



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“ESTUDIO PSICOANALÍTICO DE LA PSICOSIS INFANTIL”

TESIS

**QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER
EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PRESENTA:

**HUITZILIHUITL MANUEL ZULIMAK ESQUER SUMANO
(119475)**

DIRIGIDA POR:

DR. CARLOS GERARDO GALINDO PÉREZ

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., MAYO DE 2009.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

Estudio psicoanalítico de la psicosis infantil

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Maestro en Psicología
Clínica

Presenta:

Huitzilihuitl Manuel Zulimak Esquer Sumano

Dirigido por:

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

SINODALES

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez
Presidente

Firma

Dr. José de Jesús Casas Jiménez.
Secretario

Firma

Mtra. María Laura Sandoval Aboytes
Vocal

Firma

Mtra. María Cristina Gutiérrez Gutiérrez
Suplente

Firma

Mtra. Gabriela Ordaz Guzmán
Suplente

Firma

Lic. Jorge Antonio Lara Ovando
Director de la Facultad de Psicología

Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Mayo 2009
México

DEDICATORIA

A Sofía y Yunuhel: los pequeños que me hacen grande.

A mi esposa Dulce: Dulce de mi vida.

A Joaquín: mi primer paciente autista.

RESUMEN

Las ciencias médicas no han logrado esclarecer la etiología de la psicosis infantil, y por lo tanto también se ven limitadas en su abordaje terapéutico; más aún, no existe una teoría médica – ni anatómica ni bioquímica – que sea aceptada en su totalidad por la misma comunidad y que explique sin omisiones ni errores el fenómeno de la psicosis infantil, la cual es entendida por estos como un retraso del desarrollo. Por su parte, el psicoanálisis ha indagado sobre esta entidad aproximadamente desde 1930, lo que le ha permitido lograr algún entendimiento de la psicosis infantil. El objetivo de este estudio es avanzar en el esclarecimiento de la psicosis del niño desde la propuesta que el psicoanálisis de Freud hace sobre la psicosis, colocando especial atención a la relación que existe entre la psicosis, el complejo de Edipo y la desestimación de la castración. Los estudios de caso de psicosis infantil que se presentan, nos muestran que los padres del niño psicótico desde su complejo edípico, determinan de manera contundente la conformación de la psicosis, orillando al niño a una posición desde la que se resuelve de manera distinta, a las neurosis, el Complejo de Edipo. Situación que conlleva la constitución de lo que denominamos como psicosis infantil. En este sentido, el niño psicótico es el síntoma de la desestimación de la castración de los padres, del incesto.

Palabras clave: psicosis; psicosis infantil; Complejo de Edipo; desestimación; castración.

ABSTRACT

The medical sciences have failed to clarify the etiology of childhood psychosis, and therefore also are limited in their therapeutic approach, moreover, there is no medical theory - anatomical or biochemical - that is accepted in full by the same community and that without omissions or errors explaining the phenomenon of childhood psychosis, which is understood by these as a developmental delay. For his part, psychoanalysis has investigated about this entity around since 1930, enabled it to achieve some understanding of psychosis in children. The objective of this study is to move forward in clarifying the psychosis of the child from the proposal that psychoanalysis of Freud made on the psychosis, with special emphasis on the relationship between psychosis, the Edipo Complex and the underestimate of the castration. The case studies of which are presented psychosis child, demonstrates that parents of the psychotic child from his Edipo Complex, strikingly determine the formation of psychosis, moving the child to a position from which is resolve it in a different way, to the neuroses, the output of the Edipo Complex. Situation that involves the formation of what we call childhood psychosis. In this sense, the child is the psychotic symptoms of the underestimate of the castration of the parents, of incest.

Key words: psychosis; childhood psychosis; Edipo Complex; underestimate; castration.

ÍNDICE

	Página
DEDICATORIA	I
RESUMEN	II
ABSTRACT	III
Introducción	1
Capítulo 1. Clínica Psiquiátrica: Nosología y etiología	4
1.1 Breve historia sobre los grupos de la Psicosis Infantil	5
1.2 Concepción psiquiátrica del autismo infantil	8
1.2.1 Respuestas anormales a la estimulación sensorial	10
1.2.2 Alteraciones en la interacción social	12
1.2.3 Perturbaciones en la comunicación y el lenguaje	13
1.2.4 Relaciones anormales con objetos y con acontecimientos	14
1.2.5 Retraso en el desarrollo y diferencias en él mismo	16
1.2.6 Comienzos del autismo durante la infancia o la niñez	17
1.3 Concepción psiquiátrica del Síndrome de Asperger	18
1.3.1 Alteraciones de la interacción social	20
1.3.2 Alteraciones de la comunicación y del lenguaje	21
1.3.3 Intereses restringidos y conjunto de rituales	22
1.3.4 Sensibilidad sensorial anormal y torpeza motriz	23
1.4 Concepción psiquiátrica del Síndrome Desintegrativo Infantil	24
1.5 Concepción psiquiátrica del Síndrome de Rett	26
1.6 La esquizofrenia infantil	27
1.7 Justificación descriptiva de la equivalencia Trastornos Generalizados del Desarrollo-Psicosis Infantil y su diferenciación	29
1.8 Crítica a la etiología anatómica de las características de la Psicosis Infantil	33

1.9 Alteraciones gastrointestinales (GI): su tratamiento y carencia de relación con las características patognómicas	37
1.10 La propuesta toxicológica del autismo	40
1.11 Psiquiatría y Psicoanálisis	41
Capítulo 2. Psicología y psicoterapia de la Psicosis Infantil	44
2.1 El sadismo (caso Dick de Melanie Klein [1930])	45
2.1.1 Historia del paciente y síntomas	46
2.1.2 Intervención y evolución	47
2.2 Observaciones de Winnicott (la madre suficientemente buena)	50
2.3 Donald Meltzer (el caso Timmy)	52
2.3.1 Historia del paciente y síntomas	53
2.3.2 Intervención	54
2.4 El asunto del cuerpo (caso Juan de Frances Tustin)	55
2.4.1 Historia del paciente y síntomas	58
2.4.2 Intervención y evolución	59
Capítulo 3. La teoría de Freud sobre la psicosis: la defensa y su articulación con la libido	61
3.1 Las Neuropsicosis de defensa	63
3.1.1 La defensa en la histeria	64
3.1.2 En la neurosis obsesiva	67
3.1.3 La psicosis alucinatoria. La Verwerfung	69
3.2 La neurosis narcisista	72
3.2.1 El mecanismo psíquico y la represión en la paranoia y la esquizofrenia (la enseñanza en el caso Schreber)	74
3.3 Síntesis. Algunas diferencias entre la neurosis y psicosis	77

