Así por ejemplo, los trastornos intestinales o catarros intestinales procuran al niño de frecuentes excitaciones en esa zona. Lo mismo sucede en los niños que se rehúsan a defecar con el fin de acumular y así experimentar grandes excitaciones con la retención. Posteriormente, dicho placer hasta ahora oral y anal, se verá ampliado por una activación de las zonas genitales donde las prácticas masturbatorias, como la frotación o presión de los genitales, se convertirán en parte de la actividad sexual del niño.

Así que, en busca de repetir esa primera experiencia de satisfacción, cada individuo irá inaugurando zonas genitales y nuevos placeres. Por eso, se dijo antes que esa primera experiencia de satisfacción inaugura el deseo, que es motor del funcionamiento del aparato psíquico.

Volviendo a esa etapa pregenital, Freud diría que consta de dos fases. En la primera de ellas, la fase oral o canibática, se distinguen dos momentos, en el primer momento, la actividad sexual no se ha desligado de la alimentación. Es decir, el objeto que nutre es el mismo que causa el placer sexual. Posteriormente, el chupeteo aparece como un indicio de la separación entre nutrición y actividad sexual.

Veamos cómo lo dice Freud (1905) en esta extensa cita:

El objeto de una actividad es también el de la otra; la meta sexual consiste en la incorporación del objeto, el paradigma de lo que más tarde, en calidad de identificación, desempeñará un papel psíquico tan importante. El chupeteo puede verse como un resto de esta fase hipotética [fiktiv] que la patología nos forzó a suponer; en ella la actividad sexual, desasida de la actividad de la alimentación, ha resignado el objeto ajeno a cambio de uno situado en el cuerpo propio." (p.180)

Lo primero que nos dice la cita es que en un inicio de la vida el pecho de la madre es el objeto de la nutrición y también de la actividad sexual del bebé. Nos dice también que la meta sexual consiste en incorporar el objeto, lo cual, significa querer comérselo, devorarlo, tenerlo dentro de sí. Esta incorporación es el paradigma de lo que más tarde será la identificación primaria, de la cual hablaremos en páginas posteriores. Lo segundo que nos dice la cita es que una vez que la actividad sexual se independiza de la nutrición, ya no existirá un solo objeto para satisfacer a ambas sino que, en lo que se refiere a la actividad sexual el bebé resignará el objeto ajeno (el pecho de la madre) a cambio de uno situado en su propio cuerpo (cualquier zona de piel de su cuerpo). Esto quiere decir que, cuando Freud habla de objeto está hablando de un objeto corporal y no de un objeto sexual. Este objeto sexual será investido libidinalmente por el niño cuando salga del narcisismo primario, como se mostrará más adelante. Lo tercero que rescatamos de esta cita es que estas fases pregenitales de las que nos habla Freud, son hipótesis que las patologías atendidas en su consultorio le llevaron a suponer. Ahora bien, en esta tesis consideramos que, los síntomas de psicosis

temprana en niños tienen que ver con las dificultades dadas en estas fases tempranas de la vida sexual, que como menciona Freud no son más que hipótesis.

En la segunda fase de esa etapa pregenital, la fase sádico-anal, "la actividad es producida por la pulsión de apoderamiento a través de la musculatura del cuerpo" (Freud, 1905, p. 180). Como ya se mencionó, las funciones intestinales se dejan ver como parte de la satisfacción sexual del niño. El control de esfínter y los diversos problemas intestinales son un claro ejemplo de ello. En esta fase del desarrollo psicosexual, el niño se percata del objeto ajeno, identificando como primer objeto de amor a la figura de la madre. Decir que el niño se percata del objeto ajeno, quiere decir que ve a la madre como una totalidad, no sólo como un pecho. Es justo porque la ve como una totalidad, que puede tomarla como su primer objeto de amor. Eso también es lo que ayuda al niño a distinguir su cuerpo del cuerpo de la madre.

Su relación de objeto se dará con aquella figura que le represente cuidados y afecto. No obstante, esta fase edípica tendrá que concluir por la amenaza de ser castrado, por una prohibición que se le impone al niño en relación también a sus actividades sexuales. Es el llamado Complejo de castración, que surge a partir de la creencia del niño en cuanto a la universalidad del pene. "El varoncito se aferra con energía a esta convicción, la defiende obstinadamente frente a la contradicción que muy pronto la realidad le opone" (Freud, 1905, p. 177). Realidad que se le presenta crudamente, cuando cae en la cuenta de la diferencia anatómica de los sexos. Una castración que marcará la pauta para la declinación del complejo de Edipo y la entrada al periodo de latencia. Este último punto será retomado en apartados posteriores.

De acuerdo a Freud, en el periodo de latencia, el niño dejará atrás toda aquella actividad sexual que venía exhibiendo, conteniendo bajo diques su saber y actividad sexual, que sólo resurgirá hasta llegar la pubertad. A su vez, en esta formulación freudiana de 1905 sobre la constitución psíquica del niño queda claro la constante búsqueda de placer y su fundamental implicación para la configuración del niño como

sujeto psíquico. Por tanto, al ser de vital importancia para el presente trabajo de tesis, será retomado de manera más concisa en el siguiente apartado.

Autoerotismo y Narcisismo

Es imprescindible para este estudio retomar el concepto de autoerotismo, el cual, recordemos que consta de la actividad sexual del niño donde “la pulsión no está dirigida a otra persona; se satisface en el cuerpo propio, es autoerótica” (Freud, 1905, p. 164) como Freud menciona en Tres Ensayos (1905).

Sin embargo, en 1907, Freud, lo dirá con más claridad:

Con una expresión introducida por Havelock Ellis [1898], se designa como período del autoerotismo a esta época de la vida en que, por la excitación de diversas partes de la piel (zonas erógenas), por el quehacer de ciertas pulsiones biológicas y como coexcitación sobrevenida a raíz de muchos estados afectivos, es producido un cierto monto de placer indudablemente sexual. (Freud, 1907, p. 117) (el subrayado es mío)

Vemos entonces que el autoerotismo se da por la conjunción de tres cuestiones: La excitación de parte de la piel, el quehacer de las pulsiones biológicas y los estados afectivos que conllevan a diversas excitaciones. La primera de estas tres cuestiones se puede entender por ejemplo al tocar una parte del cuerpo del bebé, ya sea en el momento del baño, al cambiarlo o él mismo al chupar una parte alcanzable de su cuerpo. Esto, en compañía de las pulsiones, invariablemente de carácter sexual, favorece que el cuerpo del niño durante los primeros meses, quede configurado como objeto de placer.

Así, los labios como zona erógena, lo cual se asume por la actividad del chupeteo, permiten al niño recuperar ese placer que una vez sintió en un primer momento de su vida. A su vez, esta acción de mamar una parte propia del cuerpo suple la acción de ser amamantado por la madre y, por lo tanto, la necesidad de ser

alimentado se separa de la necesidad de sentir placer, un placer meramente sexual, como ya mencionaba Freud en 1905.

De todo esto se infiere que, en el autoerotismo el niño se sirve de su propio cuerpo, lo toma como objeto para satisfacer la pulsión sexual y, por tanto, no necesita del mundo exterior. Aquí, la libido se encuentra en un estado temprano, diría Freud. Sin embargo, para la propia supervivencia, el bebé necesitará siempre del otro, de alguien que lo alimente, que lo cuide y que vea por él. Puesto que él mismo aún no puede hacerlo. En otras palabras, el bebé se encuentra en una etapa de desvalimiento, por lo que, los cuidados del adulto, propiamente de la madre, son imprescindibles. Esa necesidad de relación con el otro lo sacará del autoerotismo y llevará al bebé a colocarse en una siguiente etapa, la etapa narcisista.

Durante esta etapa narcisista, el niño aún “no es capaz de diferenciar a ese adulto de los demás estímulos que provienen del exterior, por lo que para él aún no existe la madre, o el padre que lo cuidan” (Robles, 2011, p. 45). Esto debido a que, en el narcisismo, la libido es depositada en el Yo (libido yoica) sin que ésta de cuenta de otro objeto al cual pueda investir. Tal como lo decía Freud en *Pulsiones y Destinos de Pulsión* (1915) “el mundo exterior en esa época no está investido con interés y es indiferente para la satisfacción. Por tanto, en ese tiempo el Yo-sujeto coincide con lo placentero, y el mundo exterior, con lo indiferente y eventualmente, en cuanto fuente de estímulos, con lo displacentero” (Freud, 1915, p.130). De lo cual se infiere que, el Yo adquiere todos los objetos placenteros sin advertir la existencia del otro, por tanto, sin advertir la presencia de la madre.

Por tanto, siguiendo a Freud, el bebé introyecta todos esos objetos que son fuente de placer. Pudiéndose decir que el bebé entonces introyecta a su madre fuente de placer, la hace parte de él. De manera que, en el narcisismo, la madre y el bebé conforman una unidad, son uno mismo.

En resumen, en el narcisismo el exterior queda descartado para el Yo, es decir, le es indiferente en tanto que pudiera ser displacentero. Así, como ya se mencionó, la libido queda en el Yo y aún desconoce de un objeto al cual pueda investir. Por tanto, esta fase -el narcisismo- se instaura como una fase entre el autoerotismo y el amor de objeto. Por lo que, el narcisismo entonces se involucra en el problema de la relación entre el Yo y el objeto exterior.

Pero si he dicho que en el narcisismo existe un Yo investido, es porque la instancia psíquica llamada Yo tendría que estar previamente formada, para así dar paso al narcisismo. Este Yo no está presente desde el comienzo, sino que, de acuerdo a Freud, “el Yo tiene que ser desarrollado” (Freud, 1914, p. 74) y para que se desarrolle, se requiere de otra acción psíquica: la identificación primaria.

La identificación, por su amplia concepción en el campo psicoanalítico, es conveniente que sea revisada en otro momento y a más detalle. Por lo que, para el presente trabajo, únicamente se retomará a la identificación como la acción psíquica vital para la constitución del Yo y por tanto, para la formación del narcisismo. Tal como lo expuso Freud en el apartado III de su artículo el Yo y el Ello (Freud, 1923, p.33), hay una identificación primera; una identificación con el padre o mejor dicho con los progenitores, pues aún el bebé no conoce la diferencia entre los sexos. Esta primera identificación se encuentra antes de cualquier investidura de objeto. Esto quiere decir que no se identifica con los padres por que los ame, o porque renuncie a amarlos y releve esa investidura de objeto por una identificación secundaria. Se trata, más bien, de una identificación con la imagen, con la gestalt de la propia especie humana. Por lo tanto, es esta primera identificación la que da paso a la formación del Yo y así a la etapa del narcisismo primario del niño. Etapa, a la cual el niño tendrá que renunciar; renunciar a este amor propio que se desborda y dejar fluir su libido para que invista otro objeto. Pero, ¿Qué es lo que agrada tanto al niño durante la etapa narcisista que no quiere renunciar a ella? ¿Cuáles son los placeres a los que está expuesto?

Pudiera responderse que aquello que tanto le agrada al niño es estar en la posición de "His Majesty the baby" (Freud, 1914, p.88). Posición que Freud (1914) describe de la siguiente manera:

Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio...Así prevalece una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones... y a encubrir y olvidar todos sus defectos...Pero también prevalece la proclividad a suspender frente al niño todas esas conquistas culturales cuya aceptación hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades...Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción a la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación. (p.88) (el subrayado es mío).

La cita extensa habla de una compulsión en la cultura por permitirle todo a sus cachorros humanos sin que haya ninguna prohibición. Esta compulsión por permitir es llevada a cabo por los padres de cada niño que nace. Así, los padres con sus cuidados amorosos, buscan aliviar al niño de cualquier carencia y subordinación, y así recuperar su propio narcisismo perdido, puesto que el hijo es visto como una parte del cuerpo propio, una parte de ellos mismos a la cual pueden amar como amor de objeto.

De esta manera, el niño es testigo del amor más grande que se pueda ofrecer, un amor que ahora lo coloca en un estado narcisista, en el cual, difícilmente encuentra carencias. Se busca satisfacer sus pulsiones por lo que el niño en el narcisismo no está expuesto a la privación. A su vez, el bebé es un todo para sus padres (es único y no hay quien venga a desplazarlo) y él lo cree así sin lugar a duda. Por tanto, durante el narcisismo, el bebé se convierte en una ilusión de completud sin defecto alguno.

Si las leyes cesan ante él, el bebé no tiene entonces por que enfrentarse al exterior displacentero, ya que en sí mismo lo tiene todo -cuidados, amor, placer- se pudiera decir que tiene un Yo sobrestimado y propio. Entonces la pregunta sería ¿por qué el niño renuncia a esta etapa del narcisismo primario? Dice Freud que lo hace a causa de la necesidad de su Yo de descargar la libido hacia otro objeto que no sea sobre sí mismo, porque de lo contrario, tendría una sobrecarga, un exceso de libido sobre sí mismo que lo haría enfermar. Digamos que comenzó a amar al otro para no enfermar (Freud, 1914).

De esta manera, el Yo pasa a invertir a otro objeto. Se trata, ahora sí, de un objeto sexual. De acuerdo a Freud, para el niño los primeros objetos de amor corresponden a aquellas figuras que brindan los cuidados pertinentes, que alimentan y protegen. Es decir, como ya se señalaba en Tres Ensayos (1905), el primer objeto de amor del niño será la madre o su sustituto. Por tanto, el Yo elegirá al objeto sexual por apuntalamiento (parecido a su madre nutricia o a su padre protector); aunque también puede elegirlo por narcisismo (parecido a sí mismo). A partir de esta elección de objeto, el niño da cuenta de un mundo externo, en el cual ahora coloca su libido, para evitar enfermar por un exceso de libido al interior de su propio Yo.

A su vez, como menciona Freud en 1923, a la vez que elige a la madre como objeto de amor, el niño tomará al padre por identificación con él. Así, “ambos vínculos marchan un tiempo uno junto al otro, hasta que por el refuerzo de los deseos sexuales hacia la madre, y por la percepción de que el padre es un obstáculo para estos deseos, nace el complejo de Edipo” (Freud, 1923, p. 33), el cual conviene ser revisado de manera precisa en un siguiente apartado.

Complejo de Edipo

El complejo de Edipo es parte esencial del desarrollo sexual del niño y, por tanto fundamental para su constitución psíquica. Durante esta etapa el niño vivencia diversos sentimientos que, por su carácter de incestuosos, le serán prohibidos. Ahora, como ya se mencionó en el apartado anterior, el niño toma como primer objeto de amor a su

madre pero pronto ese amor sexual se refuerza y el padre entonces se convierte en un obstáculo. Es decir, en el complejo de Edipo, el niño quiere ocupar el lugar del padre y hacer de su propiedad a la madre. Por lo que no soportará que el padre se acerque a ella. El niño quiere a su madre para él y no está dispuesto a compartirla.

Freud señala que el niño varón tiene dos maneras de vivir el complejo, una de ellas, la ya descrita y la otra llamada Edipo invertido, en donde el niño busca ser amado por el padre, siendo entonces la madre el obstáculo que debe quitar. Ambos amores, implican la castración. Con la madre, por castigo; con el padre, por condición. Por tanto, el niño prefiere renunciar a esos amores y conservar su pene.

En el niño varón, el complejo de castración es aquello que viene a dar término a ese amor incestuoso. La amenaza de castración aparece ya en un primer momento, cuando el interés del niño por la manipulación de sus genitales y su persistencia en mojar la cama es insistente. Sin embargo, en un principio el niño no presta atención a dicha amenaza. Es hasta que su incredulidad se ve quebrantada al observar los genitales de la niña y darse cuenta de la falta de un pene en ella. De esta manera, la universalidad del pene que una vez tuvo, queda desacreditada y da paso a la *angustia de castración*.

Ante esta angustia de castración, el niño prefiere ceder y renunciar al amor incestuoso antes que perder ese órgano tan valioso que es el pene. Se puede decir que, este interés narcisista triunfa sobre la satisfacción amorosa resultante del complejo de Edipo.

Se ha hablado del sepultamiento del complejo de Edipo en el varón; sin embargo, en la niña, las cosas no suceden de igual manera. En este caso, la niña, al comparar sus genitales con los del varón, explica su falta entendiendo que ella alguna vez también tuvo un miembro igual, pero lo perdió. Es decir, la niña acepta que fue castrada, por el contrario del niño, que teme a que se consuma este hecho. No obstante, la niña intenta reparar esta pérdida, por lo que un nuevo deseo aparece:

busca parir un hijo del padre. Un hijo que le significa un regalo. Al no cumplirse nunca este deseo, se propicia por desilusión el sepultamiento de la etapa edípica y así la niña, al igual que el varón, renuncia a los deseos incestuosos por el progenitor del sexo contrario.

Vemos que son la realidad, las normas sociales y la relación con los padres las que favorecen el sepultamiento del complejo de Edipo. Por eso, cabe también preguntar ¿Cómo hicieron los propios padres para salir del narcisismo primario cuando eran pequeños? Se puede decir que hay una renuncia a esa posición debido a que los deseos pulsionales quedan sofocados bajo el mandato de una norma impuesta por la propia cultura, lo cual señala Freud en su texto *El porvenir de una ilusión* (1927) cuando refiere que “toda cultura debe edificarse sobre una compulsión y una renuncia de lo pulsional” (Freud, 1927, p. 7). De lo cual se infiere que, así como hay una compulsión por darle todo al niño, por suspender ante él todas esas conquistas culturales, también hay otra compulsión en la cultura, una compulsión por privarlo de esos privilegios y denegar la satisfacción de sus pulsiones.

Sólo asumiendo esa renuncia pulsional, el sujeto podrá inscribirse a una cultura y formar parte de ella activamente. Por consiguiente, las normas serán aplicadas ante los deseos de cada niño que nace. Así, “llamaremos *frustración* (denegación) al hecho de que una pulsión no pueda ser satisfecha; *prohibición*, a la norma que la establece, y *privación*, al estado producido por la prohibición” (Freud, 1927), p. 10). De manera que a través del establecimiento de una norma es que se da la renuncia pulsional.

De esta renuncia exigida, se desprende un nuevo movimiento psíquico. En efecto, tras el sepultamiento del complejo de Edipo surge una nueva instancia que se desprende del Yo. En *Introducción del narcisismo* (1914) Freud le llama ideal del Yo y, posteriormente, en *el Yo y el Ello* (1923), le llamará Superyó.

Ideal del Yo

A partir del sepultamiento del Complejo de Edipo, la carga libidinal de la cual estaba investida la madre, como primer objeto de amor, tendrá que ser resignada. Esto abre paso a dos posibles resultados: una identificación con la madre o el fortalecimiento de la identificación con el padre. Este último -el fortalecimiento de la identificación con el padre- será el proceso más idóneo, ya que permitirá que el vínculo amoroso con la madre se mantenga, solo que como un vínculo de carácter únicamente afectivo, tierno. Así, esta identificación secundaria, la identificación- padre y madre, refleja la salida del niño de esos deseos incestuosos y por tanto, la pauta para la culminación de un ciclo aparentemente normal.

Se puede decir que, posterior a la resignación del objeto sexual, una alteración en el Yo sobreviene y, con esto, una serie de nuevas formaciones psíquicas.

Lo que Freud (1923) describe más claramente en la siguiente cita:

Así, como resultado más universal de la fase sexual gobernada por el complejo de Edipo, se puede suponer una sedimentación en el Yo, que consiste en el establecimiento de estas dos identificaciones [madre y padre] unificadas de alguna manera entre sí. Esta alteración del Yo recibe su posición especial: se enfrenta al otro contenido del Yo como ideal del Yo o Súperyo. (p.35-36)

Es evidente que, la identificación-padre y la identificación-madre corresponde a esta nueva formación en el Yo. A su vez, esto trae consigo lo que Freud refiere como ideal del Yo o Súperyo. Pero, ¿Cuál es su tarea? ¿Por qué se habla en la cita de una posición especial?

Como primer punto, es importante señalar la génesis de este ideal del Yo, por lo que, se retomará lo expuesto por Freud en un primer momento en Introducción del Narcisismo (1914). En este texto Freud señala que, el hombre es incapaz de renunciar

a la perfección narcisista, por lo que ese narcisismo se ve desplazado a un Yo ideal; este Yo ideal retoma todas las características y perfecciones que una vez poseyó el Yo real. De esta manera, es que surge una nueva instancia psíquica -el ideal del Yo - encargada de mediar entre lo proyectado en el Yo ideal y la posición del Yo actual. A su vez, el ideal del Yo sirve como modelo para el Yo en cuanto a los logros adquiridos. Según se entiende, esta nueva instancia se encuentra entre el Yo real y el Yo ideal, de manera que su tarea consiste en observar y comparar al Yo actual con ese Yo ideal cargado de perfecciones narcisistas.

Ahora, la formación del ideal del Yo, en un primer momento estuvo a cargo de las figuras parentales, quienes fueron los primeros en establecer una prohibición, sin embargo, ese ideal del Yo, posteriormente toma esas normas que devienen de educadores, maestros y todas aquellas personas que representen autoridad.

En 1923, Freud expone de manera más clara la etiología del ideal del Yo o *Súperyo*, subraya que esta instancia deviene del sepultamiento del Complejo de Edipo y, por tanto, de la formación de identificaciones. Así, la amenaza de castración del padre por los deseos edípicos del niño se erige dentro del Yo y, de esta manera, el Súperyo conserva el carácter del padre, es decir, el carácter de una prohibición. Menciona, a su vez, que esta instancia de la misma manera que advierte también prohíbe. De lo cual se infiere que, el ideal del Yo tiene como cometido enunciar *debes ser así como el padre* (por esa identificación) *pero no puedes hacer todo lo que él hace* (por esa prohibición).

Ahora, se puede ver que en el sujeto hay una constante por recuperar el narcisismo primario. Siendo esto, posiblemente, la razón por la cual el ideal del Yo se coloca en una posición especial. De manera que sirve perfectamente al niño para recuperar ese amor perdido. Puesto que, el niño seguirá la norma ya instaurada en el interior, hará lo que le pidan y cumplirá con las exigencias del Súperyo con tal de lograr sentirse nuevamente amado y venerado como alguna vez lo fue. Esa es la satisfacción narcisista que obtiene a cambio de efectuar la renuncia pulsional. En otras palabras, el

niño para recuperar el amor perdido hará lo que sus padres le pidan y después lo que la cultura le demande y, de esta manera podrá recuperar ilusoriamente ese narcisismo primario. En El porvenir de una ilusión (1927) Freud dice que la cultura le exige a su gente una renuncia pulsional, pero a cambio les ofrece reconocerlos si dirigen sus pulsiones hacia metas socialmente aceptadas. Dice así, “la satisfacción que el ideal dispensa a los miembros de la cultura es de naturaleza narcisista” (Freud, 1927, p. 13).

Finalmente, se puede entender que el desplazamiento del niño a través de las diversas fases psicosexuales que hemos revisado es lo que conlleva a la constitución de su psiquismo; a que pueda hacer una renuncia pulsional y configurarse como sujeto deseante, en falta. Un sujeto, por tanto con un psiquismo y no únicamente un cuerpo como lo plantean las disciplinas del ámbito médico. Esa es la principal argumentación sostenida en la presente tesis, donde afirmo que el niño con síntomas de psicosis temprana puede ser atendido de modo psicoanalítico, ya que psíquico, deseante y hablante y no un cuerpo puramente físico.

A partir de la propuesta freudiana sobre la constitución psíquica del sujeto, surgen los siguientes cuestionamientos ¿Cuál es la relación entre la estructuración psíquica del sujeto y la etiología de la psicosis? ¿Qué entiende Freud por psicosis? ¿La etiología de la psicosis temprana podría ser descrita de la misma manera que la psicosis observada en el adulto? Demos paso al siguiente apartado para hablar de todo ello.

2.1.2 Algunas conclusiones teóricas sobre la psicosis según Freud.

De acuerdo a lo postulado por Freud en 1914, existen dos rasgos fundamentales que caracterizan al parafrénico (refiriéndose a aquellos que presentan demencia precoz o esquizofrenia). Estos rasgos consisten en: el delirio de grandeza y la falta de interés por el mundo exterior. Para Freud, los parafrénicos “parecen haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior” (Freud, 1914, p.72). En el caso de los parafrénicos, la libido deja de investir a otros objetos, proceso por el cual, según

vimos en el apartado anterior, el niño se percató de la existencia de un mundo ajeno. Eso, posiblemente, pudiera explicar la falta de interés del parafrénico por el mundo exterior.

¿Cuál es entonces el destino de la libido sustraída de los objetos en la esquizofrenia? “La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al Yo” (Freud, 1914, p.72). En el paciente parafrénico se habla entonces de la presencia de una libido yoica. Una libido que sólo invierte al Yo. De manera que el paciente encuentra en sí mismo la satisfacción; tal y como sucede en la etapa del narcisismo primario, en la cual el niño percibe al mundo externo como hostil. Por lo que pudiera decirse entonces, que en la demencia precoz o esquizofrenia, el paciente regresa a una etapa narcisista. Una etapa donde la libido yoica gobierna la vida psíquica.

Ahora, ¿Por qué el paciente parafrénico se retira del mundo externo? ¿Qué le es tan insoportable que deja de investir objetos y, por tanto, cancela su vínculo con la realidad? En 1924, Freud plantea una propuesta sobre la etiología de las psicosis, que servirá para responder dichos cuestionamientos.

En *Neurosis y Psicosis* (1924-[1923]) reitera que el aparato psíquico se constituye por tres instancias fundamentales: Ello (vida pulsional), Súperyo o Ideal del Yo y Yo. A su vez, recalca que el trabajo del yo consiste en mediar entre las instancias del Ello y Súperyo. Esta última instancia, como ya se ha mencionado, tiene su origen por las prohibiciones del mundo exterior. Por lo que, se puede decir también que el trabajo del yo es mediar entre el Ello y el mundo exterior.

A partir de esta organización del aparato psíquico en instancias, se puede dar paso a lo que Freud plantea en 1924 sobre la psicosis. El autor postula que la psicosis es el desenlace de un conflicto entre el Yo y el mundo exterior.

Revisemos lo citado por Freud (1924):

Hace poco tiempo indiqué como uno de los rasgos diferenciales entre neurosis y psicosis que en la primera el Yo, en vasallaje a la realidad, sofoca un fragmento del Ello (vida pulsional), mientras que en la psicosis ese mismo Yo, al servicio del Ello, se retira de un fragmento de la realidad [Realitat, <<contenido objetivo>>]. Por lo tanto, lo decisivo para la neurosis sería la hiperpotencia del influjo objetivo (Realeinflusses), y para la psicosis, la hiperpotencia del Ello. La pérdida de realidad (objetividad) estaría dada de antemano en la psicosis..." (p. 193) (el subrayado es mío).

Revisemos por partes. De acuerdo a Freud, como ya vimos, al irse dando la constitución psíquica en cada individuo, el mundo exterior gobierna sobre el mundo interior, es decir, la vida pulsional regularmente queda sometida a las exigencias del exterior real y a las prohibiciones culturales. Pero en el caso del psicótico, su ruptura con el mundo – o como menciona la cita su pérdida de realidad-, se debe a una grave frustración, a una denegación de un deseo por parte de la realidad, que fue insoportable para el sujeto, tanto que se retiró de ese mundo prohibitivo. Podríamos decir que no pudo tolerar el estado de privación provocado por la prohibición.

Con este planteamiento se puede entender que el enfermo parafrénico se retira del mundo externo porque lo encuentra hostil, puesto que le ha denegado la satisfacción de sus pulsiones. Tal denegación le parece tan insoportable que cancela el vínculo con la realidad, ensimismándose en una propia. Así, el parafrénico crea su propio mundo, un mundo donde el yo acata las peticiones del Ello. Pero ¿cómo lograr crear su propia realidad? Freud lo explica así.

Dice que esta ruptura con el mundo exterior se perfila en dos pasos: primero, el Yo se desprende de la realidad y, segundo trata de reparar, de compensar esta pérdida de la realidad creando una propia, en la cual toma en cuenta los deseos del Ello. Para ello necesita en primer lugar rehusar de su mundo interior, es decir, de ese tesoro mnémico que es el componente principal del Yo y que se fue conformando por el

cúmulo de percepciones y huellas mnémicas dejadas durante sus experiencias vitales. En lugar de ello, el psicótico despliega un delirio, un discurso delirante, como un intento por sustituir el mundo real, que no es más que “un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior” (Freud, (1924-[1923]), pp. 157).

Pero al mismo tiempo, tiene que alterar las percepciones actuales que recibe, para poder sostener su delirio. Es por ello que comienza a tener alucinaciones (auditivas, visuales, olfativas, táctiles). El psicótico se procura nuevas percepciones por la vía de la alucinación. Estos intentos por sustituir a la realidad se hacen posibles por la existencia del “mundo de la fantasía” (Freud, (1924-[1923]), pp. 197), el cual, de acuerdo a Freud, sólo se encuentra como reserva, ya que, a consecuencia de la instauración del principio de realidad, quedó excluido del mundo exterior real. Sin embargo, la fantasía sirve a la psicosis para extraer el material necesario y así crear un mundo más soportable que el real.

De este modo, en la psicosis, el Yo crea un nuevo mundo, tanto interior como exterior. Este nuevo mundo se crea bajo el imperio de las pulsiones, de los deseos imperantes del *Ello*. Como bien dice la cita, en la psicosis quien gobierna es el *Ello*. En otras palabras, el Yo se somete a las exigencias de la vida pulsional. Como un ejemplo se tiene a la amentia de Meynert “-la forma más extrema e impresionante de psicosis- el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia” ((Freud, (1924-[1923]), pp. 156).

Pudiera decirse que el psicótico expresa un descontento por el mundo real o, como menciona Freud, una “incapacidad para adaptarse al apremio de la realidad” (Freud, 1924, p. 195). Tanto es así, que la desmiente y la sustituya por la suya propia, a la que toma por real.

De acuerdo a lo revisado, se puede concluir que la etiología de la psicosis se desprende de una frustración insoportable para el sujeto, una denegación de la realidad

a la cual no puede someterse; el psicótico crea entonces un nuevo mundo donde refugiarse, donde la realidad no lo acecha. Esta pérdida de la realidad lo coloca en una etapa narcisista, donde la libido de objeto deja de operar para convertirse de nueva cuenta en libido yoica.

Por tanto, la psicosis puede explicarse como una regresión a la etapa del narcisismo primario. Sin embargo, ¿Será posible decir lo mismo en cuanto a la psicosis temprana? Es decir, en los niños con síntomas de psicosis temprana ¿Hay también una regresión al narcisismo? ¿o es posible que en estos niños no haya aún una renuncia al narcisismo primario? Para abordar dichos cuestionamientos, se dará paso a las aportaciones de autores psicoanalistas, quienes particularmente se acercaron al trabajo con niños.

2.2 APORTACIONES DE MELANIE KLEIN

En el apartado anterior se revisó la propuesta freudiana, la cual, desde mi particular punto de vista, es fundamental para poder dar paso al estudio y comprensión de otras propuestas psicoanalíticas. Tal es el caso de la psicoanalista austriaca Melanie Klein (1882-1960) quien formuló que las relaciones que establece el niño durante sus primeras etapas son fundamentales para la propia constitución psíquica. Dicha teoría la coloca como una de las figuras centrales del psicoanálisis de niños y, por tanto, de la presente tesis, la cual, como se recordará, argumenta que el niño con síntomas de psicosis temprana puede ser visto desde el psicoanálisis en una posición de sujeto en falta. Finalmente, la propuesta kleniana me parece elemental para el fundamento de esta tesis principalmente por dos motivos, el primero, por la cercanía y trabajo clínico de la autora con pacientes niños y, segundo, por su construcción teórica sobre la psicosis temprana.

2.2.1 Etapas tempranas de la vida psíquica del niño

Melanie Klein, en 1952, consolida su planteamiento la dos etapas de la vida emocional del bebé sugeridas por ella: La Posición Esquizo-paranoide y La Posición Depresiva Infantil. En ambas, la ansiedad se hace presente. Por lo que, el bebé tendrá que enfrentarse a ella para lograr así un desarrollo normal del Yo.

La Posición Esquizo-Paranoide

Desde el principio de la vida posnatal el bebé experimenta diversas ansiedades. En un primer momento –en esta posición esquizo-paranoide- se hace presente la ansiedad persecutoria. Esta ansiedad se deriva de fuentes internas y externas. Como fuente interna, Klein señala el instinto de muerte, es decir, un temor innato a ser aniquilado. Por tanto, a partir del nacimiento, este temor significará para el bebé fuente de grandes ansiedades.

Como primera fuente externa menciona la experiencia del nacimiento. “Pareciera como si el dolor e incomodidad sufridos por él [por el bebé] así como la pérdida del estado intrauterino, fueran sentidos como un ataque de fuerzas hostiles, es decir, como persecución” (Klein, 1952, p. 70). De esta manera se entiende que, el bebé al estar expuesto a privaciones –hambre, sueño, dolor- siente que es atacado y la ansiedad persecutoria se hace presente. Estas tempranas ansiedades son de naturaleza psicótica y forman la base de posteriores psicosis. Klein reitera que es en este periodo que se encuentran los puntos de fijación de todas las perturbaciones psicóticas. Así, por ejemplo, la mayoría de los fenómenos que prevalecen en los primeros meses de vida se encuentran en el cuadro sintomáticos posterior de la esquizofrenia. Puesto que para la autora lo que hace que estas ansiedades sean psicóticas esta en relación a la actuación del instinto de muerte dentro del organismo (Klein, 1946). No obstante, este punto se retomará más adelante en esta tesis.

Siguiendo las ideas de Freud, Klein considera que el primer objeto de amor del niño es la madre. De acuerdo con la autora, esta primera relación objetal es sólo con una parte del objeto, es decir, con un objeto parcial: el pecho de la madre. Es por esto que Klein dirá que tanto las pulsiones libidinales como destructivas van, en un principio, dirigidas al pecho materno.

Klein (1952) sugiere que:

Las vivencias recurrentes de gratificación y frustración son estímulos poderosos de las pulsiones libidinales y destructivas [...] En consecuencia en la medida que gratifica, el pecho es amado y sentido como <bueno>; y en la medida en que es fuente de frustración, es odiado y sentido como <malo>. (p.72)

De manera que, para el bebé hay dos objetos, uno al que ama y otro al que odia. Así, el bebé al ser gratificado, se lo atribuye al pecho bueno, y al pecho malo le atribuye todo tipo de tensión y frustración. En las ocasiones en que el bebé no siente ningún tipo de tensión, ambas pulsiones se encuentran en equilibrio. Sin embargo, cuando la tensión aparece, ya sea por una causa externa o interna, las pulsiones agresivas hacen su mayor aparición.

El bebé opone La oposición pecho bueno y pecho malo a consecuencia de la falta de integración de su Yo, la cual, a su vez, suscita que el bebé sienta a la madre como parte de él, como si fueran uno mismo. Situación que terminará conforme el Yo se consolide.

Mientras tanto, esta doble relación del bebé con el pecho materno, se desarrolla a través de diversos procesos psíquicos, entre ellos, la proyección e introyección. Para Klein, estos son mecanismos de defensa, que utiliza el Yo precoz para defenderse de la ansiedad que le provocan las experiencias de privación y frustración que padece sin la ayuda de otro que le permita tramitarlas.

Según Klein, el bebé proyecta hacia el exterior sus pulsiones libidinales y las atribuye al pecho bueno y, a su vez, proyecta sus pulsiones agresivas y las atribuye al pecho malo. La proyección de estas pulsiones agresivas se da a través de las fantasías sádicas del bebé, las cuales, consisten en devorar y vaciar el cuerpo de la madre de todo lo bueno y deseable (desea penetrar en el cuerpo de la madre) o llenarlo de sustancias dañinas y partes malas del Yo, para así destruirlo o controlarlo. Se podría decir, que en el bebé la presencia del sadismo se evidencia en estas fantasías de apoderarse o destruir al objeto. Lo cual, es de naturaleza propiamente oral y anal.

Con respecto a la introyección, el bebé introyecta, tanto lo que representa el pecho bueno (gratificaciones, amor, felicidad) como lo que representa el pecho malo (frustración, tensión, dolor). Es decir, incorpora ambas experiencias, tanto buenas como malas. Estos primeros objetos introyectados serán la base para la formación del Superyó. El pecho bueno como la parte benevolente del Superyó y el pecho malo como la parte mala y exigente. Asimismo, la introyección del pecho bueno facilitará la capacidad de integración del Yo, procurando una defensa contra la ansiedad persecutoria y fortaleciendo la confianza del bebé en sus objetos.

La relación del bebé con el pecho materno se da a partir de las cualidades atribuidas a éste. Así, por ejemplo, cuando siente que está ante el pecho malo, el bebé fantasea que lo devora, destruye y ataca. Pero, también fantasea que puede recibir lo mismo de ese objeto como un efecto de retaliación ante su ataque. En ese momento, el bebé siente que el pecho lo atacará de la misma manera en que él lo hizo y eso aumenta su ansiedad persecutoria. Dicha situación, sólo puede ser contrarrestada por la relación que el bebé sostiene con el pecho bueno, quien lo protegerá y cuidará de dichos ataques. Por lo que se infiere, que la ansiedad persecutoria disminuye en tanto el bebé sienta la presencia del pecho bueno, de los cuidados y afectos de la madre o su sustituto, pues “ aún el niño muy pequeño responde a la sonrisa de la madre, a sus manos, a su voz, al hecho de que lo alce en brazos o atienda sus necesidades” (Klein, 1952, p.73).

Ante el aumento de la ansiedad persecutoria, el bebé pone a su disposición los mecanismos de defensa que le ayuden a disminuir los temores sentidos ante estas imagos de que el “pecho devorador” lo va a atacar. Imagos que, como lo menciona Klein, son un cuadro fantásticamente distorsionado de los objetos reales. Uno de esos mecanismos es la idealización del “pecho bueno”, es decir, un pecho perfecto e inagotable que le sirve de protección ante el voraz ataque del “pecho malo”. Pero el estado de frustración siempre regresa y por tanto, la ansiedad persecutoria reaparece, por lo que el bebé tiene que echar a andar más mecanismos de defensa. Entre ellos usa la escisión de objeto que le permite mantener separados el pecho malo (fantaseado como objeto persecutorio) del pecho gratificador (fantaseado como objeto ideal). De manera que las experiencias de gratificación quedan completamente separadas de los momentos de ansiedad. El bebé al estar ante tales situaciones de placer niega que pudiera haber un pecho malo que acabe con eso. Tal negación puede llevar al aniquilamiento del objeto malo y por consiguiente, al alivio de la ansiedad persecutoria.

Pero cuando a pesar de tal escisión la ansiedad persecutoria persiste, el bebé hace uso de otro mecanismo de defensa más radical que es el control onnipotente, donde el Yo del bebé asume que posee ambos pechos, tanto el idealizado (interno) como el persecutorio (externo), y fantasea que puede controlarlos y manejarlos a su antojo. Así por ejemplo, el bebé alucina que el pecho siempre está a su disposición, que siempre que él lo desee el pecho aparecerá. Lo cual, claramente calma esa ansiedad que continuamente lo acecha.

Todos estos mecanismos esquizoides trabajan en conjunto permitiendo que el bebé logre dar batalla a esos temores de aniquilamiento y así, poder disminuir la ansiedad persecutoria. Como ya se mencionó, la presencia del objeto bueno será de vital importancia, ya que, facilita que los procesos de escisión sean menores y, por tanto, se logre la integración del Yo. No obstante, durante esta etapa el Yo aún se encuentra fragmentado pues la ansiedad persecutoria se encuentra en su mayor auge.

En resumen, en la posición esquizo-paranoide el bebé establece una relación con un objeto parcial: el pecho de la madre, el cual queda escindido en pecho bueno

(gratificador) y pecho malo (frustración). Los mecanismos de defensa esquizoides de esos primeros tiempos de la vida, que entre otros son la introyección, proyección, escisión, idealización y control onnipotente, sirven como defensa para la disminución de la ansiedad persecutoria, y de este modo facilitan que se dé la relación del bebé con los objetos y determinan el desarrollo del Yo y de la constitución psíquica en general. Contribuyen además a que las experiencias buenas o gratificantes priven sobre las malas o frustrantes, por lo que el concepto kleiniano de objeto bueno (pecho bueno) se vuelve fundamental para el desarrollo normal del Yo.

La Posición Depresiva Infantil

Según Melanie Klein, conforme las experiencias buenas se destacan sobre las malas, van disminuyendo los mecanismos de defensa de escisión, y por tanto, aumenta la integración del yo, lo que trae como consecuencia diversos cambios en el bebé.

Tal y como lo menciona Klein (1952) en la siguiente cita:

Ciertos cambios en el desarrollo intelectual y emocional del bebé, se hacen más marcados. Su relación con el mundo externo -con las personas así como con las cosas- se vuelven más diferenciada. La gama de sus gratificaciones e intereses se amplía y aumenta su capacidad de expresar sus emociones y de comunicarse con la gente. Estos cambios observables evidencian el desarrollo gradual del Yo. (p. 81)

De acuerdo con esta cita, se infiere que el bebé ha logrado atravesar la etapa esquizo-paranoide cuando los montos de ansiedad persecutoria han disminuido y por tanto, se ha alcanzado cierto grado de integración del Yo. A consecuencia de estos cambios, la relación con la madre se establece más firmemente, pues ésta deja de ser un objeto parcial (pecho) para convertirse en un objeto total. A partir de eso, el bebé ahora puede introyectar a la madre y al padre como objetos totales y, por tanto, como objetos más cercanos a la realidad.

Al dejar atrás la separación de pecho bueno y pecho malo, las pulsiones del bebé ahora van dirigidas hacía un mismo objeto. De manera que si tanto sus pulsiones libidinales como destructivas se dirigen al objeto total, la pulsiones destructivas se perciben como un peligro para el objeto amado. Por eso el Yo busca inhibir dichas pulsiones y reparar el daño causado. En estas nuevas circunstancias, ya no prima la ansiedad persecutoria pues la mayor ansiedad es la de perder al objeto amado. Eso indica que la *posición depresiva* aparece en primer plano.

La ansiedad con respecto a perder al objeto amado (generalmente la madre), a quien el bebé siente dañado o en peligro, genera una mayor identificación con ese objeto amado. Esta identificación fortalece el impulso a la reparación, que es una actividad del Yo dirigida a restaurar al objeto amado y dañado. Durante esta etapa depresiva, el Yo muestra una mayor capacidad para tolerar la ansiedad, por lo que, las defensas son menos extremas.

En general, el Yo se protege haciendo uso de la negación de las situaciones de ansiedad; sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve intolerable, puede llegar a negar que pueda amar al objeto, por lo que la ansiedad persecutoria reincide y posiblemente haya una regresión a la etapa anterior, es decir, a la etapa esquizo-paranoide, y pone en juego nuevamente las defensas esquizoides como el control onnipotente, la idealización o la escisión. Esta regresión, de acuerdo a Klein, puede traer serias dificultades en el desarrollo temprano.

La intensión del control onnipotente de los objetos durante la etapa depresiva, es poder mantener a salvo al objeto amado, impedir el ataque de las pulsiones agresivas y por tanto, suprimir la ansiedad depresiva. A su vez, la escisión del objeto durante la posición depresiva tiene algunas variantes pues ahora, el Yo del bebé divide en su fantasía al objeto total en un objeto indemne vivo y en un objeto dañado o en peligro (Klein, 1952). En este caso, la escisión sirve primordialmente al Yo para disminuir la ansiedad depresiva.

En la posición depresiva el deseo de reparar al objeto dañado se encuentra ligado fuertemente a sentimientos de culpa. Así, de acuerdo a Klein, la pareja culpa y reparación constituyen el inicio de posteriores sublimaciones y el medio más poderoso para disminuir la ansiedad depresiva. El niño confiado en su capacidad de reparación complace a sus padres como muestra de amor y, así compensa el daño hecho al objeto amado. A través de sus logros repara al objeto y, por consiguiente, disminuye la ansiedad depresiva.