Capítulo 4. El Edipo y su relación con la Psicosis del niño: casos clínicos	80
4.1 Caso E. (El niño en el lugar del rival)	81
4.1.1 El Edipo del padre	82
4.2 Caso V. (El niño en el lugar de amado)	84
4.2.1 El Edipo de los padres	84
4.3 Caso J.	86
4.3.1 El incesto como herencia: los abuelos de la cuarta generación	88
4.3.2 El incesto en los padres	90
4.3.3 El lugar de J.	92
Conclusiones	93
Bibliografía	100

INTRODUCCIÓN

La psicosis infantil es un ente del cual Freud no hizo aportaciones directamente. En la actualidad, en la literatura psicológica y psiquiátrica, el término psicosis infantil ha desaparecido y ha sido sustituido por el término Trastornos Generalizados del Desarrollo, el cual abarca el autismo infantil (antes autismo infantil precoz); el síndrome desintegrativo infantil (antes psicosis de Heller); el síndrome de asperger (antes psicopatía autística) y el síndrome de Rett.

El autismo infantil, actualmente es la psicosis infantil más conocida y más investigada; han pasado 63 años desde que Kanner le dio nombre y los avances en el conocimiento del autismo caminan lentamente.

Sin embargo, desde que Rimland comenzó sus investigaciones en el campo de la medicina y fundó el Research Autism Institute, existió una oposición a la propuesta psicoanalítica dentro del autismo. Actualmente, en México, Estados Unidos y España, es difícil encontrar padres o profesionistas de la salud que estén a favor de una intervención psicoanalítica en los sujetos con autismo, y prefieren orientar sus esfuerzos hacia las intervenciones educativas, conductuales y médicas.

De hecho, el mundo se está llenando de instituciones pro autismo que ofrecen este tipo de intervención y pregonan la inutilidad del psicoanálisis, específicamente su carencia de evidencia científica y lo que han considerado como una agresión hacia los padres del niño autista: *el autismo vinculado con el deseo de la madre*. En el círculo de investigadores del autismo, desde los años 80`s se ha considerado al investigador con enfoque psicoanalítico como poco serio y falto de conocimiento en el área.

Sin embargo, la investigación médica básica y aplicada no es concluyente, y siguen existiendo, para este enfoque, los mismos retos de siempre: 1) la falta de localización de una estructura dañada presente en los sujetos; 2) la carencia de la delimitación de una alteración bioquímica presente en los sujetos; y 3) y la carencia de un protocolo de tratamiento que garantice una cura.

Por otra parte, se encuentra el sistema psicoanalítico que nos orienta hacia un entendimiento de los procesos psíquicos; en este caso, dichos procesos que sucedan en la psicosis del niño. Freud abrió las puertas al entendimiento de los fenómenos psíquicos en la neurosis y la psicosis. Como dato histórico, antes, la neurosis se encontraba en la posición que hoy ocupa la psicosis, es decir, explicada bajo un daño de tipo funcional no detectado, y que no se detectó jamás, hasta que Freud logró entenderlas sobre las bases del psiquismo. El propósito fundamental de este trabajo es indagar acerca de los procesos psíquicos relacionados con la psicosis infantil; para tal indagación, se usa la teoría psicoanalítica de Freud y se organiza bajo un eje:

- 1) Discusión sobre el mecanismo psíquico de la psicosis infantil a partir de la teoría del complejo de Edipo.

Para el abordaje de nuestro ente de estudio se propone iniciar con el entendimiento actual de la psiquiatría acerca de la psicosis infantil, indagándola desde su sentido descriptivo y etiológico. El sentido descriptivo nos permitirá conocer como está integrada la nosología de la psicosis infantil dentro de la psiquiatría, además, tras el reflexionar, nos permitirá sostener que el cuadro TGD, a pesar de estar formado por las descripciones históricas de la psicosis infantil, no es sinónimo de psicosis infantil. Por otra parte, el indagar acerca de la propuesta etiológica del ente de estudio, por supuesto una etiología basada en la anatomía, nos permite discutir acerca de la relación entre los daños anatómicos y las características patognómicos de la psicosis infantil; sobre todo, afirmar que la propuesta etiológica médica está sustentada en una metafísica. Para dicha

discusión, se retoma la teoría neuroanatómica más aceptada en los últimos 10 años, la propuesta de Kemper. Al igual, se discute acerca del enfoque biomédico y su propuesta de toxicidad en la psicosis infantil.

En el capítulo II se pretende rescatar las aportaciones más importantes que han hecho diversos investigadores acerca del psiquismo de la psicosis infantil. Estos autores, aunque en algunos puntos retoman la teoría de Freud, no puede decirse que sean 100 por ciento Freudianos. Sin embargo, existen investigadores con más de 30 años de experiencia en la investigación psíquica de la psicosis infantil, como es el caso de Francés Tustin. El objetivo de esta indagación, entonces, es que nos permita profundizar más en el entendimiento del mecanismo psíquico de la psicosis infantil, pero bajo la conocida frase del retorno a Freud. Los investigadores citados serán Melanie Klein, Donald Winnicott, Donald Meltzer y Frances Tustin.

En el capítulo III, la propuesta es rescatar las aportaciones que Freud hizo acerca de la psicosis bajo dos ejes: 1) El mecanismo psíquico en la psicosis; y 2) el complejo de Edipo. Para esto, se plantea un estudio acerca de la neuropsicosis de defensa, más bien, en su división en neurosis narcisistas y neurosis de transferencia; esto con el fin de identificar aquel mecanismo que separa a la psicosis de la neurosis y conocer la naturaleza de la psicosis; para posteriormente arrojar luz desde allí a la psicosis infantil. En este capítulo no tiene la intención de discutir la propuesta de Freud, sino de colocar las íes que nos guiarán en el entendimiento de la psicosis infantil.