Klein (1952) menciona que:

De este modo se establecen las bases del desarrollo normal: se desarrollan las relaciones con los demás, disminuye la ansiedad persecutoria...se establecen más firmemente los objetos internos buenos, lo que trae aparejado un sentimiento de mayor seguridad; todo lo cual fortalece y enriquece al Yo. (p. 84)

De acuerdo a lo anterior, se podría decir que el desarrollo del Yo aproxima al niño a la realidad y, por tanto, favorece el contacto que establece con los otros. Esto, a su vez, posibilita que distinga los peligros reales de los peligros fantaseados. Por tanto, un modo en que el niño puede evitar que su agresión se convierta en una fuente de ansiedad y culpa intolerable sea su capacidad de vivenciarla, sublimarla y distinguir sus fantasías de la realidad.

Las observaciones realizadas por Melanie Klein en su experiencia clínica le permitieron afirmar que durante la etapa depresiva aparecen los estadios tempranos del Complejo de Edipo.

Lo cual, Klein (1952) describe en la siguiente cita:

A pesar de que los deseos genitales se acercan marcadamente al primer plano, predomina aún la libido oral. Poderosos deseos orales, incrementados por la frustración vivenciada en relación con la madre, se transfieren del pecho materno al pene del

padre. Los deseos genitales en los bebés de ambos sexos se unen a los deseos orales; lo que trae aparejada una relación oral, así como genital, con el pene del padre. Los deseos genitales se dirigen también hacia la madre. Los deseos del pene paterno están ligados a los celos de la madre, porque el bebé siente que ésta recibe el objeto codiciado. (p. 87)

Esta cita adquiere sentido si antes se aclara que cuando el bebé reconoce a su madre como un objeto total, acepta que ella es un individuo con vida propia y que tiene relaciones con otras personas más además de él. Eso le implica percibirse a sí mismo como un individuo separado de su madre. Esta experiencia, diría Klein, es la fuente de sensaciones de desamparo, celos y temor de perder a la madre. Es también fuente de la ambivalencia que a partir de entonces el bebé sentirá hacia su madre, ya que ésta en la realidad no sólo lo gratifica sino que también lo frustra. Y por último, es también detonador del complejo de Edipo.

De acuerdo a la cita, los deseos orales van dirigidos tanto al pecho de la madre como al pene del padre. Los deseos genitales hacen su aparición y van de la mano con el deseo oral del bebé de tener a la madre, y ahora también al padre. Pues para el bebé el pene del padre está contenido dentro de la madre; pero eso él no lo soporta porque le implica desamparo, celos y temor de perder a la madre. Por tanto quiere apoderarse de ese objeto valioso, y en sus fantasías sádicas, el bebé quiere vaciar a la madre y quitar todo lo bueno y deseable que está dentro de ella. Pero esto también indica que el bebé desea tener el pene padre. Puede verse aquí que la necesidad de penetrar en el cuerpo materno, característico de la etapa esquizo-paranoide, aún se encuentra activa durante la posición depresiva. Según Klein, al aumentar los deseos genitales se incrementa esta necesidad de dirigirse hacia el pene del padre y apoderarse de él. Sin embargo, por la presencia de los deseos orales, el bebé también puede incorporar al pene del padre. Esta dirección del hijo hacia el padre es, siguiendo a Klein, fundamental para el desarrollo de las primeras relaciones objetales.

Pero este proceso se va dando en dos momentos. Al principio, cuando el bebé se siente frustrado, fantasea que es a causa de no recibir el objeto preciado (ya sea el pecho de la madre o el pene del padre), objeto al que atribuye un estado de constante gratificación. De acuerdo a Klein, ese objeto preciado serían: “unos padres fusionados inseparablemente en la relación sexual [...] esencial en diversas situaciones de ansiedad de naturaleza psicótica” (Klein, 1952, p. 88). Esta situación sólo se modifica a partir de los cambios y progresos que el bebé realiza en la posición depresiva, cuando ante la ansiedad de perder a la madre por el daño que le ha causado, busca un sustituto y entonces se vuelve hacia el padre, a quien introyecta como objeto total. Esta nueva situación, disminuye la ansiedad depresiva y favorece las relaciones objetales del bebé. De acuerdo a lo anterior, se infiere que la presencia del padre sirve entonces como ayuda para superar la posición depresiva. El padre, por tanto, se convierte en elemento fundamental al igual que la madre para suprimir las ansiedades tempranas del niño.

No obstante, se ponen en juego nuevos conflictos, pues aparecen en el bebé sentimientos de envidia, rivalidad y celos a causa de los deseos genitales hacia sus padres. Dicha situación, coloca entonces al niño en la etapa del Complejo de Edipo. Klein dirá que estas tendencias genitales, a pesar de los conflictos que causan durante la etapa edípica, también facilitan la elaboración de las ansiedades pregenitales. De acuerdo a Klein, la primacía genital implica una disminución de las tendencias y ansiedades orales, uretrales y anales.

Más claramente, Klein (1952) lo cita de la siguiente manera:

A través del proceso de elaboración de los conflictos edípicos y logro de la primacía genital, el niño se hace capaz de establecer firmemente los objetos buenos en su mundo interior y desarrollar una relación estable con sus padres. Todo esto significa que está elaborando y modificando las ansiedades persecutoria y depresiva. (p.91)

Como conclusión se podría decir que vivenciar la posición esquizo-paranoide es primordial para acceder a la posición depresiva, puesto que van ligadas una de otra siendo casi imposible saltar alguna de ellas sin que se presenten repercusiones. Además, en cada una de ellas el bebé se prepara para lo que viene, es decir, se llena de recursos psíquicos que le serán de ayuda para superar las dificultades que a continuación se le presenten.

Hasta aquí se han descrito los estadios tempranos del desarrollo según Melanie Klein, por lo que ahora, se revisará un caso clínico atendido por ella, que sin duda será elemental para esclarecer el tema de la psicosis temprana en la presente tesis.

2.2.1 Sobre la psicosis temprana: un caso clínico de Klein.

En 1930, Klein publica un artículo titulado “La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo”. Allí, cuenta acerca de un niño atendido por ella llamado Dick, que tenía 4 años cuando llegó a su consultorio con síntomas de demencia precoz. La descripción del caso y las conclusiones teóricas de la autora esclarecen de manera precisa el tema de la psicosis temprana, por lo cual, a continuación daremos paso a la descripción de dicho caso.

Dick a la edad de 4 años presentaba un retraso en su lenguaje y en su desarrollo intelectual. Esto lo colocaba en un nivel de un niño de menor edad. Sin embargo, Dick podía repetir correctamente una palabra pero terminaba haciéndolo de manera mecánica y sin sentido. No mostraba interés por el juego ni por ninguna otra actividad. Su relación con el medio era nula. Cuando se lastimaba, demostraba gran insensibilidad al dolor, no buscaba ser consolado o mimado, lo cual, es común en todos los niños pequeños, diría Klein. En ocasiones, actuaba como si nadie estuviera a su alrededor. “La expresión de sus ojos y su rostro era fija, ausente y falta de interés.” (Klein, 1930, p.227).

Asimismo, Dick mostraba dificultades en su desarrollo motriz, no podía manejar algunos instrumentos como tijeras o cuchillos, sin embargo, con otros utensilios no tenía esta dificultad. Finalmente, de acuerdo a Klein, Dick carecía de sentido y propósito.

La historia clínica podría resumirse de la siguiente manera: el periodo de lactancia de Dick fue insatisfactorio y perturbado, pues la madre de éste se rehusó a amamantarlo. Por esta causa, el niño estuvo cerca de morir por inanición. Se recurrió entonces a la alimentación artificial y posteriormente se le procuró una nodriza. No obstante, Dick siempre presentó dificultades en la alimentación. En un primer momento, se negaba a ser amamantado por la nodriza, rechazaba el biberón y, después, al pasar a alimentos más sólidos se negaba a masticar.

Dick, estuvo carente de amor materno puesto que la madre mantuvo una actitud hacia el niño de constante angustia. Fue hasta los dos años de edad que la presencia de una niñera y los cuidados de la abuela, quien se mostraba muy cariñosa con él, cubrieron esta falta de amor. Estos cambios favorecieron su desarrollo. Aprendió a caminar a edad normal y adquirió hábitos de limpieza. Sin embargo, tuvo dificultades para el control de esfínter.

Posteriormente, ya a los 4 años de edad, Dick fue reprimido por su niñera quien, de acuerdo a Klein, había descubierto que practicaba la masturbación. Este evento generó en el niño sentimientos de culpa y ciertos temores. A su vez, ante la constante presencia de su niñera, Dick comenzó a mostrar actitudes de celo y sensibilidad ante el reproche. Así como una mayor adaptabilidad hacia el medio, a través de “cosas externas” (Klein, 1930, p.228). Por ejemplo, aprendió a hablar a través de la repetición mecánica de palabras. También mostró mejoría en su alimentación, pues ya no había necesidad de forzarlo a comer. No obstante, las dificultades principales continuaron, llegándose a pensar que el niño era anormal. De acuerdo a Klein, esto último seguramente afectó la relación o actitud que se tenía con el propio niño. Pues lo que más llamaba la atención era la falta de contacto emocional. Dick no respondía ante la

ternura de su abuela y niñera. Es decir, a pesar de los cariños y mimos recibidos, Dick no había establecido ninguna relación objetal.

De acuerdo a los síntomas descritos, Dick fue diagnosticado previamente como un caso de demencia precoz. Dicho diagnóstico contó con el aval del médico debido a que no se encontró ninguna otra causa de origen orgánico. Sin embargo, a partir del análisis de Dick, Klein concluye que se trataba de una inusual “inhibición en el desarrollo del Yo” (Klein, 1930, p.226). Al parecer, tal inhibición en el desarrollo tenía que ver con una *falla* en las etapas primitivas.

Tal y como Klein (1930) lo explica en la siguiente cita:

Había en el Yo de Dick una incapacidad completa, aparentemente constitucional, para tolerar la angustia. Lo genital había intervenido muy precozmente; esto produjo una prematura y exagerada identificación con el objeto atacado y contribuyó a la formación de una defensa igualmente prematura contra el sadismo.(p.228)

De acuerdo a la cita, la prematura aparición de los deseos genitales de Dick hacia su madre, debido a su complejo de Edipo precoz, aceleró la *identificación* con el objeto amado y por tanto, las defensas aumentaron. Por lo que se puede decir que fue tal la intolerancia a la angustia que esto provocó, que trajo como consecuencia el cese de la vida de fantasía del niño. Es decir, Dick difícilmente pudo establecer una relación sádica con la madre, lo cual, como se dijo en el apartado anterior, es propio de las etapas previas al Edipo. Así, “el desarrollo ulterior de Dick había sido perturbado porque el niño no podía vivir en fantasías la relación sádica con el cuerpo de la madre” (Klein, 1930, p.229)

A su vez, como ya se mencionó también, la disminución efectiva de la ansiedad es fundamental para el desarrollo normal del Yo. Por lo que, posiblemente, la relación perturbada de Dick con su madre fue un factor importante para que no disminuyeran sus ansiedades, y por eso se vio detenido el desarrollo de su Yo.

De acuerdo a Klein, en Dick la formación de símbolos también se había detenido y, con esto, también su capacidad de sublimar. Ella nos muestra que Dick era incapaz de producir cualquier acto de agresión, lo que se pudo observar en su rechazo a los alimentos (succionar, morder) y su dificultad para usar instrumentos como tijeras y cuchillos. Por tanto, el juego y otras actividades ausentes en Dick no eran más que el resultado de la falta de la capacidad de simbolización. Por lo que, el tratamiento consistió en movilizar la angustia y otros afectos del niño y, ayudarlo a simbolizar.

A medida que el análisis de Dick progresaba, diversos cambios se fueron suscitando; la aparición de la angustia se hizo evidente a través del sentimiento de dependencia que mostró Dick, primero hacia su analista y posteriormente hacia su niñera. De esta manera, Dick comenzó a interesarse por las palabras tranquilizadoras y también por algunos de los juguetes presentados. A su vez, en las siguientes sesiones, Dick se angustiaba cada vez más ante la ausencia de su niñera y lloraba por momentos sin lograr tranquilizarse.

De igual manera, mediante el juego, se pudo observar por primera vez sus tendencias agresivas. De lo cual se infiere que, la simbolización logró hacerse presente y, por tanto, también la capacidad para sublimar. Además, el niño se mostró cada vez más dócil a recibir las enseñanzas educacionales. Puesto que antes del análisis éstas no fueron de ninguna trascendencia. Por lo que su nivel intelectual seguramente fue incrementando.

Finalmente, el interés de Dick era cada vez mayor, no sólo por las cosas sino por los nombres de las mismas; su vocabulario entonces dejó de ser sin sentido. Pues logró aplicar correctamente las palabras, lo que favoreció la comunicación con los otros. De manera que, las relaciones objetales se enriquecieron y, así la relación con sus padres se tornó afectuosa y normal.

Como se puede observar, a partir del análisis con Melanie Klein, Dick pudo salir de un estado ensimismado y hacer contacto con el mundo real. La mayoría de sus

síntomas desaparecieron logrando así un desarrollo favorable. De lo cual se infiere que es posible trabajar desde el psicoanálisis con niños que presentan síntomas de psicosis temprana, como lo fue con Dick. Asumiendo que en este caso la causa de los síntomas se debía a una inhibición del desarrollo y no por a regresión como generalmente se considera a la psicosis.

Respecto a este último punto, Klein coincide con lo expuesto por Freud al señalar que la demencia precoz es a causa de una regresión a la etapa narcisista. Siendo el punto de fijación la fase del sadismo máximo, donde el bebé fantasea que ataca violentamente a la madre.

Como Klein (1930) lo menciona en la siguiente cita:

En esta enfermedad [la demencia precoz] entonces la regresión iría directamente a la fase temprana del desarrollo en que la apropiación y destrucción sádica del interior de la madre –tal como lo concibe el sujeto en sus fantasías- y el establecimiento de una relación con la realidad, han sido impedidos o refrenados debido a la angustia. (p. 237)

Sin embargo, en Dick, los síntomas que padecía propios de la psicosis temprana, no se explicaban por una regresión sino por una inusual inhibición del desarrollo. Por lo que Klein sugiere que la psicosis temprana requiere ser vista de manera más amplia. En mi experiencia clínica que visto que existen muchos casos similares a los de Dick y sin embargo, por distintas causas como la variación en los síntomas, no se le atiende oportunamente. De manera que el médico determina un tratamiento alejado de lo que en realidad pudiera ayudar al niño. Teniendo en cuenta que en condiciones desfavorables estos rasgos psicóticos pueden desencadenar grandes patologías. Por lo que, la autora reitera que se deben expandir los estudios sobre el campo de la psicosis temprana.

La revisión del caso Dick lleva a considerar que los niños con síntomas de psicosis temprana pueden ser vistos a su vez como niños con inhibiciones o impedimentos en el desarrollo de las etapas tempranas y, por tanto, al igual que Dick, sería posible concederles un espacio de escucha analítica que contribuya a su mejoría. En la exposición del caso Dick, Klein muestra claramente las intervenciones clínicas psicoanalíticas que pueden sacar a un niño de un estado parecido al de la psicosis, tales como el trabajo con la angustia. Como se mencionó, en Dick ésta se encontraba paralizada, por lo que Klein se enfocó en hacerla manifiesta. De manera que, el juego se convirtió en parte fundamental para movilizar la angustia. Tomando en cuenta que, para Klein, la técnica del juego no sólo se limita al análisis del juego sino que al ir jugando el niño podrá tramitar situaciones de angustia y así, por añadidura, modificar su modo de ser y comportarse.

No obstante, el reto para Klein fue trabajar con la simbolización, puesto que en Dick no se había consolidado. De manera que el análisis desde el primer momento apuntó tanto a la simbolización como a la sublimación. Es decir, Klein buscaba crear una dependencia en el niño hacia los símbolos, buscaba que éste simbolizara y así, poder crear un lazo con el exterior.

Finalmente, una vez que Klein abrió camino de acceso al inconsciente y que le ayudó a Dick a mediar con sus montos de angustia, entonces “fueron apareciendo de forma gradual las actividades de juego, las asociaciones verbales y todas las demás formas de representación, junto con un desarrollo del Yo que facilitó la labor analítica.”(Klein, 1930, p.229)

En resumen, para Klein, el trabajo clínico estuvo en lograr que el niño simbolizara. De manera que pudiera movilizar la angustia y así, finalmente, lograr interesarse por su medio exterior. Lo que nos enseña este caso es que lo que parecía un estado psicótico era una inhibición del desarrollo del Yo.

En el siguiente apartado de este capítulo, revisaremos las aportaciones del psicoanalista Jacques Lacan acerca de la constitución psíquica y su relación con los estados de psicosis temprana.

2.3. APORTACIONES DE JACQUES LACAN.

En la clase del 15 de enero de 1958, Lacan se dedica a abordar el tema de la función paterna. Pero ¿Qué es el padre para Lacan? ¿Qué implicaciones tiene para la estructuración psíquica del niño? Siguiendo estos cuestionamientos, a continuación se hará un breve recorrido sobre dicha temática, retomando únicamente los puntos que refieran a cuestiones de estructura psíquica, para finalmente, poder revisar un caso clínico presentado por Françoise Dolto, en el cual se plantea de manera más precisa el tema de las psicosis tempranas desde una perspectiva lacaniana.

2.3.1. La metáfora paterna en la vida psíquica del niño.

Lacan, en 1958, para abordar cuestiones referentes a la estructuración psíquica apunta hacia el tema de la *metáfora paterna*. Así, de acuerdo al autor, “la metáfora paterna concierne a la función del padre” (Lacan, 1958, p.165). Esta función paterna es parte fundamental del Complejo de Edipo. Es por ello que Lacan comienza esa clase distinguiendo tres polos históricos en cuanto a los estudios psicoanalíticos sobre el Edipo.

En el primer polo, se ubican los planteamientos sobre la relación del Complejo de Edipo y la neurosis. En este sentido, varios psicoanalistas cuestionaron que ésta –la neurosis- fuera únicamente a consecuencia del Edipo, lo cual, a su vez, llevó a sugerir la existencia de un Superyó materno y no sólo uno de origen paterno, como lo había señalado Freud.

Posteriormente, se ubican los distintos cuestionamientos sobre las perturbaciones en el campo de la realidad (perversión y psicosis). Es decir, en este segundo polo, se planteó que el origen de estas patologías se encontraba en las etapas previas al Edipo. De manera que, el estudio de las etapas preedípicas tomó fuerza. Como el trabajo de Melanie Klein, el cual, se centra esencialmente en dichas etapas preedípicas. Siendo la etapa de la formación de los malos objetos una de las aportaciones que más enfatiza J. Lacan. Puesto que la autora deja claro que en esta etapa, como parte del desarrollo de las relaciones objetales, el bebé centra su atención en lo que encuentra en el interior del cuerpo de la madre, siendo el padre uno de estos malos objetos. Así, de acuerdo a Lacan, esta aportación kleniana constata la precoz aparición de un tercer término paterno ya durante las primeras etapas de las relaciones imaginarias, con las que pueden, a su vez, ponerse en relación las funciones propiamente esquizofrénicas y psicóticas (Lacan, 1958).

En un tercer polo, Lacan ubica la relación del Edipo con la *genitalización*. Como se sabe el complejo de Edipo tiene un carácter normativo en cuanto a estructura moral y a su relación con el medio real. Sin embargo, es normativo en cuanto a que también el sujeto asume su sexo. Así, la mujer se reconoce como tal y se identifica con las funciones de mujer –feminización- y el hombre, a su vez, se reconoce e identifica con su virilidad. Así, la genitalización, cuando se asume, se convierte en un elemento del ideal del Yo. Por lo que, en esta fase del Edipo, se ubica lo que Freud estableció como la instancia psíquica del *Ideal del Yo*.

Por consiguiente, para entender el Edipo y, por tanto la función paterna –ya que una no puede ir sin la otra- es imprescindible tomar en cuenta estos tres polos descritos.

Como lo sugiere Lacan (1958) en la siguiente cita:

El Edipo en relación con el Superyó, en relación con la realidad, en relación con el Ideal del Yo. El ideal del Yo, porque la genitalización, cuando se asume, se convierte en elemento del Ideal del Yo. La realidad, porque se trata de las relaciones del Edipo con

las afecciones que conllevan una alteración de la relación con la realidad, perversión y psicosis.”(p.170) (el subrayado es mío)

Ahora, ya establecida la relación inquebrantable entre Edipo y función paterna, surge el siguiente cuestionamiento ¿Qué sucede en los niños donde no hay un padre, donde el padre está ausente? ¿Es posible la conformación del Edipo?

Ante estas preguntas, Lacan establece que la experiencia ha llevado a determinar que el complejo de Edipo logra establecerse de manera normal en niños donde el padre está ausente. Ausente a nivel de la realidad, es decir, como elemento del entorno. Por consiguiente, y sabiendo que el Edipo va de la mano de la función paterna, Lacan entonces señala que “el padre existe incluso sin estar”(Lacan, 1958, p. 172). De lo cual se infiere que el padre en el Complejo de Edipo es más bien una función.

En este sentido, hablar de *carencia paterna* remite a hablar de algo propio del padre. Por lo que, de acuerdo a Lacan, nunca se sabe de que podría carecer éste, de manera que, la carencia paterna no se refiere a algo de lo que carezca el niño, sino a algo del propio padre.

Debe entonces quedar claro la diferencia entre el padre normal desde el punto de vista de su estructura psíquica y el padre normal en cuanto a su posición en la familia, es decir, en cuanto a normativo.