Posteriormente (capítulo IV), se efectúa el análisis de casos, con una referencia al Edipo. Vislumbrando el lugar que el niño psicótico ocupa en éste. El capítulo V aborda las conclusiones a las que se llega con la propuesta de la psicosis del niño relacionado con el Edipo.

CAPÍTULO I

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA: NOSOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Siempre tuve – y tengo – una gran dificultad para olvidar que los pacientes son seres humanos.

Intimidaciones de un Psiquiatra.

David Viscott.

Dentro de la Psiquiatría actual y los escritos de Psicopatología, el término Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) es cada vez más difundido. Este cuadro abarca el Síndrome de autismo infantil precoz, el Síndrome de Asperger, el Síndrome de Rett y el Síndrome desintegrativo infantil. El nombre otorgado a éste cuadro se le debe a los psicólogos y psiquiatras que están influidos por la necesidad de basarse en el conocimiento observable; de hecho, la Psiquiatría bien puede ser entendida como un intento por objetivar científicamente la psicosis.

Estos diagnósticos han recibido distintos nombres, por ejemplo, el autismo infantil ha sido conocido como: autismo infantil precoz, autismo de Kanner y psicosis infantil, y se ha asociado a enfermedad neurológica o médica como encefalitis, fenilcetonuria, esclerosis tuberosa, síndrome de X frágil, anoxia y rubéola materna; el asperger se le ha nombrado también como psicopatía autística y se ha asociado a enfermedades médicas o síntomas de disfunción neurológica; el desintegrativo infantil ha sido nombrado como síndrome de Heller, demencia infantil y psicosis desintegrativa, y suele asociarse a retraso mental, daño neurológico y enfermedad médica como leucodistrofia metacromática y enfermedad de Schilder; el Síndrome de Rett se ha asociado a retraso mental, disfunción neurológica y alteraciones genéticas.

Aunque se han mencionado los distintos nombres con que han sido denominados los diversos cuadros, es importante no reconocerlos como sinónimos; es decir, podría suponerse que el autismo infantil precoz es lo mismo que psicosis infantil; a primera vista sería lo mismo, pero en forma estricta, son cosa distinta ya que de acuerdo al término empleado el objeto de estudio se modifica. Precisamente esto fue la pretensión de la Psiquiatría, modificar su objeto de estudio de tal forma que pudiera encajar en un marco positivista; así, cuando se habla de TGD se coloca la atención en los parámetros de desarrollo que son objetivables, mientras que nada de esa objetividad se podría lograr si se utilizara el término psicosis infantil, el cuál se relaciona directamente con procesos psíquicos, procesos de los cuales no se puede tener una experiencia sensorial. El término Psicosis Infantil sucumbió de igual forma que el término Alienista; por una cuestión de tecnicismo, de acercamiento al positivismo. Así, tenemos que TGD y Psicosis Infantil ya no es lo mismo, aunque lo parezca; entonces, se hace necesario reivindicar el término Psicosis Infantil ya que ese es nuestro objeto de estudio.

1.1 Breve historia sobre los grupos de la Psicosis Infantil.

1856.- Morel introduce el término demencia precoz al describir a un adolescente que era activo y de inteligencia brillante y que se volvió aislado, apático y callado.

1896.- Kreapelin retoma en la demencia precoz de Morel y la separa opone a la psicosis maniaco-depresiva. Resalta que la demencia precoz es de inicio en la adolescencia y su evolución hacia el deterioro. Identifica tres subgrupos dentro de la demencia precoz: paranoide, catatónica y hebefrénica.

1905.-Uno de los primeros registros que aluden a manifestaciones psicóticas en la infancia es de Santa de Sanctis, quién en 1905 describe un tipo de

demencia precoz caracterizado incluso por catatonía que se presentaba en sujetos a muy temprana edad.

1908.- Theodore Heller describe una afección presente en niños a partir de los tres años de edad. Heller no era Psiquiatra, era educador, y observó que algunos niños tienen un curso normal de desarrollo pero posteriormente en forma dramática pierden todas las habilidades que habían adquirido. Heller dice haberse percatado que estos niños tenían alucinaciones. Heller denominó a esta enfermedad descrita por él como Demencia Infantil. Es interesante, en el sentido cronológico, darse cuenta que Heller hizo esta descripción 35 años antes de las descripciones que realizó Leo Kanner. Actualmente se le conoce con Síndrome Desintegrativo de la Infancia.

1911.- Bleuler introduce el término esquizofrenia, en sustitución de la demencia precoz. Resalta cuatro síntomas principales: el autismo (neologismo de Bleuler para designar es aislamiento, el retraimiento al mundo interior del paciente esquizofrénico), ambivalencia, asociaciones laxas y afecto incongruente.

1926.- Brill y Soukarewa publican un gran número de casos de esquizofrenia prepuberal, es decir, previa a la demencia precoz. A diferencia de la demencia precoz, que, de acuerdo con Morel y Krapelin aparecen los síntomas en la adolescencia, la esquizofrenia prepuberal, caracterizada por alucinaciones auditivas y visuales y delirios aparece antes de la adolescencia.

1933.- Potter introduce la noción de esquizofrenia infantil. Krapelin y Bleuler estuvieron de acuerdo en que los síntomas de la esquizofrenia iniciaban en la adolescencia y que en una menor incidencia, algunos lo eran desde la infancia. Por ello, la esquizofrenia en adultos y la de niños eran consideradas la misma enfermedad. Potter manifiesta que la esquizofrenia infantil debe ser considerada como una entidad aparte de la esquizofrenia adulta.

1943.- Leo Kanner (1943) describe a 11 niños, de los cuales sus características son distintas a la esquizofrenia infantil y lo denomina autismo infantil precoz. Los estudios neurológicos y de laboratorio hechos por Kanner no sugirieron lesión orgánica, más que uno de sus pacientes que mostraba un electroencefalograma con trazos anormales. Kanner observó características comunes en estos 11 niños; por ejemplo, ninguno de ellos utilizaba el lenguaje con un fin de comunicación; los 11 niños parecían sentir los intentos de las personas por abordarlos socialmente como una intrusión, si la intrusión era por otra persona se comportaban como si no éstas no existieran. También describió que en sus 11 pacientes existía un deseo de inmutabilidad. Resaltó un estado de miedo hacia objetos mecánicos relacionado con el deseo de inmutabilidad. La característica principal de estos niños descrita por Kanner fue el síntoma autista de la esquizofrenia, es decir, el retraimiento a un mundo interior, el deseo de soledad o aislamiento. A partir de este síntoma es que Kanner decide nombrar el síndrome como autismo infantil precoz. Otro síntoma observado por Kanner fue la repetitividad monótona, los ritos que los niños hacían; de acuerdo con Kanner, el síntoma de repetitividad está ligado al deseo de inmutabilidad. Kanner diferencia el autismo infantil precoz de la esquizofrenia precocísima y de la demencia infantil de Heller en primer lugar, porque la esquizofrenia y la demencia de Heller eran precedidas de al menos dos años de desarrollo normal, mientras que en el autismo infantil precoz, Kanner observó que la extrema soledad está desde el nacimiento, retomando que los niños observados por él no ejecutaban la postura anticipatoria al ser cogidos.

1944.- Asperger (1944) describe a niños que inician su enfermedad entre los 4-5 años de vida. Existe una alteración de la comunicación y socialización, sin embargo es permitida hasta cierto punto; existe trastorno del pensamiento y disociación afectiva. Asperger denominó a esta enfermedad Psicopatía Autística. Actualmente le se conoce con su nombre: Síndrome de Asperger. A diferencia de Kanner, Asperger si encontró anormalidades en los estudios neurológicos. Más

adelante Spiel propondrá la Psicopatía Autística como un subgrupo de la Psicopatía esquizoide.

1.2 Concepción psiquiátrica del autismo infantil

La mayor cantidad de escritos que tocan el tema de los TGD están destinados a tratar el tema del autismo infantil; de hecho, este Síndrome es el más popular de los cuatro, por lo tanto, es el que más se ha beneficiado por aportaciones científicas. La palabra Síndrome – en el sentido psicológico – remite inmediatamente a tener en cuenta un conjunto de características, en este caso conductuales; es decir, aquello que se nombra autismo infantil es un grupo de conductas específicas presentes simultáneamente en el niño. Pero, en el sentido médico la palabra Síndrome se liga inmediatamente, a parte de un conjunto de síntomas, a aquello que no tiene cura.

Desde la publicación del artículo de Kanner en 1943, donde nombra por primera vez el síndrome de autismo infantil precoz, los autores coinciden en las características conductuales del autismo infantil; por ejemplo, Wing¹ (1998) considera las deficiencias en la interacción social, deficiencias en la comunicación, deficiencias en la imaginación y actividades estereotipadas y repetitivas como propias del niño con trastorno del espectro autista. En 1974, Rutter (citado en Paluszny, 1987) consideró que el fracaso profundo y generalizado en desarrollar relaciones sociales; el retraso del lenguaje, comprensión defectuosa, ecolalia y reversión de pronombres y fenómenos ritualistas y compulsivos son las características esenciales del autismo; y Powers (1999) menciona que los síntomas del autismo son los siguientes: 1) la incapacidad para desarrollar una socialización normal; 2) Perturbaciones del habla, del lenguaje y de la comunicación; 3) relaciones anormales con objetos y con acontecimientos; 4)

¹ Wing denominó Trastorno del Espectro Autista a lo que hoy se conoce como Trastorno Generalizado del desarrollo.

respuestas anormales a la estimulación sensorial; 5) los retrasos en el desarrollo y diferencias en él mismo; 6) los comienzos del autismo durante la infancia o en la niñez.

Gray y Tonge (2001) caracterizan al autismo por alteraciones en tres áreas: 1) la interacción social recíproca; 2) la comunicación y 3) intereses y conductas repetitivas y estereotipadas. En una investigación donde el autor se propone presentar el perfil de desarrollo del autismo, Bernabei (2001) encuentra en el material clínico que analiza que el niño pierde habilidades antes adquiridas entre los 12 y 18 meses de edad; además, se presentó una disminución en la interacción social, alteraciones en la comunicación y el lenguaje.

El estudio psiquiátrico actual del autismo infantil y de la psicosis infantil, al ser abordado en áreas, ha permitido que los investigadores se centren en el estudio patológico de las áreas en particular; por ejemplo, el tipo de interacción social que realiza el sujeto autista infantil, sus carencias y el desarrollo de sus habilidades. Así, se han olvidado las aportaciones que Kanner (1943) hizo en su primer artículo, es decir, el entendimiento de que las fallas de la interacción social son el efecto del autismo, entendiendo autismo como síntoma y no como síndrome. La clasificación psiquiátrica actual, denominada DSM-IVR, implica, en el autismo infantil, olvidarse del síntoma autismo, y con ello, ha alejado la atención de aquello que Kanner y Asperger consideraron la base de sus descripciones, ya que la sintomatología giraría en torno al autismo como síntoma, es decir, al retraimiento a un mundo interior.

Continuando con las descripciones, diversos autores coinciden en por lo menos tres características: 1) la alteración de la interacción social; 2) alteraciones en la comunicación y el lenguaje y 3) conductas repetitivas y estereotipadas. Sin embargo, es menester concebir estas tres características como categorías que pueden estudiarse a más profundidad para lograr un mejor entendimiento del autismo infantil.

Es conveniente retomar las seis características que menciona Powers (1999), porque permite un abanico de categorías a estudiar y no lo reduce únicamente a tres. Éstas son: 1) Alteraciones en la interacción social; 2) Perturbaciones en la comunicación y el lenguaje; 3) Relaciones anormales con objetos y con acontecimientos; 4) Respuestas anormales a la estimulación sensorial; 5) Retraso en el desarrollo y diferencias en él mismo; y 6) Comienzo del autismo durante la infancia o la niñez, antes de los tres años de edad.