Ahora, hay que distinguir que no es lo mismo hablar de su carencia en la familia y su carencia en el complejo de Edipo. Así, como ya se ha mencionado, en el Edipo, la función del padre se vincula con la Ley. Es decir, con la prohibición del incesto bajo la amenaza de castración. En otras palabras, “la relación entre el niño y el padre está gobernada, por supuesto, por el temor de la castración...como una represalia dentro de una relación agresiva” (Lacan, 1958, p. 174). Una castración no en el plano realista sino en el plano del Edipo. En el plano imaginario, diría Lacan.

De igual manera, para que se logre el sepultamiento del Edipo, Lacan apunta a lo que Freud llamaba Edipo invertido.

Veamos como lo señala Lacan (1958) en la siguiente cita:

El sujeto se identifica con el padre en la medida en que lo ama, y encuentra la solución terminal del Edipo en un compromiso entre la represión amnésica y la adquisición de aquel término ideal gracias al cual se convierte en el padre...él también puede llegar a ser alguien, tiene sus títulos en el bolsillo. (p. 175) (el subrayado es mío)

De acuerdo a lo anterior, es entonces un amor al padre lo que proporciona el final del Edipo. El niño busca ser como el padre puesto que es su ideal. Así, renunciará entonces a la madre, esperando que él también, algún día, pueda tener lo que el padre tiene. Hay entonces una renuncia a una satisfacción incestuosa con la madre.

De esta manera Lacan señala que el padre es, por tanto, “el fundamento de nuestra relación con la cultura” (Lacan, 1958, p. 179). Puesto que es un padre que castra, que porta la Ley y que a su vez, se configura como un elemento para el Ideal del Yo.

Así, en la siguiente tabla, se resumen los momentos y actos concernientes a la función paterna de acuerdo a la propuesta lacaniana:

AGENTE	CONCEPTO	OBJETO	ACTO
<i>Padre real</i>	<i>Castración</i>	<i>Imaginario</i>	<i>Simbólico</i>
<i>Padre simbólico</i>	<i>Frustración</i>	<i>Real</i>	<i>Imaginario</i>
<i>Padre imaginario</i>	<i>Privación</i>	<i>Simbólico</i>	<i>Real</i>

En el primer nivel, -la castración- interviene un *agente real* -padre o madre- quien carga con la amenaza de castración. Esta amenaza, es sin duda imaginaria puesto que difícilmente se llevará a cabo. Por consiguiente, se entiende que la castración es un

acto simbólico –una castración simbólica- en donde el niño si se siente cortado es que lo imagina y por tanto, el objeto –el pene- es un *objeto imaginario*. De esta manera la amenaza de castración se constituye finalmente como elemento para la formación del Superyó.

En un segundo nivel, surge la rivalidad con el padre, tanto en el niño como en la niña puesto que el padre prohíbe a la madre. Es decir, el padre *frustra* el deseo del niño por estar con su madre. Lacan señala que, en este punto “el padre interviene como provisto de un derecho, no como un personaje real” (Lacan, 1958,p. 177). Así, basta con nombrarlo; como cuando la madre le dice a sus hijos: “le diré a tu padre”. Pues a pesar de la ausencia de éste, el padre hará valer su derecho. Por consiguiente, Lacan refiere que se trata de un padre simbólico y no de un padre real como lo fue en el primer caso. Este acto, por lo tanto, se considera como un acto imaginario del niño, donde el objeto que interviene es un objeto real, la madre, puesto que el niño tiene necesidad de ella. En este nivel, queda ligado todo aquello referente a la realidad, al establecimiento y origen de las patologías –perversión y psicosis- como ya Lacan lo había señalado.

En el último nivel, el padre se convierte en el objeto amado, el niño lo ha preferido y ha renunciando a la madre. La identificación con el padre se establece quedando así entonces instaurada una privación. Finalmente, se constituye el ideal del Yo y, el complejo de Edipo llega a su fin.

Establecido lo anterior, se puede entender la diferencia entre lo que es el padre en la familia y lo que es el padre en el Complejo de Edipo. Quedando claro que en el Edipo, el padre no interviene como objeto real. Pero tampoco como objeto ideal, señala Lacan. El padre en el Edipo es el padre simbólico, aquel que está presente a pesar de su ausencia. Como diría Lacan, el padre “es una metáfora.. un significante que viene en lugar de otro significante”(Lacan, 1958, p. 179). Por tanto, es aquí donde se deben buscar las supuestas carencias paternas. En este sentido, carencia paterna sería que el significante padre no sustituyera al significante madre.

De manera que el padre entonces está presente desde la palabra; desde lo que la madre enuncie sobre él o desde lo que se conozca de él. “La función del padre en el complejo de Edipo es la de ser un significante que sustituye al primer significante introducido en la simbolización, el significante materno”(Lacan, 1958, p.179). Es decir, el padre queda inscrito en el niño de forma simbólica. Siendo esto -el padre simbólico- lo trascendental y no la presencia del padre como padre real.

Por tanto, se puede decir que hay dos puntos fundamentales para la estructuración psíquica del niño y, por tanto posiblemente para la conformación de las psicosis. El primero de estos puntos es la simbolización, esto es, la capacidad de hacer metáforas. Pues desde Klein se pudo observar que la formación de símbolos también era un punto elemental para el desarrollo normal del Yo. Señalando claramente la autora, que es sólo a través del simbolismo que es posible la construcción de la relación del sujeto con el mundo exterior y con la realidad en general. Siendo el padre, quien aparece desde antes del Edipo, lo que, a su vez, favorece que el bebé pueda establecer las primeras relaciones objetales.

Ahora, Lacan también retoma a este padre pero como un significante que sustituye a otro introducido ya en la simbolización y subraya su función en cuanto que castra y sirve como elemento para la identificación. Por tanto, se podría decir que como segundo punto para la estructuración psíquica, se encuentra el papel que juega el padre. Un padre simbólico, diría Lacan. Un padre que porta la Ley, que somete y da término al amor incestuoso del niño. Pues, como ya lo había dicho Freud, es a través del padre que el niño renuncia a la vida pulsional y logra acceder a la cultura.

Por tanto, ¿Es entonces la función del padre un elemento fundamental para que el niño continúe su desarrollo de manera normal? Específicamente desde Lacan, ¿Es este momento –la inscripción del padre como padre simbólico- el punto clave para que el niño no se estructure como psicótico?

Para dar respuesta a tales planteamientos y tomando en cuenta que el autor J. Lacan no trabajó directamente con niños es que en el siguiente apartado se dará paso

al trabajo de la psicoanalista francesa Françoise Dolto, quien presenta el caso clínico de un niño con síntomas de psicosis temprana.

2.3.2. Un caso clínico presentado por Françoise Dolto.

En su seminario de psicoanálisis de niños II, específicamente en el apartado El nombre del padre, Françoise Dolto retoma la propuesta de Jaques Lacan sobre la metáfora paterna. Señalando claramente que el significante <nombre del padre> es parte fundamental para el desarrollo normal del niño. Puesto que su carácter normativo es lo que finalmente posibilita la humanización del niño y, por tanto, la inmersión del mismo en la cultura.

A su vez, la autora reafirma lo expuesto por Lacan y menciona que el padre queda inscrito en el niño no por su presencia corpórea sino por aquello que su madre le refiere. Es decir, por aquellas palabras que aluden al padre, que lo hacen presente. Pudiendo decir entonces que es la madre quien permite que se inscriba en el niño la función paterna.

Ahora, de acuerdo a Dolto, el niño desde que es amamantado sabe que su padre está presente, puesto que siente y escucha que ambos padres se refieren el uno y otro. De esta manera, el niño asume que lo que recibe de la madre viene también del padre, lo cual, a su vez favorece el enriquecimiento de la vida afectiva del niño, puesto que si la madre recibe afecto del padre cuando éste le habla, entonces el niño asume que ese afecto también está dirigido hacia él.

Cabe mencionar que, esta palabra de la cual se habla no es únicamente una voz que escucha el niño, pues de acuerdo a la autora, la voz es sólo un significante parcial. Un significante que va acompañado de otros elementos: la mirada, las caricias, la mímica del rostro, etc. Estos elementos son los que entonces van a dar forma y simbolizar el Nombre-del-padre.

Finalmente, para dejar claro las formulaciones de Lacan sobre el nombre-del-padre, la autora expone el siguiente caso clínico.

Paul Sècheboeuf

Paul Sècheboeuf fue referido a Dolto a causa de un fracaso escolar total. Los padres del niño referían que su hijo presentaba graves dificultades para integrarse al ambiente escolar. Su desempeño escolar era nulo y a su vez era agredido por sus compañeros. Siendo principalmente su apellido Sècheboeuf (sacabuey) el motivo de las constantes burlas.

Los padres desconocían la causa puesto que entre ellos llevaban una buena relación familiar. El padre era obrero y la madre hacía trabajos domésticos, por lo que al parecer el niño tenía y se le daba lo necesario.

Dolto describió a Paul como un niño masoquista puesto que él mismo incitaba a sus compañeros a las burlas y maltratos. Los maestros no sabían como actuar ya que Paul era el agredido pero, como se mencionó, su conducta era la que alborotaba al grupo. Los padres de Paul se sentían humillados pues su hijo no presentaba un desarrollo normal.

A su vez, Paul tendía a la obesidad. Sus padres manifestaban que su mala alimentación era producto de un desgano. Describiendo finalmente a Paul como un “cabeza de turco” (Dolto, 1987, p126) refiriéndose con esto a su falta interés e incapacidad para defenderse de los ataques de sus compañeros.

De acuerdo a Dolto, el tratamiento no duró más de seis semanas, puesto que Paul mostró avances a partir del análisis de dos de sus sueños. Veamos la revisión de éstos.

En el primero de los sueños, Paul describe encontrarse dentro de un mundo de animales donde éstos le decían: “Vale más no ser humano, porque si se es humano no se reconoce al animal de donde se ha salido” (Dolto, 1987, p124). De acuerdo a este

sueño, los animales tenían acceso a la palabra, por lo que esto sólo podría significar que el humano –el único hablante- se manifestaba en Paul a través del animal. Dejando claro en Paul la presencia de una fobia por los seres humanos. Posteriormente, Paul manifiesta que nunca le había dicho a su padre la razón por la cual se burlaban de él puesto que temía ser abofeteado por su padre, lo cual, para Dolto, no era más que una fantasía del niño ya que el padre no mostraba ser así.

Paul entonces reprochaba a su padre por haberle dado ese apellido Sècheboeuf (Secabuey) y en su fantasía si éste le decía eso a su padre entonces sería golpeado. De manera que, los compañeros reemplazaban al padre cumpliendo así su fantasía. Su actitud –los golpes y burlas- significaba que no lo aceptaban en la sociedad pues “él era un animal a quien tenían que golpear”(Dolto, 1987, p. 125).

Ahora, en un segundo sueño, Paul relata encontrarse subiendo por un camino abrupto y cubierto de piedras y, ante el riesgo de caerse, da la mano a su padre.

Dolto (1987) lo relata así:

Agarrados así el uno del otro, no caían... Y después, he aquí que se oyó un gran ruido, y desde lo alto del camino, cargaba hacia ellos una manada de toros, con sus cuernos bajos hacia adelante, espantosos. Y él estaba sobre este sendero. Tenía que soltar la mano de su padre, de lo contrario iban a ser los dos tumbados, pisoteados, aplastados. Era necesario dejarlos pasar...Después, ya no sabía donde estaba...Los toros habían pasado y se podía contemplar un cielo muy bello. (p.125)

Ante tal sueño, Dolto advierte que Paul no podía identificar cuál era el papel del toro. Sabía que el ternero venía de la vaca, sin embargo, sobre el toro no sabía otra cosa, sólo que le era aterrador. En otras palabras, Paul desconocía la fecundidad del toro y, a su vez, no reconocía la diferencia entre bueyes y toros. Fue por el análisis que el niño tuvo la revelación de la castración. Entendió que el toro se convierte en buey al ser castrado y sólo de esta forma es que puede acceder al trabajo. De otra manera -no castrado- continuaría siendo un toro incapaz de laborar en el campo.

Así, Dolto refiere que:

Del mismo modo ocurre entre los humanos, que conservan fisiológicamente su fecundidad sexual, aunque estén sometidos a la ley que les prohíbe el homicidio y el incesto. De otro modo no podrían ser fecundos ni como genitores y padres ni en su trabajo. (p.126) (el subrayado es mío)

A partir de la cita, se infiere entonces que el hombre por el hecho de ser un ser biológico, a pesar de la castración (castración simbólica), siempre conserva su fecundidad sexual. Sin embargo, es sólo a partir de esa castración simbólica que el humano puede ser un ser fecundo (con toda la extensión de la palabra). Es decir, un ser que puede ser padre y que por tanto, puede pertenecer a la cultura y dar sus frutos en ella.

En este caso, Paul Sècheboeuf ignoraba lo anteriormente descrito. En primer lugar, Paul desconocía la fecundidad de su padre. Para él, su padre era únicamente un “buey” que salía a trabajar. Un compañero casual de su madre, diría Dolto. Paul “no conocía la clave de la concepción, ni el sentido de las palabras que expresaban el deseo y el amor conyugal” (Dolto, 1987, p.127). De manera que, el chico Sècheboeuf se había quedado en el nivel de la castración primaria bis. Refiriendo la autora que la castración primaria bis es un nivel antes del Edipo en donde el padre no tiene valor fálico sino únicamente la madre. En este nivel, el pene del padre es visto como un objeto que castiga y, no como un objeto que fecunda o engendra.

A su vez, para Dolto, Paul desconocía la fecundidad propia. Puesto que, los padres relatan que, el médico, posterior a una revisión, mencionó que Paul “no tenía los testículos en su lugar” (Dolto, 1987, p.126) Situación que dejó a Paul preocupado y, sin embargo, nunca se le explicó a qué se refería el médico con testículos y mucho menos el motivo de la revisión de sus genitales. Por lo que Paul desconocía qué era esa parte de su cuerpo, al igual que desconocía su fecundidad.

De acuerdo a lo anterior, es posible entonces decir que Paul se había estancado en su desarrollo. Puesto que se encontraba aún en una etapa previa al Edipo donde el padre no es concebido como objeto fálico. Por tanto, en Paul la castración simbólica aún no se encontraba establecida. Lo que, según Dolto, provocaba la llamada corrección paterna. Esto significa que los niños que no pueden recibir la castración simbólica incitan al padre a que los agrede. Así, en el caso de Paul, sus compañeros tomaban este lugar de manera que Paul pudiera fantasear las golpizas que imaginaba recibir de su padre.

Por consiguiente, de acuerdo a Dolto, el tratamiento consistió en “verbalizar la castración simbólica, la ley de la sexualidad humana” (Dolto, 1987, p.126). Es decir, ayudar a Paul a esclarecer el papel del padre en cuanto a la concepción y en cuanto a su propia fecundidad. Siendo, de igual manera, el acercamiento de Paul con su padre parte primordial para el análisis. Así, la madre a quien Paul, según relata Dolto, atribuía la omnipotencia fálica, engendradora y alimentadora queda de lado dándole lugar al padre. Puesto que el padre al hablar sobre el significado de ser un *Sècheboeuf* -“Los *Sècheboeuf* son gente valiente” (Dolto, 1987, p.127) - permitió a Paul establecer una *identificación* con el padre. Es decir, este puente entre padre e hijo posibilitó que el ideal del linaje del padre fuera transmitido al hijo.

Como se puede observar, el trabajo de Françoise de Dolto tiene indudablemente sus bases en lo que ya señalaba Lacan sobre la metáfora paterna. Sobre ese padre que se hace presente a través de la palabra. De manera que, la intervención clínica consistió en un primer momento en el análisis de los sueños, lo cual, permitió entender distintos puntos. Entre ellos, que Paul desconocía la fecundidad de su padre y la suya propia. Es decir, que había en Paul un total desconocimiento sobre la sexualidad humana y su propio papel en ella.

Posteriormente, el análisis apuntó a esclarecer todos esos enigmas sobre la sexualidad. Verbalizar la castración simbólica que Paul aún no había recibido. A su vez, Dolto se focalizó en hacer presente al padre, traerlo y posibilitar la identificación. Una

segunda identificación que, como ya se ha mencionado, favorece el desarrollo del ideal del Yo. Ese ideal del Yo que permite al niño acceder de manera permitida a la cultura.

El caso presentado por Françoise Dolto, ejemplifica de manera evidente la postura lacaniana en cuanto al papel del padre simbólico con respecto a la sexualidad del niño y su fundamental participación para la humanización del mismo. A su vez, el caso permitió entender que Paul Sècheboeuf presentaba síntomas que limitaban su normal acceso a la sociedad y, sin embargo, a través del análisis pudo salir de ese estado. De lo cual se infiere que los niños que presentan síntomas de psicosis temprana –como en el caso Sècheboeuf- pueden ser vistos como niños con dificultades en relación a la función paterna que derivan en un bloqueo para el desarrollo normal del Edipo. No obstante, al igual que en Paul, el análisis puede liberarlos de tal condición.

Pues, ya Dolto (1987) lo mencionaba:

Oír a un terapeuta puede permitir a un joven encontrar un nuevo resorte de lanzamiento o nuevos caminos. Hacer de su propio nombre el de un hombre que se sentirá feliz de darlo... significa haber reencontrado para sí el nombre del padre. (p.121)

No obstante, a pesar del trabajo clínico podemos dar cuenta del papel fundamental de los padres. Por lo que, para finalizar el presente capítulo, a continuación se revisará cuál es la postura de los padres de los niños con síntomas de psicosis temprana.

2.4. LUGAR DE LOS PADRES EN LA CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL NIÑO.

Los padres, sin lugar a duda, son el principal referente del niño, pues su misma condición -de niño- lo hace inevitablemente requerir de un “otro auxiliador” como diría Freud. De manera que, etapa tras etapa tanto el padre como la madre son parte esencial del desarrollo del niño. Sin embargo, en cuanto a la constitución psíquica, no es sólo hablar de la presencia paterna y materna, sino de algo más. Es decir, es hablar

de una función como padre y madre. Una función que, de acuerdo a los autores revisados, es elemental para el pleno desarrollo del niño.

Así, Freud hablaba de la madre como ese primer objeto de amor del niño. Como aquella que provee de cuidados y satisfacción y, que sin duda, por la acción del padre el niño tendrá que renunciar a ella. Puesto que el padre como portador de la Ley tendrá que terminar con ese amor incestuoso. Pues sólo de esa manera el niño podrá ser parte activa de la cultura.

Por otra parte, para *Klein*, la madre no sólo es el primer objeto de amor. Es también quien con sus cuidados y afectos podrá calmar las ansiedades del niño y, así favorecer el desarrollo de la relación del niño con el mundo exterior. A su vez, para Klein, el padre también favorecerá el desarrollo del niño puesto que se encuentra presente desde antes del Edipo, tal y como también lo sugiere Lacan. Pues de acuerdo a lo revisado sobre el autor, éste subraya el trabajo de Melanie Klein sobre la aparición del padre en la fantasía del bebé previo a la etapa del Edipo. Señalando que es el padre simbólico el elemento fundamental para la humanización del niño.

Ahora, tomando los aportes teóricos de cada uno de estos autores y, de acuerdo a los casos que he presentado de Klein y Dolto, es que surgen distintos cuestionamientos en relación a los padres de niños con síntomas de psicosis temprana. Por lo que, a continuación se hará una breve reseña sobre qué papel juegan los padres en ese padecimiento de sus hijos.

2.4.1. Los padres de niños con síntomas de psicosis temprana.

En este apartado, mi intención es reflexionar sobre los padres de los niños con síntomas de psicosis temprana. ¿Qué es lo que pudiera faltar en estos padres? Puesto que no cumplen con la función que les corresponde. De manera que, están presentes en la vida del niño y, sin embargo, no hay algo de lo cual el niño se pueda aferrar para lograr un desarrollo normal.

Joel Dor, en el texto *El padre y su función en psicoanálisis* (1984), menciona que el hombre como padre tiene que tener algo más. Esto algo más, siguiendo al autor, es lo investido simbólicamente, es la norma lo que finalmente lleva el padre (Dor, 1984). Puesto que, como ya se ha revisado, es del padre de quien el niño recibe la castración simbólica. Es a través de él que hay una renuncia a la vida pulsional incestuosa y mortífera. Y que por tanto, puede acceder a la cultura. Pero esto lleva implícito que el padre entonces también fue castrado. Pues, para su propia humanización tuvo que ser atravesado por la norma. Por lo que, la pregunta ahora sería no qué falta en estos padres sino si éstos están en falta, si en ellos se ha dado una renuncia.

Desde mi experiencia y a partir de los casos de Klein y Dolto revisados, pudiera decir que pareciera que los padres de niños con síntomas de psicosis temprana no advierten que algo anda mal en su hijo. Es alguien más quien siempre interviene y, en el mejor de los casos quien se los hace notar.

Así, en el caso de Paul Sècheboeuf, fue su atraso escolar y las constantes peleas con sus compañeros lo que finalmente lo llevó a análisis. Los padres únicamente advertían en su hijo una actitud de desánimo. Fueron los maestros quienes se mostraron extrañados ante sus conductas, pues difícilmente se integraba a sus iguales y era él quien propiciaba las agresiones. De manera que, en los casos de niños con síntomas de psicosis temprana, pareciera que es alguien externo a la triada madre-padre-hijo quien advierte que algo va mal en el niño.

De acuerdo a mi experiencia en el trabajo clínico, es así como llegan los niños al consultorio por una solicitud por parte de la escuela. El niño va mal dicen los maestros, sin embargo, los padres no entienden por qué el niño requiere de ayuda. Y es aquí donde surge un segundo cuestionamiento ¿ Los padres en realidad no ven que algo pasa con su hijo? o ¿Hacen como si no vieran, como si no entendieran? Puesto que solicitan la ayuda frecuentemente de un médico; de alguien que trabaja únicamente con el cuerpo físico. ¿Cuánta es la negación de los padres ante el padecer psíquico de su hijo? y, a su vez, ¿Cuánta es la negación sobre su propio padecer? ¿Por qué negarlo y tomar como mejor opción el diagnóstico médico?

Al parecer hablar sobre el padecimiento psíquico de los padres requiere de una especial atención, por lo que, en este trabajo sólo queda cuestionarnos y enfocarnos en el niño, quien es en este caso el portador de los síntomas y, de acuerdo a la presente tesis con quien se puede trabajar a través de la clínica psicoanalítica. Siempre tomando en cuenta que la intervención clínica implica tanto al niño como a la función paterna y al discurso de la madre.

Es así como lo presentan estas dos grandes psicoanalistas enfocadas en el trabajo con niños. Quienes lograron a través de diversas intervenciones clínicas que los niños pudieran presentar cambios favorables con respecto a la relación que mantenían con su mundo exterior. Pues, como se revisó, en el caso Dick y en el caso Paul Sècheboeuf ambos niños presentaban conductas inusuales para su entorno. Sus síntomas se asemejaban a los de la psicosis temprana, sin embargo, cada uno mostraba ciertas peculiaridades que hacían difícil la elaboración de un diagnóstico. Por ejemplo, en el caso Dick, un estudio médico descartó la presencia de una afección de origen orgánico. Los síntomas eran similares a los de la demencia precoz, por lo que Dick fue diagnosticado de esa manera. Sin embargo, hay que recordar que para Klein, la causa no era la misma que para la psicosis, sino una inhibición en el desarrollo. Por lo que gracias al análisis con ella, Dick pudo avanzar en su desarrollo.

De la misma manera sucedió con Paul Sècheboeuf, a pesar de haber ingresado a la escuela su desarrollo no era el esperado. Sus maestros no sabían qué hacer pues estaban desconcertados con el actuar de Paul ante sus compañeros; sus padres no entendían su actitud de desgano y las agresiones que recibía eran constantes. No obstante, en este caso, Paul se había quedado en una etapa previa al Edipo sin haber recibido la castración simbólica. De manera que, a través del análisis se establecieron procesos psíquicos primordiales para su estructuración psíquica y así logró con Dolto acceder a su entorno.

De esta manera, queda claro que para la clínica con niños es fundamental tomar en cuenta el discurso del niño y no únicamente el de los padres o educadores como pudiera ocurrir en otros ámbitos de la salud mental. Es decir, se trata de entender su padecimiento y sus síntomas, no a manera de diagnóstico sino a través de una escucha analítica. Una escucha que nos dirá más que un cuadro diagnóstico.

Por consiguiente, la escucha analítica hacia lo que dice el niño y el estudio de la psicosis temprana tomando como base la estructuración psíquica del niño y no precisamente de sus rasgos manifiestos (Ribeiro, 1994) es lo que podría enriquecer el estudio y trabajo con niños con síntomas de psicosis temprana.

Finalmente, después de haber hecho el presente recorrido teórico se dará paso al siguiente y último capítulo, donde mostraré mi propia experiencia clínica a través de la exposición de dos viñetas de niños con síntomas similares a los de la psicosis temprana.

CAPITULO III.

UN CASO ILUSTRATIVO DE UNA POSIBLE PSICOSIS TEMPRANA

-Buenos días – dijo el principito.

-Buenos días – dijo el guardagujas.

-¿Qué haces aquí? – dijo el principito.

-Separo los viajeros en paquetes de mil –dijo el guardagujas. –Despacho los trenes que los llevan unas veces hacia la derecha, otras hacia la izquierda. Y un rápido, iluminado, retumbando como el trueno, hizo temblar la caseta de los cambios de aguja.

-Llevan mucha prisa –dijo el principito-. ¿Qué buscan?

-Lo ignora hasta el hombre de la locomotora –dijo el guardagujas.

Y otro rápido iluminado retumbó, en sentido inverso.

-¿Ya están de vuelta? –preguntó el principito.

-No son los mismos –dijo el guardagujas.-. Es un intercambio.

-No estaban contentos donde estaban?

-Nunca está uno contento donde está –dijo el guardagujas.

Y rugió el trueno de un tercer rápido iluminado.

-¿Van persiguiendo a los primero viajeros? –preguntó el principito.

-No persiguen nada –dijo el guardagujas-. Allá dentro estarán durmiendo o bostezando. Sólo los niños aplastan su nariz contra los cristales.

-Sólo los niños saben lo que buscan –dijo el principito-. Pierden tiempo con una muñeca de trapo, y ésta se convierte en algo muy importante, y si se la quitan lloran...

-Tienen suerte -dijo el guardagujas.

Antoine De Saint-Exupéry

CAPITULO III.

UN CASO ILUSTRATIVO DE UNA POSIBLE PSICOSIS TEMPRANA

A lo largo del presente trabajo se han mostrado distintos enfoques teóricos con respecto al tema de la psicosis temprana. Anteriormente, se habló sobre la perspectiva médica y su constante clasificación de enfermedades, la sub-clasificación que se hace de los niños con síntomas de psicosis temprana, los tratamientos médicos más empleados por la psiquiatría y la neuropsicología —como las terapias conductuales y el uso de fármacos—. De la misma manera, se expuso la preferencia de los padres porque sus hijos sean atendidos desde el enfoque médico.

No obstante, en el capítulo dos se mostró al niño desde otra perspectiva, como un sujeto con vida psíquica y no únicamente como un cuerpo como se había visto en el primer capítulo. Asimismo, en este capítulo dos, se expuso el trabajo clínico de dos autoras sobresalientes en el ámbito del psicoanálisis con niños, Melanie Klein y Françoise Dolto. Ambas con perspectivas muy diferentes pero con bases teóricas importantes en relación al tema de la psicosis temprana. De tal manera que su trabajo clínico permitió conocer de cerca a dos niños con síntomas de psicosis temprana y mostrar que pueden ser vistos y tratados desde el psicoanálisis.

Por consiguiente, en este tercer y último capítulo, se incluirá la revisión de una viñeta clínica. Esto con el objetivo de ilustrar la presente tesis dando a conocer los casos de dos niños con síntomas similares a los de la psicosis temprana. A su vez, el uso de la viñeta permitirá mostrar mi experiencia clínica con estos niños y los diversos cuestionamientos en relación a su sintomatología y diagnóstico.

Para finalizar el capítulo se realizará un breve análisis sobre el papel de los padres y su relación en la conformación de las psicosis tempranas. Para lo cual, se tomará en cuenta el libro de Mario Orozco y Jeannet Quiroz, Testimoniales de la violencia. Acercamientos psicoanalíticos a su discurso y su drama subjetivo (2014),

específicamente el capítulo titulado Alteridad y Separación. Eros y Muerte en el espejo, escrito por Alfredo Emilio Huerta Arellano y María Milagros Martínez Ortega.

3.1 LA FUNCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Dentro del ámbito médico se recurre comúnmente al estudio de casos para la transmisión o adquisición de un conocimiento. Así, los estudiantes, en compañía muchas veces de su mentor, participan en la revisión médica de los enfermos. De manera que observan, exploran, verifican y, finalmente, definen el malestar del paciente. Es a través del estudio de un cuerpo enfermo que el médico da cuenta o conoce sobre la enfermedad del paciente. Entonces, el caso clínico, en la práctica médica, corresponde al estudio del cuerpo del enfermo. De esta manera se conoce y se trata al malestar.

En psicoanálisis, el cuerpo del enfermo correspondería al propio caso pues no se estudia al paciente sino al caso que se construye a su alrededor. Por lo que, desde esta perspectiva, el caso clínico en psicoanálisis permitiría, al igual que en el campo de la medicina, no solo hablar de una posible cura, sino también extraer un conocimiento que sirva para ese despliegue de la teoría psicoanalítica.

El estudio de casos forma parte importante de la obra freudiana. Los casos fundamentales de S. Freud y los de algunos otros autores han permitido el estudio y transmisión de la teoría psicoanalítica.

Tal y como lo menciona Rangel Guzmán (2010):

A lo largo de su relativamente corta historia, el psicoanálisis ha recurrido precisamente a los casos como una vía primordial para la transmisión de esa experiencia que es la suya. Tenemos así los “casos freudianos” como el pequeño Hans, Dora, el hombre de los lobos, el hombre de las ratas o el Dr. Schreber; los “klenianos” como el caso Dick, e incluso los “lacanianos”: las hermanas Papin, Aimée,

el Sr. Primeau, Joyce, sólo por nombrar algunos. Todos ellos junto a los que se siguen desplegando en la actualidad, dan cuerpo a ese ámbito tan socorrido por la enseñanza del psicoanálisis, y en general de la psicología, que es la casuística clínica. (p. 70)

Por tanto, se podría decir que el psicoanálisis recurre al caso clínico como un medio para la transmisión de los fundamentos psicoanalíticos. En un primer momento, fueron únicamente los casos freudianos los que mostraron parte de la teoría psicoanalítica, pero posteriormente los de otros autores surgieron como complemento de dicha teoría. No obstante, los casos actuales también son parte importante para continuar con el estudio y despliegue de la teoría psicoanalítica pues como refiere el autor, la clínica del caso es lo que da cuerpo a la enseñanza del psicoanálisis.

No todos los casos son iguales, pues debe tomarse en cuenta la forma en que surgen y se constituyen como tales. El autor propone una clasificación, en la cual, en primera instancia, se encuentran los casos magistrales, estos casos en donde “un analista, previa experiencia de análisis con su paciente, construye una narración sobre el tratamiento y su decurso con fines de transmisión.” (Rangel Guzmán, 2010, p. 73). Los casos freudianos, así como otros clásicos del psicoanálisis como el caso Dick de Klein y Aimé de Lacan, entre otros, quedan ubicados dentro de esta tipología.

Otros modelos de casos serían aquellos intentos de interpretación psicoanalítica, como los llama Rangel Guzmán, sobre personajes ficticios, históricos o que fueron atendidos por otros analistas. Es decir, en esta rama se encuentran aquellos casos en los que no existe una relación directa entre el analista y el analizante. Finalmente, se encuentran aquellos casos que parten, en un primer momento, de la definición de una estructura clínica y, posteriormente, conforme al tratamiento se elabora el caso.

Según la clasificación que hace Rangel Guzmán, se puede decir entonces que los casos magistrales son un punto de partida para la transmisión del psicoanálisis pues es de éstos que se derivan un sin número de casos menores que buscan, indudablemente, el mismo objetivo: la transmisión de un conocimiento.

Ahora, el autor antes nombrado, retoma a su vez la propuesta de Guy Le Gaufey y refiere que este mar de casos menores suelen adquirir la forma de viñetas clínicas pues funcionan como algo que adorna, algo que acompaña e ilustra al texto.

Así, de acuerdo a Guy Le Gaufey (2006) :

Cualesquiera puedan ser las diferencias de factura en esas viñetas que adornan, decoran, engalanan, realzan, ornamentan, atavían frases que se teme carezcan de carne, es notorio que cumplen todas la misma tarea, que justifica además su denominación: ilustrar, mediante un ejemplo demostrativo, un enunciado demasiado árido y por tal motivo calificado de <teórico>. (p.151) (el subrayado es mío)

Así, la principal función de las viñetas clínicas es ilustrar un texto. Son un ejemplo del tema del cual se está hablando en ese momento. Por lo que las viñetas clínicas no son parte primordial del texto, sin embargo, su presencia da cuerpo a la teoría. Es decir, a través de la presentación de una viñeta es posible entonces traer a la teoría algo más sustentable sin que esto sea el objetivo final de la viñeta pues, como se mencionó, su función primordial es únicamente ser un ornamento del material teórico en revisión. Por tal motivo, pudiera decirse que no existe un método fundamental o establecido para la presentación de viñetas clínicas, ya que, según Le Gaufey, cualesquiera que sean sus diferencias en la forma en que se emitan, todas al final cumplen la misma función: ilustrar.

Por tanto, el caso clínico en psicoanálisis no tiene la misma función que un caso clínico desde la postura médica, pues aquel únicamente sirve como un ejemplo de la teoría expuesta, sin que llegue a pensarse, como sucede en la clínica médica, que el caso debe confirmar o rechazar el conocimiento teórico. Tal y como lo muestra Rangel Guzmán: “Una de las funciones primordiales del caso es fungir como instrumento de transmisión de un saber (y no de una verdad) siempre por la vía del enigma, y producto de una experiencia” (Rangel Guzmán, 2010, p. 75). (el subrayado es mío)

De esta manera se entiende que el caso en psicoanálisis es un instrumento que permite transmitir algunos de los conocimientos teóricos. El caso clínico puede fungir como un dispositivo clínico para hacer posible la transmisión de una experiencia y con ella, simultáneamente, una serie de cuestionamientos. Por lo que el caso permite, además de la transmisión de un conocimiento y de una experiencia, la apertura del discurso psicoanalítico.

Una vez establecida la función de la viñeta en el caso psicoanalítico, el siguiente apartado tendrá como principal objetivo la presentación de una viñeta clínica. Esta viñeta, surge a partir de mi experiencia clínica con niños que presentaban síntomas de psicosis temprana. Algunos de ellos fueron diagnosticados previamente ya sea con Autismo, Síndrome de Asperger u otros más. Lo cual trae como consecuencia que el niño llegue al consultorio ya con una etiqueta impuesta, es decir, el niño diagnosticado trae ya consigo una descripción de lo que le dijeron que es. Lo cual implicaría que tanto él como su familia ya no ven más allá de lo que pudiera estar sucediendo. La posibilidad de conocer qué sucede en el psiquismo del niño queda limitada por la respuesta médica, la cual considero sería justamente la función del diagnóstico. Dar una respuesta, una explicación concreta del padecer del niño.

Ahora, retomando, ninguno de estos niños diagnosticados previamente cumplía con todos los parámetros médicos por lo que fueron canalizados al consultorio psicológico donde laboro. Cabe mencionar que uno de los niños nunca fue diagnosticado, sin embargo, llegó al consultorio por otro motivo. Fue este niño quien más cuestionamientos me generó, convirtiéndose así, en el punto de partida para la elaboración de la presente tesis.

De igual manera, se pretenderá mostrar y hacer una relación de los contenidos teóricos previamente revisados en los capítulos anteriores con los síntomas e historia clínica de los niños. Sin que el objetivo sea buscar una correlación entre lo dicho

teóricamente y lo manifestado por los pacientes, sino únicamente cumplir con la función de ilustrar y transmitir una experiencia clínica.

Asimismo, se pretende con la siguiente viñeta mostrar un ejemplo de que existen niños con características similares a los casos mostrados por Klein y Dolto y que, por tanto, pueden ser revisados y atendidos desde el psicoanálisis y no únicamente desde la medicina como usualmente lo hacen.

3.2 VIÑETA CLÍNICA

Estar frente a un niño significa para mí entrar en un mar de cuestionamientos. Sus dibujos, sus palabras, sus constantes preguntas, ese frecuente ¿por qué? que acompaña a cada niño, todos sus juegos, y en ocasiones, también sus silencios o inhibiciones me hacen cuestionarme sobre el psiquismo del niño y, por tanto, querer conocer cada vez más sobre esta etapa tan enigmática del sujeto. Una etapa que, según lo que se ha revisado, es sin duda primordial para la estructuración del sujeto. En capítulos anteriores mencioné mi experiencia en relación a la clínica con niños, que más que respuestas genera múltiples preguntas.

Escuchar el discurso de los niños ha sido una experiencia enriquecedora puesto que cada niño es diferente y, por consiguiente, esta experiencia, en conjunto con la lectura de diversos autores del psicoanálisis, me ha permitido conocer y aprender más sobre las primeras etapas de vida la psíquica del sujeto.

Me he encontrado ante diversas situaciones que difícilmente se encuentran descritas en un solo manual diagnóstico. Por tal motivo, puedo decir que no existe para mí un manual en el cual pueda consultar una explicación concreta del porqué de cada una de sus expresiones, de sus palabras o comportamientos. Infiero que sólo se puede aprender del niño a través del propio niño pues es su palabra la que nos lleva a conocer sus miedos, angustias y, en general, su mundo. Sin embargo, no dejan de existir, como

ya se mencionó, manuales con descripciones puramente médicas sobre el comportamiento o salud mental del niño. De manera que muchas veces su palabra se pierde pues el niño no es escuchado a pesar de la cantidad de gente adulta que se encuentra a su alrededor. El padre, la madre, los educadores, los médicos, entre otros, al parecer no atienden ni entienden al niño.

Debe quedar claro que la palabra del niño hace tanto referencia a una manifestación verbal como a lo que dicen sus actos.

Tal y como lo menciona Klein (1930):

En la técnica del juego, que sigue las representaciones simbólicas del niño, y que da acceso a su angustia y sentimientos de culpa, podemos, en gran parte, prescindir de las asociaciones verbales. Pero esta técnica no se limita al análisis de los juegos del niño. Podemos extraer material (como tenemos que hacer en niños con inhibición del juego) del simbolismo revelado por detalles de su comportamiento en general. (p.229)

De este modo, todo aquel material que sirva como representación simbólica puede ser tomado entonces como parte del discurso del niño. Pues es este material el que nos da acceso al propio niño. Pintar, rayar, jugar, saludar, brincar, en general todo su comportamiento sirve entonces como instrumento para acercarse a lo que hay en su mundo psíquico. De lo cual se infiere que no sólo se escucha al niño a través de la palabra sino a través de sus actos.

Así, estar ante la presencia del niño, es decir, ante su juego y sus palabras, pero también ante su silencio y su no jugar, genera interrogantes tales como: ¿qué está sucediendo en su psiquismo? ¿qué es lo que le angustia tanto?; y, finalmente, ¿cómo es ese mundo psíquico que exhibe a través de su juego? El niño, como lo presenta Winnicott, comunica algo mediante el juego. El menor, al igual que el adulto, quiere ser escuchado y la única forma en la que puede hacerlo es a través de lo que sabe hacer mejor: jugar.

Winnicott lo señala claramente en su texto de 1942:

Un niño que juega puede estar tratando de exhibir, por lo menos, parte del mundo interior, así como del exterior, a personas elegidas del ambiente. El juego puede ser algo muy revelador sobre uno mismo, tal como la manera de vestirse puede serlo para un adulto... El juego, como los sueños, cumple la función de autorrevelación y comunicación en un nivel profundo.

El niño revela por medio del juego parte de su mundo, de sus angustias, de sus miedos. Pero, ¿quiénes son estas personas elegidas a las que se dirige? ¿Podrían ser los padres? ¿O es únicamente el analista quien queda dentro de esta lista de elegidos? No podría contestarlo en este momento, lo que queda claro es que el niño tiene una herramienta a través de la cual puede mostrarse y, sin embargo, muchas veces se le opaca dando mayor prioridad a lo que su cuerpo pueda mostrar físicamente, lo cual es tomado en cuenta por los psiquiatras y neurólogos para establecer un diagnóstico.

Considerando el papel que desempeña el juego en el desarrollo del niño surgió mi interés por realizar la presente tesis, pues, después de cierto tiempo de trabajar con niños, el juego, para mí, era algo propio de los niños. A menos que hubiera algo orgánico que se los impidiera. Esto de acuerdo a lo revisado hasta ese momento, particularmente con base a fundamentos de la neuropsicología y otras teorías cognitivo-conductuales con las cuales había trabajado.

No obstante, mi perspectiva cambió cuando en la clínica donde laboro, un Centro de Atención Psicológica Infantil, se llevó a cabo un campamento de verano. Durante las actividades del campamento me senté a observar a un grupo de niños que jugaban en una de las salas de la clínica.

En ese grupo de niños se distinguía uno en particular. Este niño, a primera vista no parecía tener ninguna discapacidad física y, sin embargo, no se movía de su lugar, no mostraba interés por lo que sucedía a su alrededor. Únicamente se mantenía cerca

de la puerta de la sala de juegos, no obstante, no llamaba a nadie, ni lloraba, ni pedía a su mamá, como normalmente lo hacen los niños cuando quieren irse. Simplemente mantenía su mirada fija hacia un punto y se balanceaba con su mochila, la cual se negaba a soltar. Por momentos parecía que hablaba pero solo balbuceaba algunas palabras pues no se dirigía hacia nadie. Sus compañeros trataban de hablar con él ofreciéndole algún material, lo invitaban a jugar y al no obtener respuesta lo dejaban. Después de un largo periodo las psicólogas encargadas lograron que se sentara en una de las mesas como única repuesta. ¿Qué pasaba con ese niño?, ¿tenía miedo de los demás? Si así era ¿por qué no lloraba, por qué no pedía a su mamá?, ¿era acaso un niño de los que hablaban los libros de neuropsicología y describía un niño autista?

A continuación, se darán algunos detalles sobre Álex, ese niño que llamó mi atención por sus diversas manifestaciones similares a las de una psicosis temprana. Cabe mencionar que queda la interrogante de si lo siguiente se pudiera tomar como un caso clínico pues difícilmente se pudieron llevar a cabo sesiones individuales y, por tanto, un trabajo propiamente clínico. Aún así, me pareció importante incluir en la presente tesis lo que sucedía con este niño en particular, pues como se mencionó, fue a partir de Álex que surgieron muchos cuestionamientos como: ¿por qué esos comportamientos?, ¿qué pasaba por su mente?, ¿qué lo hacía comportarse de esa manera tan peculiar? ¿Se trataba de una psicosis temprana?

Álex era un niño de cinco años que por la pobreza de su vocabulario y desarrollo cognitivo se encontraba en el nivel de un niño de aproximadamente de tres años. Los problemas que presentaba en cuanto a la pronunciación de fonemas no eran significativos, su dificultad se encontraba, sobre todo, en la forma en cómo se comunicaba pues Álex no podía iniciar o seguir una conversación. Su discurso muchas veces se limitaba a imitar diálogos de personajes de algunas películas. De igual manera, su expresión corporal —caras, gestos, movimientos— iba en relación a una caricatura, una imitación bastante convincente.