Puede apreciarse claramente que el autismo es una condición que afecta diversas áreas del sujeto. Pero puede establecerse un orden entre estas áreas y observar como se relacionan entre sí, es decir, no parecen ser síntomas aislados. En tal caso, se puede dilucidar que si el niño muestra una respuesta anormal a la estimulación sensorial puede afectar directamente a las otras áreas. Por ejemplo, si el niño muestra anormalidad a la estimulación por sonidos, será muy difícil que logre establecer un lenguaje hablado. El problema se agrava cuando se observa que la anormalidad del procesamiento sensorial se encuentra en los cinco sentidos del sujeto autista, lo que impide al sujeto autista entender el mundo como la mayoría de los sujetos llamados normales; la respuesta anormal a la estimulación sensorial puede encontrarse como base de las alteraciones en la comunicación y de la socialización; sin embargo, es una hipótesis difícil de sostener, teniendo en cuenta que existen personas alteradas sensorialmente y no desarrollan psicosis.

1.2.1 Respuestas anormales a la estimulación sensorial

Puede afirmarse que en todos los sujetos con autismo se encuentra alteraciones en el procesamiento de los estímulos sensoriales. Por ejemplo, en los historiales clínicos se puede observar que a muchos niños autistas se les confundió con niños sordos, ya que no respondían ante la comunicación verbal de los familiares. Frecuentemente a estos niños se les efectúa el estudio de

potenciales evocados para conocer el nivel audición del niño, y obtienen resultados normales. Estos resultados indican que el niño si escucha, sin embargo, desde un punto de vista organicista no procesa adecuadamente la información nerviosa, por lo tanto no responde adecuadamente. Sin embargo, el hecho de que el niño autista sea tomado como sordo y que los estudios no evidencien alteraciones funcionales ni orgánicas, indican, como ya Kanner lo había señalado en 1943, el deseo de soledad y de no ser molestado dentro de esa soledad; es decir, el síntoma autista. Además, los niños con autismo infantil si suelen responder ante aquellos estímulos auditivos que le recuerdan algo importante para ellos, como el romper la cáscara de una nuez o el crujir de la bolsa de frituras (unas sabritas).

La visión es otro de los sentidos que se encuentran alterados. Puede afirmarse que todos los sujetos con autismo muestran alteraciones de la visión, pero no están relacionadas con debilidad visual, sino con la preferencia o selectividad de estímulos visuales. Por ejemplo, es común en los niños que suelen llamarse normales centren su atención en la forma, el contorno de lo que se les muestra, mientras que el sujeto autista suele centrar su visión en algún detalle de la forma, no poniendo atención a la forma del objeto. Otro fenómeno presente es que tienden a utilizar la mirada periférica cuando ponen atención visual; o frecuentemente les gusta observar objetos luminosos o en movimiento constante.

La alteración de la respuesta sensorial ante la estimulación táctil también suele estar presente. Muchos sujetos autistas sufren de comportamiento autolesivo. Por ejemplo, se pican fuertemente los ojos hasta llegar a sacarlos de sus órbitas, golpean su cabeza contra las paredes y las puertas, golpean la frente contra el piso, se arañan hasta sangrar; esto en casos extremos. Otros no manifiestan conductas autolesivas, pero muestran disgusto ante los abrazos, o el sentir determinadas telas en el cuerpo, sensación desagradable ante la misma ropa; en algunos parecieran que no siente dolor o que existe un alto umbral al dolor, mientras que a otros pareciera dolerles el contacto físico delicado. Incluso,

en un mismo paciente suele mostrar dolor ante estímulos táctiles suaves y suelen no mostrar dolor ante estímulos táctiles que provoquen heridas corporales

Las autoagresiones o automutilaciones que algunos pacientes con autismo infantil realizan no son hechas sólo porque sí. He podido observar que los niños con autismo infantil inician su autoagresión cuando son interrumpidos en su soledad o en sus actividades repetitivas. Puede ser descrita como una ira que no se descarga hacia la persona que realizó la intrusión, sino que se realiza sobre sí mismo.

Powers (1999) cree que a los niños con autismo se les dificulta efectuar el proceso de filtración sensorial, donde el cerebro selecciona y descarta aquellos estímulos que no son relevantes, permitiendo que la atención se concentre en la información más importante; debido a esto, el niño con autismo infantil puede reaccionar excesivamente a los estímulos sensoriales, o responder a ellos con un nivel bajo o casi nulo.

1.2.2 Alteraciones en la interacción social

Se trata de uno de los síntomas conductuales patognómicos del autismo infantil. La idea que comúnmente circula en boca de los profesionistas acerca del sujeto autista es aquella donde el sujeto se encuentra sentado sobre sus rodillas, la gente caminando frente a él, y este no desvía la mirada sobre las personas que pasan ni atiende a sus llamados. Aunque esta escena es cierta en muy pocos sujetos con autismo, las alteraciones de la interacción social van desde profundas a leves. La forma más leve estaría caracterizada por el hecho de establecer una interacción social de tipo primitivo al estar motivado únicamente por la satisfacción del hambre y la sed.

Ésta característica es la más reconocible en el autismo. La falta de relaciones sociales se vuelve cada vez más evidente en la niñez temprana; los niños con autismo en esta edad no siguen activamente a sus mamá, no la imitan ni exploran el ambiente; el niño autista parece no darse cuenta de las personas que están a su alrededor, y se sienten contentos en extremo si pueden jugar solos (Paluszny, 1987). Powers (1999) ha observado que los niños con autismo no interactúan con los demás de la misma manera en que los otros niños lo hacen, o que algunos no interactúan en absoluto, es posible que eviten el contacto visual o que mire a los otros como atravesándolos con la mirada, como si no existieran; manifiestan que no tienen deseos de iniciar alguna relación, ni de ser cargado o acariciado; los gestos sociales de los otros pueden carecer de significado para los niños con autismo, la sonrisa social aparece muy tardíamente o incluso no se desarrolla; además se limita a utilizar a los demás mecánicamente, a modo de medios para lograr un fin.