Era difícil entender su discurso, pues no tenía sentido lo que decía. Su tono de voz era bajo y muy peculiar, semejante al de un personaje caricaturesco. Pasaba de un tema a otro sin que hubiera relación alguna. Hablaba lapsos prologados de forma incoherente. En sus oraciones se podían encontrar desde exclamaciones hasta murmullos, así como risas y muletillas pero, difícilmente, se llegaba a algo concreto. Resultaba muy difícil sostener una conversación con Álex, sin embargo, este niño buscaba hablar con alguien. Usualmente con un adulto, lo cual me generaba dudas sobre si se trataba de un niño autista pues con los niños autistas con quienes había trabajado no había contacto alguno, pero en Álex algo era diferente. Él hablaba y buscaba con quién conversar aunque lo hacía sin sentido y sin concretar nada.

Asimismo, Álex no hacía contacto con otros niños, no los buscaba para interactuar, únicamente se acercaba a los adultos. Jugaba solo, hacía uso de sus manos imitando personajes y girando sobre su propio eje. Durante las actividades en equipo, como rondas infantiles, juegos de mesa, entre otras actividades similares, Álex se retiraba y comenzaba a balancearse agachando su cabeza. Se mantenía distraído y con la mirada perdida. Es decir, como si estuviera en otro mundo. No obstante, había algo que llamó mucho mi atención pues Álex, al parecer con este comportamiento no atendía a las indicaciones, sin embargo, cuando llegaba su turno de participar lo hacía muy bien pudiendo decir que lograba cumplir con los objetivos del juego. En lo que mejor se desempeñaba era en hablar con mímica, lograba representar casi perfectamente la palabra o frase que le decían. Lo cual, me generaba muchas dudas pues, según lo que había revisado hasta esos momentos de mi carrera, un niño autista difícilmente se integra a una actividad y, en este caso, Álex podía lograr algunos objetivos. De manera que era este incumplimiento con la sintomatología de alguno de los trastornos conocidos hasta el momento lo que más me hacía cuestionarme sobre qué pasaba con este niño ¿por qué lograba algunas cosas y por qué con otras se encontraba estancado? Por ejemplo, ese lenguaje sin sentido, esa mirada perdida y esa falta de contacto tan selectiva.

A pesar de su comportamiento, Álex era un niño muy querido por sus compañeros, los niños a su alrededor se acercaban a él y lo trataban como un niño de menor edad, incluso los que eran menores que él lo cuidaban, le decían qué hacer, le ayudaban a tomar su lunch. Por ejemplo, recibía ayuda para abrir su bote de jugo, destapar o cerrar un recipiente, etc. Así como con otras actividades de carácter cognitivo como recortar, pegar, iluminar, en general, actividades manuales. Su desempeño académico era muy bajo, no identificaba colores, números o letras; no podía tomar el lápiz y ni tampoco escribir su nombre. Todo esto llamaba mi atención puesto que a esa edad los niños logran adquirir esas habilidades, pero pareciera que nadie había enseñado a Álex, a pesar de que asistía a la escuela desde hacía ya tres años. Entonces, ¿qué pasaba en la escuela?, ¿qué decían las maestras?, ¿no habían observado tales conductas?, ¿la madre de Álex tenía ya conocimiento?

Durante las primeras semanas del verano, en la clínica pude también observar que su comportamiento seguía siendo muy diferente al de los otros niños. Alex no toleraba los ruidos estruendosos como los gritos de sus compañeros, el ruido de ciertas máquinas, los lugares repletos de gente, en general, todo lo que representara algún disturbio. Inmediatamente apretaba sus dientes, cerraba fuerte sus ojos y tensaba el cuerpo. En ocasiones, pedía permiso para retirarse e ir al baño.

Del mismo modo, constantemente se le encontraba tocándose sus genitales en público, algunas veces de manera muy intensa, por lo que las psicólogas del lugar llegaron a pensar que se había hecho daño.

En varias ocasiones, Álex llegaba al centro disfrazado con el traje de Batman, Spiderman o Chapulín colorado, se negaba a quitarse la máscara del personaje por lo que pasaba toda la jornada de actividades con el disfraz puesto. Hubo semanas completas en que llegaba disfrazado, su mamá comentaba que no lograba que se pusiera otra ropa y cuando lo lograba siempre quería el mismo pantalón y el mismo suéter.

Después de varios días, Álex no lograba integrarse y mi interés por su comportamiento fue cada vez más grande. Sin embargo, en ese momento, mi trabajo era únicamente con pacientes de la clínica, por lo que sólo en algunas ocasiones me podía acercar a las actividades del campamento y observar a Alex. Por tal motivo, decidí integrarme a las actividades de verano y formar parte del grupo de psicólogas a cargo de dicho campamento. De manera que, durante los siguientes días pude indagar más sobre la historia clínica de Álex. Su nacimiento había estado marcado por un fuerte conflicto entre los miembros de la familia. Por tal motivo, la madre pasó los nueve meses de embarazo sin ninguna compañía. El padre no quiso reconocerlo como su hijo, por lo que la madre decidió tenerlo sola, al igual que lo había hecho con su primera hija. La madre relató que, el día del nacimiento de Álex, ella se lo entregó a su hija de cuatro años para que lo cargara diciéndole: Aquí está, nunca más estaremos solas.

Desde los primeros meses Álex estuvo bajo el cuidado de la niñera, la madre trabajaba por periodos largos por lo que solamente se encargaba de él por las noches. A los dos años de edad Álex comenzó a balancearse y golpearse contra la pared. Este hecho alarma a la madre pues, según relata, el padre de Álex tenía en su ADN esa variante conocida como fragilidad del cromosoma X, lo cual, según lo ya revisado, es una de las causas para el autismo. Por esta razón, Álex es sometido a una revisión médica, sin embargo, el neurólogo determina que no hay ningún riesgo, que el niño no presentaba ninguna anomalía a nivel cerebral y que tampoco requería de un estudio genético puesto que gozaba de perfecta salud cromosomática.

Posteriormente, Álex presenta problemas para la adquisición del control de esfínter. A los cuatro años de edad aún no lograba ir al baño por sí solo. Asimismo, tanto él como su hermana dormían en la habitación de la madre pues Álex no quería estar solo en su cama.

También, la madre reportó que Álex sufría de una extraña alergia a las cucarachas, que cualquier cercanía con ellas podría causarle inflamación cutánea y enrojecimiento. Que al igual que ella, Álex no podía estar cerca de estos animales.

Tampoco podía ingerir ciertos alimentos porque hacían daño a su digestión. Por lo que el desayuno que llevaba a la clínica era muy selectivo y abundante, ya que la madre indicaba que Álex tendía a comer en grandes cantidades. Sin embargo, su peso y su estatura se encontraban dentro de la media para su edad.

Álex no realizaba ninguna otra actividad más que asistir a la escuela, pasando las tardes dentro de la casa al cuidado aun todavía de una niñera. No se le permitía salir durante los fines de semana ni en las vacaciones, siendo el campamento de verano su primera actividad diferente a las actividades escolares.

Durante las siguientes semanas me acerqué a trabajar con Álex con una terapia de aprendizaje. No obstante, la situación cada vez se tornaba más difícil puesto que ante mi exigencia por que realizara las actividades Álex se alteraba más. Dejaba de ser el niño tranquilo para enojarse y evitar cualquier contacto. Traté de enseñarle los colores y los números mediante un juego pero pareciera que entre más le hablaba él más se retraía. Se sugirió que en casa trabajaran con los colores y las letras a manera de juego, la madre mencionó que por las tardes hacían tareas similares a las de la escuela y que veía que el niño aprendía muy bien con ella. No obstante, durante el tiempo que pasaba en la clínica no había mejorías en Álex. Por lo que llegué a la conclusión de que tal vez la terapia de aprendizaje no era la solución, puesto que el niño no mostraba ningún interés en el juego y mucho menos en los contenidos académicos.

Posteriormente, las psicólogas del campamento de verano le dieron la instrucción de hablar más fuerte debido a que era imposible entenderle debido a su tono de voz. Por tal motivo, trate de enfocarme en que mejorara su lenguaje. Se le sugirió a la madre que tratara de apoyarlo y lo hiciera hablar más, a lo cual, su respuesta fue que las maestras de la escuela ya le habían comentado que Álex requería apoyo en cuestiones de aprendizaje y terapia de lenguaje pero que ella no lo creía conveniente porque en casa realizaba muy bien las tareas y en cuestión de

lenguaje ella lo notaba muy bien pues “no paraba de hablar”. Después de esta sugerencia en la escuela ya no hice ningún otro comentario.

La madre tenía razón. Álex no tenía problemas en su lenguaje pues articulaba muy bien incluso podía hablar más fuerte como se lo solicitaban en la clínica pero, entonces ¿por qué no podía comunicarse?, ¿dónde estaba su problema? Un problema que otros —maestras de la escuela, psicólogas del campamento- y yo misma, ya habíamos observado.

Posteriormente, surgió una pregunta más: ¿por qué su discurso carecía de sentido?, ¿qué pasaba con este niño? pues no requería una terapia de aprendizaje ni tampoco terapia de lenguaje y, sin embargo, algo en su desarrollo no iba bien.

En algunas ocasiones, ante sus negativas o su constante distracción traté de incluir algunas cuestiones de terapias cognitivas-conductuales que había trabajado con otros niños. Sin embargo, con Álex fue diferente, ante una llamada de atención se alejaba del grupo y perdía todo contacto. Su mirada se mantenía fija hacia el piso sin realizar ningún movimiento. Por lo que, las técnicas de modificación de conducta no eran muy eficaces en el caso de Álex.

Conforme pasaba el tiempo, traté de elaborar un diagnóstico con la poca información que tenía, puesto que, como se mencionó, el niño no iba a terapia, iba a una actividad grupal que ofrecía la clínica durante el verano. No obstante, Álex no cumplía con todos los requisitos para un diagnóstico determinado, así que en conjunto con otras psicólogas de la clínica se habló de un posible caso de TGD no especificado. Pues según se revisó, en el capítulo I, son niños que no cumplen con las características de otros trastornos y deben ser clasificados de esa manera.

A finales del verano, se consultó con el personal de la clínica si era conveniente hablar con la madre, pero dado que el niño no estaba ahí para la atención psicológica ni para valoración puesto que la madre no había solicitado ningún tipo de atención —a

pesar de las sugerencias realizadas en el centro— y únicamente lo había llevado a las actividades de verano, fue imposible entregar un diagnóstico del niño.

Cabe mencionar que, también para mí, aun cuando estuve trabajando más cercanamente con Álex, me fue difícil, tal vez por cuestiones personales, acercarme a la madre de familia y comentar que se habían observado ciertas deficiencias en el desarrollo de Álex. Por lo que la madre de familia nunca fue informada de tales anomalías en el desarrollo de Álex.

Ahora, dos años después, se me informó que Álex a la edad de siete años cursa el segundo año de la educación primaria en una de las escuelas más reconocidas de la capital. Aún no recibe ningún tipo de atención terapéutica, sin embargo, se sabe que muestra diversas dificultades en cuestiones de aprendizaje, particularmente en la adquisición de la lectura y escritura. Dificilmente toma el lápiz, logra escribir su primer nombre e identificar algunas letras del abecedario, no obstante, no ha habido avances significativos. En conocimientos matemáticos se encuentra muy atrasado, así como en otras actividades manuales. En la escuela, se le diagnosticó nuevamente con problemas de aprendizaje por lo que recibe clases de regularización para que mejore su desempeño escolar.

Su lenguaje sigue siendo muy pobre, en ocasiones logra conversar adecuadamente, sin embargo, se pierde en la conversación y termina con ese lenguaje sin sentido. No se ha reportado que se siga disfrazando como anteriormente lo hacía, pero usualmente viste con la misma ropa. Su complexión sigue siendo la de un niño de menor edad, no se observaron cambios físicos. Su estatura y peso no ha variado considerablemente en los últimos años. Se integra un poco más con sus compañeros pero finalmente se retira y juega él solo. Sigue al cuidado de una niñera y por las noches duerme con su hermana mayor y la madre. El último reporte fue que Álex se enoja y comienza a balancearse y se golpea contra la pared. Hasta el momento, sólo se le ha atendido por problemas de aprendizaje acudiendo únicamente a las clases de regularización que imparten las maestras de su escuela.

Como se mencionó, el trabajo con Álex me hizo cuestionar algunas de las teorías de las cuales tenía conocimiento y, a su vez, con las cuales había trabajado. Puesto que en el caso de Álex ninguna de ellas se cumplía en su totalidad. Este era un niño diferente, un niño que no encajaba con ninguna descripción. Yo misma llegué a pensar que se trataba de un niño con autismo, sin embargo, no cumplía con toda la sintomatología propia de este diagnóstico, sino que únicamente presentaba algunos criterios, por lo que no me atrevía a hablar de Álex como un niño autista. A su vez, aquel diagnóstico médico que le habían realizado se convirtió en mi primer punto para cuestionar, pues ese diagnóstico refería no haber ninguna anomalía a nivel cerebral. No obstante, algo no iba bien en su desarrollo. Es decir, ¿por qué ese comportamiento si no había ninguna deficiencia médica? Si el propio neurólogo había manifestado que todo se encontraba en orden ¿por qué entonces presentaba tantas anomalías en su desarrollo?

Posteriormente, las dudas se incrementaron al tener conocimiento del reporte de las maestras sobre un atraso escolar y de lenguaje. Estas cuestiones propiamente cognitivas-conductuales que trataron de explicar las deficiencias en el desarrollo de Álex, en conjunto con mis intentos de una terapia cognitivo-conductual con las que buscaba que Álex aprendiera por medio del juego, me hicieron reflexionar que el problema de Álex tampoco iba en ese camino. Desde mi punto de vista tampoco era una cuestión cognitiva como lo sugieren algunos autores de la psicología.

Finalmente, la clasificación de Álex como un niño con TGD no especificado, me llevó a su vez a cuestionar el uso de manuales, pues dicho trastorno por sus características solo lleva a un callejón sin salida. Puesto que existen demasiadas clasificaciones y de ellas se derivan aún más, unas demasiado concretas y específicas que es difícil asemejar el síntoma presentado por el niño con la descripción que los manuales ofrecen. Asimismo, muchas clasificaciones derivan finalmente en etiquetas inconclusas como trastorno no especificado, trastorno atípico, atipicidad sintomática, trastorno de afectación leve, entre otros. Lo que hace difícil elaborar un diagnóstico.

Álex recibió tres diferentes diagnósticos, uno desde el punto de vista neurológico, otro en cuestiones del desarrollo cognitivo y, finalmente, uno más en base a manuales psiquiátricos. Ahora, cada uno de estos diagnósticos se centró en el aspecto físico, pero ninguno habló de la vida psíquica del niño. De esa parte psíquica de la cual habla el psicoanálisis. Desde un punto de vista psicoanalítico ¿podría ser entonces Álex un niño con síntomas de psicosis temprana?; ¿o un niño como los presentados por Melanie Klein y Françoise Dolto? De ser así, ¿Álex podría ser entonces tratado desde el psicoanálisis como lo fueron estos niños?, ¿qué diría el psicoanálisis con respecto a Álex?

De acuerdo a lo postulado por Klein, ¿Álex podría presentar entonces una inusual inhibición en el desarrollo del Yo? Una falla en las primeras etapas del desarrollo, como menciona la autora, ¿podría explicar esa falta de contacto con el otro, esa inhibición por el juego? A su vez, esa carencia de los cuidados maternos en el caso de Álex, ¿podría considerarse como esa falta de afecto necesaria para disminuir la angustia del niño, lo cual, de acuerdo a Klein, es fundamental para la constitución psíquica del niño? ¿Podría ser esto parte de esa inhibición en el desarrollo del Yo?

Por otra parte, ¿Qué diría Dolto? ¿Sería posible que Álex estuviera aún en un nivel previo al Edipo?, ¿en una etapa donde la fecundidad del padre no es reconocida, sino que la madre es única y portadora de un valor fálico? Pudiendo decir entonces que en Álex no se había establecido aún una castración, siendo así, ¿cómo podría trabajarse clínicamente con Álex? ¿Qué significó para Álex ese discurso de la madre?, esa entrega que hace a su hija mayor diciéndole: aquí está, nunca más estaremos solas.

Muchos cuestionamientos quedan para ser analizados, no obstante, el objetivo de la presente tesis, y en particular de este apartado, es mostrar que estos niños pueden ser atendidos desde el psicoanálisis por ser sujetos, tener una historia, y por tanto, algo que decir. Para eso ha servido la viñeta de Alex.

El segundo caso es el de un niño de cuatro años llamado Iván, quien presentaba dificultades para relacionarse con su medio y de convivencia con sus compañeros. De acuerdo con los maestros, Iván no realizaba ninguna actividad dentro del salón. Podía pasar toda la mañana sentado en su escritorio o tirado en el suelo. No atendía indicaciones y parecía que no escuchaba. Por tal motivo, se realizó un examen del oído, en el cual, no se encontró ninguna deficiencia auditiva. De manera que, Iván fue canalizado al centro de atención psicológica donde laboro. Ahí, una de las psicólogas realizó una valoración y concluyó que Iván presentaba Trastorno de *Asperger* o algunos rasgos autistas. La psicóloga refirió que no se podía definir claramente un diagnóstico pues la sintomatología del niño variaba. A su vez, reportó que su desarrollo intelectual se encontraba dentro de la media de su edad. Sin embargo, el niño no hacía contacto visual y difícilmente se interesaba por el juego. Presentaba pobreza en su vocabulario y su discurso se conformaba de frases cortas. Iván no ligaba un enunciado con otro y su tono de voz era plano. Por tal motivo, se inició una terapia cognitivo-conductual. No obstante, después de algunas sesiones Iván es canalizado al área clínica donde me ocupo del caso.

Daré ahora algunos detalles de la historia de Iván. Durante los primeros meses estuvo al cuidado de la madre. No se reportó ningún acontecimiento médico. Posteriormente, a los tres meses fue llevado a la guardería y no ingresó al jardín de niño hasta los cuatro años. En la guardería aprende a ir al baño y otras cuestiones del desarrollo, como gatear y caminar. Las maestras no realizaron ningún comentario sobre su comportamiento. La madre refirió que en casa ella es quien le exige, quien pone las reglas y la disciplina puesto que el padre solo se dedica a jugar con Iván. En algunas ocasiones, el niño tiende a hacer berrinches —grita y se tira en el piso— no logran controlarlo por lo que usualmente le dan lo necesario para que esto no ocurra. Asimismo, comenta que comenzaron a tener reportes de la escuela a partir de que la maestra regañó a Iván por haberse hecho pipí en el salón y no haber avisado. La madre es quien se presenta a las sesiones, en ninguna ocasión se presentó el padre. Iván

pasaba las tardes con la abuela materna, quien reportó que el niño cada vez hace más berrinches y se enoja frecuentemente.

A partir de que los padres recibieron el diagnóstico de su hijo acudieron a una clínica especial para niños con autismo. En donde el niño recibía atención dos veces a la semana en conjunto con la terapia cognitivo-conductual del centro donde se realizó la valoración.

Cuando Iván ingresa a sesión conmigo traté de interesarlo por el juego, presentándole diversos materiales. Se mantenía interesado por poco tiempo y después hacía a un lado el material. Solicitaba que se utilizaran otros juguetes pero nunca hacía contacto con la mirada. De manera que si no se le hacía caso solo seguía pidiendo hasta obtener una respuesta. Podía hacer esto por un largo periodo sin que su tono de voz se modificara, es decir, no levantaba la voz o gritaba para pedir las cosas como normalmente lo hace un niño cuando no se le hace caso. En ocasiones, realizaba movimientos repetitivos como balancearse y mover continuamente su pierna. A su vez, cantaba algunas canciones como rondas infantiles, la mayoría de las veces la misma estrofa de la canción.

Durante una sesión, se habló con la madre de manera que lo hicieran *necesitar* las cosas pues al parecer a Iván le daban todo aún antes de que las pidiera. Era un niño que no le podía faltar algo. Por ejemplo, siempre tenía un suéter por si acaso hacía frío o agua por si tenía sed. Todos en casa estaban pendientes de lo que el niño necesitara. Asimismo, Iván tenía una característica peculiar, no le gustaba que lo dejaran solo en la mesa de juegos. En una ocasión, me retiré de la mesa donde nos encontrábamos jugando para escribir unas notas, cuando escuché únicamente decir a Iván “Deja el lápiz”, sin que él volteara a verme pues su mirada seguía fija en el material que utilizaba. En otra de las sesiones ocurrió algo similar, tomé un block de notas e Iván, sin decir palabra y sin levantar su mirada, lo arrebató y lo guardó en uno de los cajones del escritorio. Inmediatamente siguió con la pintura que realizaba en ese momento.

El trabajo clínico con Iván no fue fácil pues, por alguna razón, terminé convirtiendo las sesiones en terapias conductuales. Pidiéndole que cuando me hablara tenía que voltear a verme o, si no, no habría una respuesta de mi parte. Se le enseñaron algunas palabras para solicitar las cosas como “por favor” y “gracias”. Iván respondía bien a tales indicaciones, sin embargo, seguía sin haber una respuesta emotiva. Esta situación se hacía cada vez más frecuente. Sin embargo, Iván comenzó a faltar a sus sesiones, al parecer la madre ya no lo podía llevar, dejando finalmente de asistir.

Posiblemente por estos comportamientos es que entendí por qué había sido diagnosticado con Asperger, pues este trastorno habla de esa incapacidad para relacionarse con el otro, esa falta de empatía con el otro. Pero ¿qué decía el psicoanálisis sobre esto?, ¿qué pasaba por su psiquismo que Iván no podía entender al otro pero sí ordenar al otro? Muchas dudas quedaron sin resolver sobre este caso debido a que apenas iniciado el trabajo con él, lamentablemente, lo dejaron de llevar.

Los casos de Álex e Iván se toman como referentes para dar a conocer que existen niños con estas características llamadas autismo, psicosis temprana, trastorno de Asperger, etc, y que, al igual que lo hizo Klein y Dolto, pueden ser tomados para análisis pues, según lo revisado desde el psicoanálisis, hay un psiquismo y no solo un cuerpo como la ciencia lo señala. Son niños que han pasado por diversos diagnósticos médicos que finalmente no pueden explicar sus deficiencias ni ayudarlos a superarlas. Por lo tanto, el psicoanálisis tiene algo que decir pues es la disciplina que abre un espacio para el discurso del niño pues, como decía Freud: el síntoma habla.