A pesar de sus limitaciones en la socialización de los sujetos autistas, puede observarse que entablan un tipo de socialización que puede considerarse rudimentaria. El sujeto autista llega a identificar ante qué personas puede realizar determinadas conductas, lo que muestra un posible entendimiento de las consecuencias de su conducta ante distintas personas.

1.2.3 Perturbaciones en la comunicación y el lenguaje

Se trata de otro de los síntomas conductuales patognómicos del sujeto autista. En este síntoma, frecuentemente se llega a confundir el significado que se le otorga al término lenguaje y comunicación. En Psicología, el término lenguaje hace referencia a la adquisición del habla; y el término comunicación, se refiere al uso del habla o de cualquier otro medio (por ejemplo señas) para enviar un mensaje a otro sujeto. Es decir, comunicación es enviar un código descifrable a otro sujeto con el fin de que pueda ser descifrado.

Para Wing (1998) el niño con autismo infantil tiene problemas de comunicación, aunque su lenguaje puede ser o no deficiente. El habla se desarrolla con anormalidad; y uno de cada cuatro o cinco nunca hablan. Las anormalidades del habla son la ecolalia (repetición de palabras escuchadas pero que no tienen sentido para el niño), ecolalia retardada (repetición de palabras o frases que han escuchado en el pasado), e inversión de pronombres. Algunos pueden utilizar siempre la misma frase u oración gramatical en una determinada situación, porque en esa situación es cuando la oyó por primera vez; la relación de la frase con la situación puede ser completamente arbitraria.

El niño con autismo comúnmente no hace mímica, ni gesticula, ni usa entonaciones de la voz, ni intenta transmitir una intención comunicativa de alguna manera, ya sea verbal o mediante gestos del cuerpo; aun cuando presente una mínima cantidad de gesticulación no logra ser comunicativo (Paluszny, 1987).

Existe un grupo de personas autistas que logran desarrollar el lenguaje hablado, sin embargo, no lo utilizan en forma espontánea ni con un sentido de entablar una comunicación con otra persona. Es decir, el problema en el autismo no se encuentra en que si el sujeto habla o no, sino en la incapacidad que tiene para utilizar el lenguaje en su función comunicativa.

1.2.4 Relaciones anormales con objetos y con acontecimientos

El niño autista no utiliza los objetos de la misma manera que lo hace el niño a quién se le denomina normal. Esta característica puede estar presente desde el nacimiento (ya se trate de un autismo primario en el sentido psiquiátrico) o aparecer después de un desarrollo normal (ya se trate de un autismo secundario en el sentido psiquiátrico).

Es muy común encontrar que los sujetos autistas no utilizan los juguetes de manera funcional. Suelen tener juguetes u objetos preferidos, es decir, que los necesitan traer siempre consigo ya que sin ellos pueden sufrir ansiedad. Algunos niños autistas desean siempre traer la misma ropa, y entran en pánico cuando se les intenta desvestir, más aún, no permiten ser vestidos con ropa distinta. Un suceso más común es encontrar sujetos autistas que siempre traen consigo revistas o periódicos. Cuando manipula algún objeto, algunos sujetos suelen centrar su atención en algún detalle del objeto, que puede ser su sonido, una parte brillante, el giro; pero nunca integran estas percepciones junto a otras.

El niño con autismo infantil gusta de tener todos sus objetos en el mismo lugar, y ante el menor cambio en su ambiente rutinario y cotidiano cae en berrinches o en periodos de angustia extrema; es como si tal niño recordara los más mínimos detalles y como si el más mínimo cambio en uno de los detalles pudiera precipitar una calamidad. La fascinación por el juego estereotipado y repetitivo es la mayor preocupación del niño con autismo, desarrollan un vínculo afectivo muy especial por algún objeto o juguete que puede tener (Paluszny, 1987).

Las estereotipias del sujeto autistas suelen ser movimientos motrices. Existen muy pocos sujetos autistas que pueden pasar la mayor parte del tiempo del día realizando movimientos motrices estereotipados, lo cuales son considerados autoestimulación; otros pueden ser sacados del acto de autoestimulación y no muestran disgusto por ello. En algunos puede apreciarse que el uso del lenguaje suele ser estereotipado, con el fin de lograr algo de placer somático, es decir, el lenguaje suele ser utilizado como fuente de autoestimulación.

Ya Kanner (1943) había dado a conocer el por qué el niño con autismo infantil tiene esta peculiar relación con los objetos, y el uso estereotipado que hace del lenguaje. La explicación se encuentra en el deseo de inmutabilidad, los niños

con autismo que desean traer siempre la misma ropa, que desean que en su casa siempre permanezcan los mismo objetos ubicados en la misma forma, que el primer juguete que los acompañó siempre los acompañe, es una forma de mantener todo igual, invariable, obedeciendo a su deseo de inmutabilidad. El lenguaje va en la misma dirección, repetido tal como se escucha, por ello, en su lenguaje se manifiesta la inversión pronominal.

1.2.5 Retraso en el desarrollo y diferencias en él mismo

Una pregunta frecuente en el autismo es que si el niño nace autista o se vuelve autista. En la primera década después de que Kanner describió el síndrome, los especialistas indicaban que los sujetos con autismo infantil lo eran desde el nacimiento, sin embargo, en la actualidad, después de los criterios diagnósticos del DSM-IV, se permite realizar un diagnóstico ya no sólo para el inicio de los síntomas desde el nacimiento, sino en el transcurso de los tres años de edad, lo que se aleja de la concepción inicial de Kanner (1943), quién afirmó que el síndrome por el descrito se encontraba desde el nacimiento, principalmente, el síntoma autista que lo caracteriza; actualmente, los especialistas coinciden que es difícil encontrarse pacientes con autismo infantil que lo son de nacimiento, predominando más los niños que tuvieron un desarrollo normal, y a la edad entre el año y medio y los tres años accedieron al síndrome autista.