3.3 ¿QUÉ ES EL SÍNTOMA PARA EL PSICOANÁLISIS?

Dentro del ámbito de la salud frecuentemente se escucha la palabra síntoma —¿Qué síntomas presenta el paciente?— menciona el médico, pues con esto apunta a lo que manifiesta el paciente, qué anomalías muestra su cuerpo, de manera que pueda saber qué padece el enfermo. El síntoma corresponde entonces a un “fenómeno que aparece

como consecuencia de una alteración funcional u orgánica del organismo” (Medicina y Salud, p. 521). De acuerdo a la práctica médica, la enfermedad se muestra a través de la presencia de diversos síntomas, algunos de estos observables y otros que solo se conocen a partir del sentir y decir del propio paciente.

En psicoanálisis, se habla a su vez de síntomas, sin embargo, tomando en cuenta que esta disciplina alude siempre a enfermedades psíquicas, se ocupa entonces de los llamados síntomas psíquicos. En este caso, para dar respuesta a nuestra pregunta sobre ¿qué es el síntoma en psicoanálisis? nos remitiremos al texto freudiano Los caminos de la formación del síntoma (1916-1917). En este texto, el autor señala que los síntomas —refiriéndose únicamente a los síntomas neuróticos— son el resultado de una lucha para la adquisición de una nueva modalidad de satisfacción pulsional. Es decir, a partir de que la libido es rechazada por la realidad (frustración) ésta busca una nueva forma de ser satisfecha.

De acuerdo a Freud (1916-1917):

Si a pesar de que la libido está dispuesta a aceptar otro objeto en lugar del denegado (frustrado) la realidad parece inexorable, aquella se verá finalmente precisada a emprender el camino de la regresión y a aspirar satisfacerse dentro de una de las organizaciones ya superadas o por medio de uno de los objetos que resignó antes. En el camino de la regresión, la libido es cautivada por la fijación que ella ha dejado tras sí en esos lugares de su desarrollo. (p. 327)

Esa libido insatisfecha busca e intenta una nueva manera de satisfacerse. Por lo que regresa a estados anteriores del desarrollo, estados u objetos a los cuales ya había renunciado. De manera que las fijaciones dejadas y ya superadas en esa vía de desarrollo le permitan nuevamente drenar su investidura energética y así, lograr satisfacerse.

Por tanto, la libido encuentra en ese periodo infantil, en esas “prácticas y vivencias de la sexualidad infantil, en los afanes parciales abandonados y en los objetos resignados de la niñez” (Freud, 1916-1917, p. 326), las fijaciones necesarias para lograr quebrantar las represiones del Yo y así, en un sentido regresivo lograr satisfacerlas.

No obstante, la libido al investir ese material ya una vez reprimido, se sustrae del Yo y de todas sus leyes. Renunciando también a todo lo adquirido bajo la influencia del Yo. Asimismo, las representaciones donde descarga esa energía pertenecen al material inconsciente y, por tanto, están sujetas a procesos psíquicos similares a los de la formación del sueño, en particular condensación y desplazamiento. Por tal motivo, la libido logra abrirse camino a una satisfacción real pero restringida y casi irreconocible.

De esta manera se infiere que el síntoma es el resultado de una regresión que hace el neurótico. Una regresión a estados de la infancia a los cuales, la libido quedó adherida con ciertos montos. Posiblemente a recuerdos reprimidos u objetos que alguna vez fueron placenteros y que, por esa denegación (frustración) de la realidad fueron reprimidos. No obstante, estas vivencias dejaron secuelas de las que ahora la libido en sentido regresivo hace uso y así logra su descarga —o satisfacción— pero, siempre bajo ciertas condiciones.

Pues, como menciona Freud (1916-1917):

El síntoma repite de algún modo aquella modalidad de satisfacción de su temprana infancia, desfigurada por la censura que nace del conflicto, por regla general volcada a una sensación de sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevo a contraer la enfermedad. (p.333)

Es entonces así que en el síntoma se repite el placer que alguna vez en su infancia el sujeto sintió, pero ahora lo hace de una manera que podría llamársele oculta y dolorosa. Es decir, el síntoma aparece en algo que el sujeto desconoce como un

placer pues solamente genera en él sufrimiento. Así, se resistirá a él y buscará entonces deshacerse y alejarlo de sí. El síntoma lejos de asemejarse a una satisfacción, prescinde del objeto y, por tanto resignan el vínculo con la realidad. De manera que se hablaría de un extrañamiento del principio de realidad y un retroceso al principio del placer. Tal y como sucedería en esa etapa primaria de la infancia donde el placer está vuelto hacia sí mismo, la etapa del autoerotismo del niño.

Se ha hablado de una libido que regresa a los lugares donde quedó adherida por ciertos montos de energía. Estos lugares de fijación son alcanzados por la libido a partir de que logra ingresar a esas reservas de placer que guarda el sujeto. Puesto que para el sujeto es difícil renunciar al placer, reserva entonces un lugar para todas estas fuentes y vías resignadas y abandonadas. De manera que, a través de la actividad de la fantasía el sujeto puede acceder y gozar de estas reservas sin que sea expuesto a lo que llama Freud un “examen de realidad –o sea el proceso de juzgar si una cosa es o no real” (Freud, 1916-1917, p. 339). En otras palabras, la libido vuelve a las fantasías y logra así encontrar desde ellas el camino a cada fijación reprimida. Pues estas fantasías gozan de cierta tolerancia, entre el Yo y ellas no hay aún un conflicto. No obstante, el monto de energía se eleva a partir de que la libido entra en contacto con ellas, de manera que hace inevitable el conflicto con el Yo, teniendo que ser reprimidas y por tanto, atraídas por el material inconsciente. Así, las fantasías ahora inconscientes permiten a la libido que migre “hasta sus orígenes en el inconsciente, hasta sus propios lugares de fijación” (Freud, 1916-1917, p. 340). De esta manera se entiende que la fantasía sirve como medio para que la libido alcance los lugares de fijación y así cumplir con su cometido, el cual consiste en satisfacer de nueva cuenta lo que ya una vez fue reprimido.

En resumen, entendemos que el síntoma es un sustituto para la satisfacción de la libido que ya una vez fue reprimida. No obstante, para lograr que sea satisfecha esta vez, la libido requiere hacer una regresión a etapas anteriores del desarrollo. A etapas en donde siempre fue placentero, en donde no estuvo sometida a ningún tipo de frustración. De manera que, el síntoma trae consigo un placer pero un placer

desfigurado que apenas reconoce el sujeto. Pues para este causará malestar y por tanto, querrá deshacerse de él.

El camino para la formación del síntoma implica no sólo un desgaste anímico sino que, a su vez, el propio sujeto buscará terminar con ese displacer y sufrimiento que le significa el síntoma. Por lo que, de acuerdo a Freud, esto traerá como consecuencia “un extraordinario empobrecimiento de la persona en cuanto a energía anímica disponible y, por tanto, su parálisis para todas las tareas importantes de la vida” (Freud, 1916-1917, p. 326). De manera que, se puede hablar entonces de un sujeto enfermo, es decir, de una neurosis.

Ahora, ¿qué sucede con los niños?, ¿ellos también enferman de neurosis?, ¿el niño también regresa a estados primitivos? Sobre esto, Freud refiere que las neurosis infantiles son más frecuentes de lo que se cree. Sin embargo, pasan inadvertidas puesto que los síntomas se presentan de manera distinta. Los síntomas en los niños se presentan en una forma poco convencional como lo es una mala conducta, una rabieta u otros comportamientos que por su condición de niño logran aún ser controlados o manejados por el adulto. No obstante, en las neurosis infantiles “el factor del diferimiento temporal desempeña necesariamente un papel muy reducido o falta por completo, pues la enfermedad se contrae como consecuencia directa de las vivencias traumáticas” (Freud, 1916-1917, p. 331). De lo cual se infiere que la neurosis infantil difiere de la neurosis en el adulto pues el niño difícilmente regresa a estados primitivos, sin embargo, el niño logra por otros caminos la formación del síntoma.

Por ahora queda clara nuestra pregunta inicial sobre qué es el síntoma para el psicoanálisis. Expuesto esto, se presentará a continuación cómo son vistos desde el psicoanálisis y desde la medicina los síntomas de los niños presentados en el apartado anterior.

3.4 ÁLEX E IVÁN: UNA MIRADA MÉDICA Y PSICOANALÍTICA

De acuerdo a las viñetas presentadas, se hará una breve revisión sobre la interpretación de los síntomas desde la medicina y, a su vez, desde el psicoanálisis. Es decir, ¿qué dicen los médicos en el caso de Álex y en el caso de Iván?, ¿qué diría el psicoanálisis sobre ambos casos?

Dicha exposición servirá como base para llevar a cabo únicamente un trabajo comparativo sobre ambas propuestas, la médica y la psicoanalítica, sin que el objetivo sea rechazar o desacreditar alguna de estas dos propuestas.

3.4.1 ¿Qué dicen los médicos?

Dentro del ámbito médico, pueden realizarse dos interpretaciones, una desde la psiquiatría y la otra desde la neuropsicología. Veamos la siguiente clasificación.

Cuadro 7. Diagnóstico médico de Álex. (Elaboración propia)

Síntomas presentados por el paciente:	Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico neuropsicológico
	DSM-IV-TR	
A. Anomalías en el desarrollo antes de los tres años de edad. B. Alteraciones cualitativas en las interacciones sociales. C. Alteraciones en la comunicación. D. Formas de comportamiento, intereses y actividades	El niño presenta un <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo</i> con algunas señales y síntomas del Trastorno Autista o Síndrome de Asperger, sin embargo, no cumple con el estricto criterio utilizado para diagnosticar esas condiciones. Por lo cual queda clasificado como: <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado (TGD no especificado)</i>	De acuerdo a lo revisado en el ámbito de las neurociencias, el niño presenta diversas alteraciones en su desarrollo social. No obstante, sus características al ser menos severas le permiten desenvolverse dentro de diversos contextos, por lo que finalmente se hablaría de un: <i>Trastorno del Espectro Autista con un grado de afectación leve.</i>

restringidas y estereotipadas. E. Bajo rendimiento en habilidades cognitivas.	CIE-10	
	El niño no cumple con todos los criterios del <i>autismo infantil</i> ni del <i>autismo atípico</i> . Por lo que queda diagnosticado como: <i>Autismo Atípico en su clasificación de atipicidad sintomática,</i>	

Cuadro 8. Diagnóstico médico de Iván. (Elaboración propia)

Síntomas presentados por el paciente:	Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico neuropsicológico
A. Ausencia de retrasos significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo. B. Desarrollo intelectual normal. C. Retraso en motricidad fina y gruesa. D. Torpeza en movimientos motores. E. Alteraciones cualitativas en las relaciones sociales F. Ausencia de reciprocidad social o emocional.	DSM-IV-TR	El menor se encuentra en los niveles más bajos del: <i>Trastorno del Espectro Autista con un grado de afectación leve.</i> Asimismo, por la ausencia de anomalías en el lenguaje y en su desarrollo cognitivo podría hablarse —al igual que en la psiquiatría— de un: <i>Trastorno de Asperger</i>
	El niño cumple con la mayor parte de los criterios del <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)</i> en su clasificación de:	
	<i>Trastorno de Asperger</i>	
	CIE-10	
	El niño presenta un <i>Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD)</i> , cumpliendo la mayor parte de los síntomas correspondientes al: <i>Trastorno de Asperger</i>	

De acuerdo a lo presentado, los médicos sostienen que estos niños padecen de un trastorno y, como tal, deben de recibir un tratamiento de acuerdo a las características de su enfermedad. Un tratamiento de fármacos en compañía de terapias de tipo cognitivo- conductual. Para los médicos, Álex e Iván son niños con un TGD, ya sea no especificado o Asperger. Así fue interpretada su sintomatología y, por lo tanto, de eso están enfermos. No obstante, ¿sería posible dar otra explicación a los síntomas presentados por Álex e Iván? Tomando en cuenta lo que es el síntoma para el psicoanálisis, así como lo expuesto en otros capítulos por Melanie Klein y Françoise Dolto, ¿sería posible entender al niño desde otra perspectiva?, ¿qué nos dice el psicoanálisis sobre Álex e Iván?

3.4.2 ¿Qué dice el psicoanálisis?

En los casos que he presentado los niños tenían síntomas de psicosis temprana, pero ¿se podría hablar acaso de una psicosis temprana o únicamente de manifestaciones similares a las de una psicosis? Si se considera lo revisado en el capítulo anterior, ¿qué dice el psicoanálisis con respecto a estos niños? ¿Qué podría estar sucediendo con su psiquismo? Para dar respuesta a estos planteamientos, recordemos brevemente los síntomas presentados por Álex e Iván.

En el primer caso, Álex presentaba una grave pobreza en su vocabulario y desarrollo cognitivo; no era capaz de iniciar o seguir una conversación. Su discurso carecía de sentido pues sólo repetía diálogos de personajes de caricaturas. No había en Álex la capacidad de relacionarse emocionalmente con los otros. Rara vez manifestaba angustia, únicamente ante los ruidos estruendosos o ante cualquier disturbio se alteraba. Se mantenía indiferente a la presencia de sus compañeros, no se interesaba por lo que sucedía a su alrededor, no jugaba más que con sus manos y otras partes de su cuerpo. Sus compañeros y maestros siempre lo trataron como un niño de menor edad. Álex mostraba un atraso motor. Presentaba grandes dificultades en manipular ciertos utensilios como tijeras, lápices, cucharas y objetos similares. La

expresión de sus ojos era fija y ausente. No mostraba interés en las actividades, sin embargo, de manera mecanizada lograba seguir indicaciones. Constantemente se tocaba sus genitales frente a cualquier persona. Cuando algo lo molestaba o ante alguna llamada de atención comenzaba a balancearse y golpearse contra la pared. La mayor parte del tiempo pasaba disfrazado de algún personaje como Batman (hombre murciélago) o Spiderman (hombre araña). Y, de acuerdo a la madre, Álex era alérgico a las cucarachas.

Por otra parte, Iván comenzó a mostrar dificultades en la escuela a partir de que la maestra lo castigó porque se orinó en el salón de clases. Asimismo, pasaba sentado sin moverse o tirado en el suelo. No seguía indicaciones ni atendía a lo que le decían. No obstante, su desarrollo intelectual era normal. No había dificultades en cuestiones de aprendizaje ni en su lenguaje. Su tono de voz era plano y mecanizado. Difícilmente se relacionaba con su medio. No hacía contacto visual ni mostraba interés por sus iguales. No le gustaba que lo dejaran solo, es decir, no invitaba al otro a su juego pero tampoco le permitía retirarse. Así, cuando no se hacía lo que él pedía no lograban controlarlo pues gritaba y se comportaba muy agresivo. Finalmente, no había en Álex la capacidad de relacionarse emocionalmente con los otros

Melanie Klein mostró que el niño que atendió, Dick, presentaba “una incapacidad completa, aparentemente constitucional para tolerar la angustia” (Klein, 1930, p. 228) y, que finalmente, más que una psicosis se trataba de una inhibición en el desarrollo del Yo. Sin embargo, ¿podría decirse lo mismo en relación al caso de Álex e Iván?

Recordemos que Klein postuló que en el bebé está presente desde el nacimiento una ansiedad de naturaleza psicótica. Por lo que el niño, tendrá que ir canalizándola de manera que pueda lograr un desarrollo normal. Esta ansiedad es a la que se refiere Klein cuando habla de la dificultad en Dick. Por lo tanto, ¿sería posible que en Álex este flujo de ansiedad no haya cesado? Pues de acuerdo a Klein, esta ansiedad persecutoria —característica de la etapa esquizo-paranoide— puede ser contrarrestada a partir de las experiencias gratificadoras, es decir, que a partir de los

cuidados y afectos de la madre o sustituto, el flujo de ansiedad puede disminuir. ¿Podría ser que Álex no recibió estos cuidados y afectos por parte de su madre, ni de otra persona? Una madre que, desde un inicio parecía quererlo para no estar sola y que, sin embargo, lo dejó al cuidado de múltiples niñeras quienes posiblemente tampoco cumplieron con esa función del pecho gratificador.

De igual manera, Klein refiere que cuando el bebé logra atravesar esta primera etapa, la esquizo-paranoide, logra a su vez establecer una relación más firme con su madre, pues ahora la ve como un objeto total y separado de él. Sin embargo, en una segunda etapa —la depresiva— un nuevo monto de ansiedad se hace presente pues el niño teme perder al objeto amado. Por lo que la pareja culpa y la reparación aparece logrando así disminuir la ansiedad depresiva y fortalecer las relaciones del niño con el otro. No obstante, cuando la ansiedad depresiva se vuelve intolerable posiblemente haya una regresión a la etapa esquizo-paranoide y esto traiga, a su vez, serias dificultades en el desarrollo.

En el caso de Álex e Iván, ¿sería entonces factible hablar de una regresión a etapas tempranas? ¿De una reincidencia de los montos de la ansiedad persecutoria? Y por tanto, ¿podría hablarse de un estancamiento en la etapa esquizo-paranoide? De esta manera, se puede entender esa falta de contacto con el otro que, tanto Álex como Iván, dejan ver como parte de su sintomatología. Esta inhibición en el desarrollo pudiera explicar, a su vez, esa incapacidad de Álex e Iván para sublimar, para llevar a cabo el juego simbólico y finalmente para adquirir cualquier tipo de conocimiento. ¿Es entonces, una angustia imponente la causa de esas deficiencias del desarrollo?

Expuesto lo anterior, se puede inferir que es a través de esas manifestaciones (falta de interés por el otro, incapacidad para relacionarse emocionalmente, pobreza en vocabulario, discurso sin sentido, etc.) que se deja ver esa imposibilidad del niño para tolerar la angustia. Una angustia presente desde el nacimiento y que, a través de distintos mecanismos, puede disminuir para así lograr un desarrollo normal del Yo.

No obstante, se puede observar que en el caso de Iván, esos mecanismos pueden aún estar presentes, pues esa noción de control, de solicitar que estén a su disposición cuando él lo solicite, se asemejaría a esa ilusión de control omnipotente característica de la etapa esquizo-paranoide. Etapa, en la cual, las ansiedades son de naturaleza psicótica y, en donde, a su vez el niño aún no logra establecer relaciones objetales. Dicho esto, posiblemente, Iván, al igual que Álex, podría estar aún en una etapa temprana del desarrollo, con un Yo débil y todavía en evolución.

Así, y de acuerdo a Klein, puede decirse que en estos niños —Álex e Iván— el establecimiento de una relación con la realidad ha sido impedido o refrenado debido a la angustia. Todavía se encuentran en etapas tempranas del desarrollo y de ahí estas manifestaciones psicóticas. Se hablaría entonces, en el caso de Álex e Iván, de una inhibición en el desarrollo del Yo, tal y como lo expone Klein, y no de una psicosis, pues como ya se mencionó el Yo aún no está conformado.

De acuerdo con Jacques Lacan ¿qué se podría decir en relación a Álex e Iván? Lacan habla de la función paterna como parte esencial para la estructuración psíquica del sujeto. Habla de un padre simbólico, de un padre que está presente a pesar de su ausencia. Es decir, el padre en Lacan es una metáfora, un significante que viene en lugar de otro significante, el significante madre.

Este padre simbólico es un padre que carga con la amenaza de castración, que prohíbe al hijo, y por tanto, que frustra su deseo por estar con la madre. Es en este acto del padre —la frustración del deseo edípico— donde se pone en juego todo aquello referente a la realidad, al establecimiento y origen de patologías como la psicosis. ¿Es aquí en donde se tendría que indagar para poder entender qué es lo que sucede con estos niños con síntomas de psicosis temprana? Pues, es a partir de esta privación que el ideal del Yo aparece y, en consecuencia, el complejo de Edipo llega a su fin lo que da lugar a la estructuración psíquica del niño.

Como se recordará, en el caso de Álex, la madre nunca hizo referencia a alguien más que a ella. Es decir, no había un referente extra que pudiera cumplir con un padre que castra, que prohíbe. Tanto Álex como su madre nunca hicieron presente al padre, a ese otro que viniera a romper esa relación aún, posiblemente, simbiótica entre madre e hijo. Ahora, en el caso de Iván también pudiera hablarse de ese padre ausente en lo simbólico, pues queda claro que el padre real estaba y, sin embargo, en cuanto a función no había un padre.

De acuerdo a lo expuesto, ¿Pudiera ser que, en ambos casos, la castración simbólica todavía no estuviera consolidada? Es decir, que el significante nombre del padre en estos dos niños aún no estuviera inscrito. ¿Cabría la posibilidad de que tanto Álex como Iván por su posición de niños aún no estuvieran estructurados como sujeto en falta?

En otras palabras, ambos casos pudieran ser niños con un psiquismo todavía en desarrollo, por tal motivo, es que aún no se encuentra inscrito el significante Nombre del Padre y de ahí es que vienen esos síntomas psicóticos. Tal y como posteriormente lo muestra Dolto, quien retoma a Lacan, y expone que Paul, un niño con síntomas de psicosis temprana, se había quedado en una etapa previa al Edipo y, por tanto, la castración simbólica aún no se encontraba establecida.

Françoise Dolto resalta que es solo a partir de esa castración simbólica que el humano puede ser un ser fecundo. Con esto se refiere a que no únicamente conserva su fecundidad sexual, sino que también puede acceder a la cultura pues es un ser castrado y, por tanto, un ser que está sometido a una ley. Una ley que lo humaniza. Ahora, ¿tendría esto relación con Álex y su tendencia por los múltiples disfraces? Todos orientados a distintos animales, arañas, murciélagos e insectos. ¿Tendrá que ver esto con la ausencia de una ley que humaniza?

Recordemos, a su vez, que Lacan habla de que esta ley es normativa en cuanto a que también el sujeto asume su sexo. Es decir, en el caso del varón, este se

reconoce como tal e identifica su virilidad. De manera que se instaura el ideal del Yo y da fin al Complejo de Edipo. Lo que lo lleva a reconocer al otro y por ende a acceder a la cultura. La castración simbólica, como lo señala Dolto, tiene que ver con la ley de la sexualidad humana. Es decir, con este saber en cuanto a la concepción y en cuanto a la fecundidad de uno mismo. Por consiguiente, ¿los síntomas de estos niños tendrán que ver con esta ausencia de la figura paterna en lo simbólico? ¿Con un desconocimiento del papel del padre como ser fecundo y por tanto, con un desconocimiento de su propia fecundidad?

Siguiendo a Dolto, ¿sería posible que estos niños —Álex e Iván— se encontraran todavía en un nivel previo al Edipo? Tal y como sucedió con Paul, quien se encontraba en un nivel en donde, para el niño, el padre no tiene valor fálico sino únicamente la madre. Estos niños desconocían el papel del padre, según su historial. Nunca se hablaba de ellos y, en particular en el caso de Álex, parecía ser un tema ignorado por completo.

En resumen, en ambos casos podríamos hablar de una ausencia de la función del padre, como lo expone Lacan. Ahora, Françoise Dolto menciona que Paul se encontraba estancado en un nivel antes del Edipo, por tanto, se infiere que, la autora —al igual que Melanie Klein— habla también de una inhibición en el desarrollo que detonaría una serie de manifestaciones similares a las de una psicosis temprana.

A partir de las dos posturas —la de Klein y Dolto— podemos referir que tanto Álex como Iván pueden ser vistos como niños con una inhibición en el desarrollo del Yo o como niños en quienes la castración simbólica aún no ha sido establecida al encontrarse en un nivel previo al Edipo. De manera que estos niños pueden ser tratados desde el psicoanálisis, tal y como estas autoras lo hicieron en el caso de Dick y de Paul Sècheboeuf.

3.5 LOS PADRES

En capítulos anteriores se expuso que tanto el padre como la madre son parte esencial del desarrollo del niño y que en cuanto a constitución psíquica no es solamente hablar de la presencia de los padres, sino a la función de cada uno de ellos, elemental para el desarrollo normal del niño.

Asimismo, se habló cómo los padres de los niños, diagnosticados como autistas o cualquier otra condición psiquiátricamente o neurológicamente determinada, aparentemente desconocen el malestar y diagnóstico de sus hijos. Hecho que se asemeja a una negación de la realidad pues los padres, al parecer, no ven esta realidad y crean la suya propia, una donde el niño goza de un perfecto desarrollo.

Este crear su propia realidad nos remite, sin duda, al tema de las psicosis donde Freud planteaba que el psicótico despliega un discurso delirante como un intento por sustituir el mundo real. Por lo que, nuevamente nos cuestionamos si en ellos —los padres de niños con síntomas de psicosis temprana— hubo una renuncia, una renuncia de lo pulsional y por tanto, si estos se encuentran en falta.

De acuerdo a Huerta y Martínez, (2014), la psicosis temprana lleva a pensar en el valor que tiene el hecho psíquico de que la madre haya asumido o no la falta. Puesto que este hecho psíquico es proyectado sobre el hijo. De manera que, si la madre no ha asumido la falta, el niño se convierte entonces en aquel (objeto de deseo) que le permite completar su fantasía, sin brindarle la oportunidad de constituirse en la individualidad, lo que traerá, sin duda, futuras repercusiones.

Según Huerta y Martínez, en el niño existe una primera castración a partir de la cual se reconoce como alguien separado de la madre, es decir, se reconoce a sí mismo.

Así, de acuerdo a Huerta y Martínez (2014):

En un momento que podemos llamar primario, el seno materno aparece en la percepción del infante como una proporción más de su cuerpo, que en el espacio de tiempo necesario ocurrirá el divorcio mental, tarea que determinará la inscripción del deseo, y lo posicionaran como un objeto de deseo al ser descentrado de él. (p.50)

De lo cual se infiere que, en un primer momento, el niño percibe a la madre como una extensión de su cuerpo, sin embargo, llega el momento en que se percibe a sí mismo como un ser separado de la madre y da lugar a que se instaure el deseo y autonomía. El niño, a partir de ese momento, carga con su propio deseo dejando de lado el deseo de la madre. De lo cual se infiere que, el bebé nace ya con un deseo implícito, el deseo de los padres por reparar su falta.

Ahora, Huerta y Martínez hablan de un deseo inconsciente que transmiten los padres al hijo, y que a su vez heredaron de sus padres. De manera que: “las relaciones que se establecen con el hijo conservan en el interior las huellas de las relaciones con sus padres en la infancia” (Huerta y Martínez , 2014, p.52) El hijo habrá de sufrir las consecuencias del modo en que se estableció en sus padres el complejo de Edipo y su sepultamiento. Por consiguiente, ¿sería posible que los niños con síntomas de psicosis temprana sean entonces un reflejo de sus padres?

En el texto citado previamente, señalan que el sujeto se constituye de acuerdo a la imagen del otro. Así, de acuerdo a Huerta y Martínez, en la psicosis temprana si el otro (agente materno) aparece como una imagen fragmentada en la captación especular, el sujeto (el niño) se constituirá de igual manera. ¿Podría decirse que, en el caso de las psicosis tempranas, es posible hablar de padres con rasgos psicóticos?

El deseo, como un logro psíquico que requiere el sujeto para su adecuada estructuración, es un logro resultante de la separación entre madre e hijo. Pues el deseo es el movimiento por el cual el sujeto es descentrado, es decir, que la procura del

objeto de la satisfacción, del objeto de la falta, hace vivir al sujeto la experiencia de que su centro ya no está en él, que esta fuera de él en un objeto del que está separado. (Huerta y Martínez, 2014) Es a partir de ese movimiento psíquico que en el niño se instaura el deseo, y de esta manera, se constituye como sujeto en falta. Deja de ser objeto de deseo para convertirse en sujeto deseante.

En resumen, se puede entender que, en un primer momento, es necesario la captura del infante como objeto de deseo en la madre puesto que esto es lo que da cuerpo al niño, lo que lo constituye como un ser. Sin embargo, debe llegar el momento en que el niño se separe de la madre, en el que deje de ser su objeto de deseo para anteponer su propio deseo y lograr convertirse en un ser autónomo, capaz de establecer una relación con el otro.

De acuerdo a lo anterior, ¿Cómo podríamos entonces entender a los padres de Álex e Iván? ¿Cómo sujetos en falta? o ¿cómo sujetos con una dificultad para asumir su falta? ¿Son acaso padres que proyectan una imagen fragmentada?

¿Qué puede decirse en el caso de Álex quien nació para que su madre nunca más estuviera sola? Es tal vez, como mencionan Huerta y Martínez una madre que opera de manera violenta sobre su hijo puesto que lo toma como una extensión más de sus pensamientos y sentimientos. ¿No es acaso esta imposición —este no poder ser alguien más que una extensión de la madre— algo violento para el niño? Queda claro que esta madre despoja de toda posibilidad a su hijo de convertirse en un sujeto deseante ya que no ha dejado de ser su objeto de deseo, el objeto de deseo de una madre, al parecer, incapaz de asumir su falta.

De esta manera es como el psicoanálisis ve a los padres de los niños con síntomas de psicosis temprana. No obstante, aún queda mucho por revisar por lo que se espera este breve apartado sirva como punto de partida, al dar elementos para trabajar en lo correspondiente a la clínica psicoanalítica.

CONCLUSIONES

La presente tesis no sólo muestra la opinión médica y psicoanalítica en cuanto al tema de la psicosis temprana, sino también, tuvo como objetivo mostrar que es posible llevar a cabo un trabajo clínico psicoanalítico en niños con síntomas de psicosis temprana. Lo cual quiere decir, que el psicoanálisis presenta de manera distinta a estos niños. Puesto que no los ve únicamente como un cuerpo enfermo, como es el caso de la medicina, sino que los toma como sujetos con vida psíquica. De manera que esto permite dejar de lado aquellos tratamientos farmacológicos y así, asumir que el niño con síntomas de psicosis temprana también puede ser tratado desde el psicoanálisis.

Para dicho argumento, primero se revisaron dos propuestas pertenecientes al área médica, una desde la psiquiatría y otra desde la neuropsicología. Ambas similares en cuanto a la perspectiva de tratar a la enfermedad, y no específicamente al enfermo. Por ejemplo, la psiquiatría, para la elaboración de un diagnóstico, se basa principalmente en el uso de manuales de clasificación de enfermedades, tales como el DSM-IV –TR (2003) y la CIE-10. Esta disciplina refiere que las enfermedades mentales son de origen orgánico. De manera que, los psiquiatras colocan al niño con síntomas de psicosis temprana en un cuadro clasificatorio y, dependiendo de los criterios diagnósticos con los que cumpla, se le otorga una etiqueta, ya sea el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD), en cualquiera de sus derivaciones, u otra subclasificación de acuerdo a la prevalencia y severidad de los síntomas. Finalmente, con un diagnóstico elaborado, el tratamiento psiquiátrico se centra en el uso de distintos fármacos y, en algunas ocasiones, se acompaña de una terapia de tipo conductual. Sin embargo, se pudiera decir que los fármacos son los que tienen mayor aparición en el ámbito de la psiquiatría.

Por otra parte, la neuropsicología ha tratado de disminuir el uso de estos manuales psiquiátricos, por considerar que los criterios de clasificación son demasiado específicos. Que sí, efectivamente, los síntomas de psicosis temprana son a consecuencia de un daño a nivel orgánico, específicamente un daño a nivel cerebral.

Sin embargo, a diferencia de los psiquiatras, los neuropsicólogos elaboran el diagnóstico usando pruebas que miden las habilidades cognitivas, sociales y motoras, así como la severidad de los síntomas. De manera que el diagnóstico desde esta disciplina no se basa únicamente en el uso de manuales, sino en el resultado de tales pruebas diagnósticas. Definiendo a la psicosis temprana como Trastorno del Espectro Autista o —al igual que los psiquiatras— TGD. Ahora, el tratamiento desde la neuropsicología es mucho más amplio, puesto que sugiere terapias cognitivas, dietas, tecnología aplicada —software, APPS, etcétera— y, sólo en algunas ocasiones, el uso de fármacos.

Ante este escenario, concluimos que desde la perspectiva médica, el niño con síntomas de psicosis temprana es diagnosticado como Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD) o como Trastorno del Espectro Autista. Entonces, se concluye que para ambas disciplinas, la causa de las psicosis tempranas es de origen orgánico. Por lo que, el tratamiento médico se enfoca en curar al cuerpo del enfermo, dejando de lado a quien porta tal enfermedad.

Asimismo, el hecho de que el médico se centre en un tratamiento farmacológico y en el uso de manuales o de pruebas diagnósticas, deja de lado el papel de los padres, quienes no son considerados factor del padecimiento del niño, ni se les involucra en el tratamiento para sacar al niño de ese estado. Pues, de acuerdo al médico, su enfermedad es de origen meramente orgánico. En otras palabras, algo en el cuerpo del niño no funciona bien y debe ser tratado desde esta perspectiva, una perspectiva biológica.

No obstante, tales perspectivas médicas aún no llegan a una completa definición en relación a la psicosis temprana y, por tanto, tampoco a un entendimiento total de dicho padecimiento. Al parecer todo queda en el aire, pues los médicos no tienen una explicación contundente ni el tratamiento preciso para la enfermedad. Todo termina en una posibilidad, en una hipótesis del origen de la psicosis temprana. Se podría decir que todo se resume a un Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Por otra parte, el psicoanálisis toma partido en el tema de la psicosis temprana, partiendo de su propuesta sobre la estructuración psíquica del sujeto. Sugiriendo la presencia de un aparato psíquico. El psicoanálisis, toma al niño con síntomas de psicosis temprana como un sujeto con cuerpo y no únicamente un cuerpo. Es desde esta perspectiva —el niño como sujeto de deseo—, que distintos psicoanalistas muestran la posibilidad de trabajar clínicamente con niños que muestran síntomas de psicosis temprana. Tal es el caso de Melanie Klein, quien a partir del análisis de uno de sus pacientes niños, mencionó que existían diversos casos de infantes con síntomas similares a los de la psicosis temprana y que, por la variedad en la sintomatología, usualmente son mal diagnosticados. Así, esta psicoanalista afirma que estos niños se encuentran aún en etapas muy tempranas y, por tal motivo, presentan síntomas como la falta de contacto con el otro. Sin embargo, mediante el análisis es posible que se continúe con su desarrollo normal y se integren a su medio social; tal y como ella lo hizo con su paciente.

De igual manera, Françoise Dolto, también mostró el caso clínico de un niño con síntomas de psicosis temprana. Determinando a su vez que dicho niño, se encontraba en una etapa previa al Edipo, una etapa donde el infante desconoce de la figura del padre, de su sexualidad y donde aún no se ha establecido la castración simbólica. De manera que, un estancamiento durante la estructuración psíquica trae al niño consecuencias. Consecuencias que vienen en forma de síntomas, tales como: la incapacidad para relacionarse con el otro, diversas dificultades en el lenguaje, ausencia del juego, entre otras.

El caso Dick y el caso de Paul Sècheboeuf, nos llevan a concluir que, definitivamente la psicosis temprana tiene que ser revisada de manera más amplia, tal y como lo decía Klein. Puesto que, de acuerdo a lo revisado, estos niños con síntomas de psicosis temprana, son niños aún en desarrollo (psíquicamente hablando). Siendo de esta manera, en el niño no se aludiría específicamente a una psicosis, sino sólo se haría referencia a la presencia de síntomas o manifestaciones de psicosis, pues como

ya se mencionó, el niño aún se encuentra en desarrollo, es decir, aún no hay una estructura definida.

Dicho de otra manera, en los niños con síntomas de psicosis temprana, aún faltan etapas por las cuales atravesar y, como ya se ha mostrado, a través del análisis es posible que estos niños transiten o salgan de ciertas etapas y logren así un desarrollo normal. Tal y como lo hicieron Klein y Dolto.

Ambos casos, dejan claro que los niños con los síntomas referidos, pueden ser tratados desde el psicoanálisis, puesto que son sujetos y no sólo un cuerpo. Asimismo, a través de esta disciplina, se deja claro la presencia de un aparato psíquico y sus múltiples tareas.

De igual manera, podemos concluir que a diferencia de la medicina, el psicoanálisis también da un lugar a los padres. Un papel que es primordial para la constitución psíquica del niño. De manera que, en la clínica psicoanalítica se involucra a los padres y no únicamente al niño como lo hacen otras disciplinas. En conclusión, son los padres quienes facilitan o no que el niño se estructure como sujeto de deseo. Es decir, que salga de ese estado ensimismado y pueda lograr así convertirse en un ser autónomo.

Finalmente y para concluir con el presente, podemos afirmar que el psicoanálisis ofrece una opción de tratamiento para estos niños que llegan al consultorio, mostrando así una opción para Alex e Iván.

REFERENCIAS

Bibliográficas:

Almeida, E. (2005) Manual de enfermería. Madrid, España: Cultural SA

Bauselas, E. (2008). *Teoría de la Organización de las Funciones Psicológicas Superiores según Luria. Cuadernos de Neuropsicología. Vol. 2 No 2.* España.

Coelho L.A. & cols. (2006) *El modelo de Alexander Romanovich Luria (revisitado) y su aplicación a la evaluación neuropsicológica. Revista Galego-Portuguesa de psicología y educación.*

De Saint-Exupéry, A. (1943). El principito. México: Fontamara.

Dolto, F. (1987). Seminario 2. *El nombre del padre.* México: Siglo XXI

Dor, J. (1984) *El padre y su función en psicoanálisis.* Nueva Visión.

DSM-IV-TR, 2003.

Emil, K. (2008). *La demencia precoz,* Buenos Aires: Polemos.

Enciclopedia Medicina y Salud, Tomo II, España: Océano.

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000). *Libro blanco de la atención temprana.* Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.

Freud, Sigmund, *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Argentina, 2010, 24 T.

_____ *Proyecto de Psicología*, 1950 [1895], T. I.

_____ *Tres ensayos de Teoría sexual*, 1905, T.VII.

_____ *El esclarecimiento sexual del niño*, 1907 T. IX.

_____ *Pulsiones y destinos de pulsión*, 1915, T. XIV.

_____ *Introducción del Narcisismo*, 1914, T.XIV.

_____ *El Yo y el Ello*, 1923, T. XIX.

_____ *El porvenir de una ilusión*, 1927, T.XXI.

_____ *La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis, (1924)*, T.XIX.

_____ *Neurosis y Psicosis (1924-[1923])*, T. XIX .

_____ *Conferencias de introducción al psicoanálisis. 1916-1917*, T. XVI

_____ *Los caminos de la formación del síntoma*

_____ *El sepultamiento del complejo de Edipo, 1924, T. XIX*

Guerschberg. (2008) *Autismo: Qué hacer con los TGD*. Soluciones Pedagógicas. Tomo 3, México: EuroMexico.

Huerta A.E. y Martínez M. (2014) *Alteridad y Separación. Eros y Muerte en el espejo*. En: Mario Orozco y Janet Quiroz, (2014) *Testimoniales de la violencia. Acercamientos psicoanalíticos a su discurso y su drama subjetivo*. México: kanankil.

Kolb-Whishaw, (2006), *Neuropsicología Humana* Editorial, Madrid: Médica Panamericana.

Klein, M. (1952) *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. En Amor, culpa y reparación y otros trabajos. México: Paidós.

Klein, M. (1930) *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del Yo*. En Envidia y Gratitud y otros trabajos. México: Paidós.

Lacan, Jacques, Escritos, Ed. Siglo XXI, México, 1980, 5 T.

_____ *La Metáfora Paterna*. 15 de enero de 1958

Le Gaufey, G., (2006) *El caso inexistente. Una compilación clínica*, México: Edelp.

Luria, A.R. (1974), *Cerebro y Lenguaje*, Barcelona: Fontanella.

Marchessi & cols. (2005). *Desarrollo Psicológico y Educación*. España: Editorial Alianza.

Rains, G. D., (2006). *Principios de una Neuropsicología Humana*, México: Ed.Mc-Graw-Hill.

Rangel Guzmán, R., (2010), *Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis*, Revista de Educación y Desarrollo.

Rivera, C. (2003). *Aprender a mirar el discurso sobre el autismo* Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Ribeiro, R. (1994) *Una merienda de locos*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

Robles, M. (2011) *El deseo de ser madre en la posmodernidad*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro, México.

Rosenqweig, M. y cols. *Psicología Biológica* (2001). Ariel Neurociencia. Barcelona

Wing, L. (1988) The continuum of autistic characteristics. En Schopler, E. y Mesibov, G. (Eds.) *Diagnosis and Assessment in autism*. New York: Plenum Press.

Electrónicas:

Alonso, J.R., Publicado el 14 de abril del 2012. *TEA en niños y en niñas*. Recuperado el 27 de marzo del 2013, de <http://autismodiario.org/2012/04/14/tea-en-ninos-y-en-ninas/>

Alonso, J.R., Publicado el 9 de febrero del 2013 AD. *El juego imitativo en los trastornos del espectro autista*. Recuperado el 27 de marzo del 2013 de <http://autismodiario.org/2013/02/09/juego-imitativo-en-los-trastornos-del-espectro-del-autismo/>

Asociación Mexicana de Neuropsicología (2013) *¿Qué es la Neuropsicología?*. Recuperado el 4 de abril del 2013, de <http://www.amnweb.org/iquestqueacute-es-la-neuropsicologiacutea.html>

Asociación Madrileña de Neuropsicología (2011). *Investigación en Neuropsicología*. Recuperado el 4 de abril del 2013, de <http://www.neuropsicologiamadrid.com/ambitos/investigacion-en-neuropsicologia.html>

Foucault, M. (1966), *El nacimiento de la clínica*, Recuperado el 16 de febrero del 2013, de <http://www.bmayor.unc.edu.ar/docs/Foucault.pdf>

Foucault, M. (1967), *Historia de la locura II*. Recuperado el 16 de febrero del 2013, de <https://espanol.free-ebooks.net/ebook/Historia-de-la-locura-1/pdf>

Instituto de Salud Carlos III (2004). *Trastornos del Espectro Autista*. Recuperado el 28 de marzo del 2013, de <http://iier.isciii.es/autismo/>

Maciques, E., Publicado el 12 de enero del 2013. *Desarrollo infantil y particularidades en los TEA. Parte I*. Recuperado el 7 de marzo del 2013, de <http://autismodiario.org/2013/01/12/desarrollo-infantil-y-particularidades-en-los-tea-parte-i/>

Maciques, E., Publicado el 26 de enero del 2013. *Desarrollo infantil y particularidades en los TEA. Parte II.* Recuperado el 27 de marzo del 2013, de <http://autismodiario.org/2013/01/26/desarrollo-infantil-y-particularidades-en-los-tea-parte-ii/>

Maciques, E., Publicado el 29 de enero del 2013. *Desarrollo infantil y particularidades en los TEA. Parte III.* Recuperado el 28 de marzo del 2013, de <http://autismodiario.org/2013/01/29/desarrollo-infantil-y-particularidades-en-los-tea-parte-iii/>

Neuroscience For Kids. (2013) *Divisions of the nervous system.* Recuperado el 5 de abril del 2013, de <http://faculty.washington.edu/chudler/nsdivide.html>

World Health Organization (2013) *The International Classification of Diseases 11th Revision is due by 2015.* Recuperado el 4 de abril del 2013, de <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

Winnicott, D. (1967). La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa. Recuperado el 23 de Julio del 2013, de <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Obras-completas-2/pdf?dl&preview>

Winnicot, D. (1942) *¿Por qué juegan los niños?.* Recuperado el 28 de Julio del 2014 , de <http://espanol.free-ebooks.net/ebook/Obras-completas-2/pdf?dl&preview>

Cinematográficas:

David E. Simpson (2002) *Documental: Refrigerator mothers.* Recuperado el 16 de febrero del 2013 de <http://www.ovguide.com/refrigerator-mothers-9202a8c04000641f80000000074b9e12>