Frecuentemente los padres de niños con autismo informan que sus hijos tuvieron un desarrollo normal hasta aproximadamente los tres años de edad, donde el niño comenzó a perder habilidades que antes ya había adquirido. Otros padres, informan que simplemente el niño mostró retraso del desarrollo desde siempre. El grupo de niños con autismo que parece serlo desde nacimiento es designado con el nombre de autismo primario; y al grupo de niños con autismo

que parece serlo después de haber cursado un periodo de desarrollo normal se le nomina autismo secundario (Castanedo, 1999).

El desarrollo cognitivo, motriz, de lenguaje y social del sujeto autista siempre va muy por debajo de la norma. Muchos sujetos autistas llegan a la edad de 7 años y aún no mantienen control de esfínteres, incluso, algunos llegan sin control de esfínteres hasta la edad de 15 años. En el área cognitiva, casi todos los niños con autismo muestran carencia del juego simbólico, incluso llegan a la adultez con esta carencia. El juego simbólico se ha visto como pronóstico para el sujeto autista, la mayoría de los niños autistas que han salido del cuadro nosológico iniciaron este proceso con la adquisición del juego simbólico; por otra parte, nunca se ha visto que un sujeto autista que no haya adquirido el juego simbólico salga del cuadro autista.

Otra peculiaridad en el desarrollo de los sujetos autistas es su inconsistencia en su propio desarrollo, es decir, en casi todos los sujetos con autismo se ha observado que después de lograr un avance considerable en el desarrollo, lo pierden posteriormente y no lo vuelven a recuperar; es como si hubieran tenido un periodo de lucidez y aprendizaje, del cuál salen, para sumergirse nuevamente en ese lugar donde el aprendizaje no es posible.

1.2.6 Comienzos del autismo durante la infancia o la niñez

Uno de los rasgos importantes que va a distinguir al autismo infantil de otros trastornos del desarrollo es su edad de aparición. El autismo infantil se presenta antes de los tres años de edad, a diferencia del síndrome desintegrativo infantil. Este último cuadro se caracteriza por una pérdida de habilidades del desarrollo masiva entre los 2 y los 10 años de edad; mientras que para el síndrome de asperger la edad no es asunto de interés, ya que la diferencia, de acuerdo al DSM-IV, se encuentra en que el sujeto asperger tiene lenguaje y comunicación,

sin embargo, la comunicación debe ser iniciada por otro ya que carece de espontaneidad.

La mayoría de los sujetos con autismo infantil han sido diagnosticados a la edad promedio de 6 años. Sin embargo, en la actualidad existe un conocimiento más sólido del síndrome, y los sujetos con autismo infantil pueden ser diagnosticados a la edad de un año y medio. En el campo de diagnóstico del autismo infantil se ha abierto una categoría denominada “riesgo de autismo”, donde los sujetos de edades muy tempranas que cumplen algunas características autistas son incluidos. La experiencia ha dictado que algunos de estos sujetos diagnosticados con riesgo de autismo accedieron posteriormente al síndrome autista y otros solamente desarrollaron un trastorno del lenguaje.

Una vez descrito el autismo infantil, es necesario indagar acerca de las explicaciones etiológicas del modelo psiquiátrico; debido a que la teoría etiológica para el autismo infantil ha sido utilizada para explicar todo el cuadro del TGD de la psiquiatría, se ha dejado un subcapítulo (1.7) donde se aborda exclusivamente la propuesta etiológica de Kemper. Sin embargo, hay que señalar que no existe una aproximación teórica biológica que explique por qué el autismo infantil surge antes de los tres años de edad.

1.3 Concepción psiquiátrica del síndrome de Asperger

El Síndrome de Asperger se considera como un desorden de la personalidad caracterizado por el aislamiento social, pobre comunicación no verbal (gestos y tono afectivo de voz), pobre empatía y una tendencia para intelectualizar las emociones; la conversación es dominada por ciertos temas y existe en ellos una torpeza motriz; los niños con síndrome de Asperger desarrollan el lenguaje gramatical y el Síndrome no se diagnostica en el primer año de vida (Klin, 2003). Esta conceptualización del Síndrome de Asperger ya se encuentra en

la publicación que hizo Asperger de su síndrome. Hans Asperger (1944) nombró a su síndrome como Psicopatía Autística; y no se convirtió en síndrome hasta que Lorna Wing (1981) retoma su artículo. Asperger considera su síndrome como una psicopatía y no como una psicosis; dice de sus pacientes que ellos tienen una personalidad estructurada, no desintegrada; sin embargo, prefieren mantenerse en su soledad.

Las descripciones que Asperger realiza recuerdan mucho las hechas por Kanner, sin embargo, su psicopatía es claramente diferenciada del autismo infantil. De estos dos cuadros puede desprenderse discusiones interesantes, ya que en el autismo infantil es una psicosis del niño, donde en términos psiquiátricos puede afirmarse la alteración de la relación con la realidad, mientras que el sujeto descrito por Asperger, mantiene contacto con la realidad, y no son propios del cuadro las alucinaciones ni los delirios. Sin embargo, en los dos síndromes se encuentra el síntoma autista; es decir, el retraimiento del mundo exterior hacia el mundo interior. De acuerdo con Asperger, su síndrome no es una psicosis ya que no hay en ellos una desintegración de la personalidad. Wing (1981) comparte las opiniones de Asperger manifestando que no es psicosis, y prefiere denominarlo como síndrome de Asperger por el uso inadecuado que sus contemporáneos daban al término, entendiéndolo como psicopatía social. En los estudios que Wing muestra, indica que muy pocos sujetos con síndrome de Asperger desarrollan alucinaciones. Esta es una importante diferencia entre autismo infantil y síndrome de Asperger, diferencia que escapa a la rigurosidad científica descriptiva del DSM-IV.

Las características de los niños con Síndrome de Asperger son similares al de los niños con Síndrome de autismo infantil; en el primero se presentan alteraciones en la interacción social, alteraciones en la comunicación, intereses restringidos y un conjunto de rutinas; también puede presentarse torpeza motriz y sensibilidad sensorial anormal.

1.3.1 Alteraciones de la interacción social

En 1989, Carina y Christopher (citado en Attwood, 1998) propusieron dos criterios diagnósticos relacionados con el comportamiento social del sujeto con Síndrome de Asperger: uno de los criterios fue denominado Deterioro Social, y se caracterizaba por 1) conductas social y emocionalmente inapropiadas; 2) falta de apreciación de las indicaciones sociales; 3) falta el deseo para interactuar con otros y 4) falta de habilidad para interactuar con otros. El segundo criterio está basado en las observaciones hechas sobre las peculiaridades de la comunicación no verbal, pero que también está relacionada con el criterio anterior. Este criterio enfatiza cinco puntos: 1) uso limitado de gestos; 2) dificultad con el lenguaje corporal; 3) expresiones faciales limitadas; 4) expresión inapropiada; y 5) la forma de mirar (muestra una mirada fija).

Mientras que el sujeto con autismo infantil parece no percatarse de lo que sucede a su alrededor ni pretende influir sobre su ambiente, el sujeto asperger si lo hace, pero de una forma inapropiada; el sujeto asperger suele hacer comentarios inapropiados que en la mayoría de las veces los padres quedan avergonzados. Suelen no entender las convenciones sociales ni las reglas de juego aunque se les explique verbalmente. Puede apreciarse en ellos una falta de deseo de interactuar con otras personas, de hecho, cuando entablan una relación social lo hacen porque la otra persona la inició; pero aún así, la interacción social que se logra entablar con ellos muestra peculiaridades de anormalidad, debido a que suelen hablar de una temática en particular, la cual es para el propio sujeto asperger de interés. De acuerdo con las aportaciones de Asperger (1944), a diferencia de la esquizofrenia, el sujeto con su síndrome tiene un discurso lógico, pero dominado por un solo tema, y tiene una buena estructura gramatical; es decir, el lenguaje está bien estructurado.

Esto puede acercarnos a una comprensión en las diferencias entre el Síndrome de Asperger y el Síndrome autismo infantil. En el primero, a pesar de

que existe un lenguaje estructurado en forma normal, el sujeto no se ve afectado por la cultura: por sus reglas, por las convenciones sociales. El sujeto asperger es ajeno a toda normatividad en el sentido social, pero su personalidad se mantiene integrada. Y en el autismo infantil, el sujeto no solo no se ve afectado por la cultura, sino que no existe una constitución de la personalidad y, en términos psiquiátricos, no hay contacto con la realidad externa.

Las alteraciones que se muestran en las interacciones sociales de la persona con asperger están caracterizadas por mantener una temática en sus pláticas, es decir, el sujeto asperger cuando está realizando una conversación lleva la plática hacia una temática en particular, la cuál frecuentemente domina hasta en el sentido científico, suelen utilizar palabras de diccionario, y por más intentos que haga la otra persona por cambiar la temática, el sujeto asperger se las arregla para regresar a ésta. Cuando uno escucha estos discursos puede pensar que está frente a un genio.

1.3.2 Alteraciones de la comunicación y el lenguaje

Al igual que en el autismo, se trata de uno de los síntomas conductuales patognómicos para diagnosticar el síndrome de asperger. A diferencia del autismo, el sujeto asperger puede desarrollar un lenguaje, sin embargo, al igual que el autismo muestra alteraciones de la comunicación y alteraciones menos profundas que el autismo en el habla. Hay que recordar que existen sujetos autistas que no habla nunca, y otros que si emiten palabras, estas carecen de sentido. Todos los sujetos asperger hablan y le dan sentido a sus palabras.

Klin (2003) observa que por lo menos existen tres aspectos de interés clínico del tipo de comunicación existente en el Síndrome de Asperger: 1) el habla puede caracterizarse por una pobre prosodia, aunque la inflección y la entonación suelen ser menos rígidas y monótonas que en el autismo; 2) la velocidad del habla

puede ser inusual o puede carecer de afluencia; y 3) también frecuentemente se observa una pobre modulación del volumen en la voz: el habla puede ser tangencial y circunstancial, y muestra incoherencia y una pobreza en las asociaciones.

La pobreza en las asociaciones del sujeto asperger, se asocia a la característica de su discurso donde gira en torno a una temática, aunque es abordada a profundidad. Un ejemplo de esto es un niño de diez años, diagnosticado con síndrome de asperger y cursaba el 5º año de primaria; inició su plática comentando que la tierra tenía un núcleo, y que todos los planetas tenían un núcleo, después comenzó a mencionar cada uno de los planetas que existen en el sistema solar y los satélites que posee cada uno, y continuó hablando de los minerales que componen la tierra; realmente sorprendente para la edad de diez años.

1.3.3 Intereses restringidos y conjunto de rituales

Este es uno de los síntomas conductuales patognómicos del síndrome de asperger, al igual que en el autismo. El niño con Síndrome de Asperger presenta las mismas características conductuales de tipo ritualistas, movimientos estereotipados e intereses ritualistas que los niños con autismo infantil. Esta categoría permanece idéntica en ambos cuadros dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

Es común que el sujeto con asperger tenga intereses restrictivos caracterizados por coleccionar todo el material relacionado con su interés o temática preferida; es decir que la mayor parte del día la pasa en su temática predilecta. Unido a esto, suelen mostrar algunos rituales como el acomodar las cosas de la cama en determinado lugar antes de acostarse. En algunos pueden

estar presentes los movimientos estereotipados. Sin embargo, más que los movimientos estereotipados suele presentarse los intereses restrictivos.

Este rasgos del sujeto asperger parece estar relacionado con las alteraciones de lenguaje y de la comunicación. Ya que los intereses restrictivos y las alteraciones del lenguaje y de la comunicación giran en torno a la misma temática. La focalización del interés del sujeto con síndrome de asperger puede ser de relevancia para el psicoanálisis; es decir, este tipo de focalización no debe ser considerado como una simple característica, sino como un síntoma que domina la vida del sujeto con asperger.

Aunque la característica de intereses restrictivos está presente en el sujeto con síndrome de asperger y con síndrome de autismo infantil, existen diferencias en cuanto al contenido. Como se ha mencionado, el sujeto con síndrome de asperger focaliza su interés en ciertos temas específicos desarrollando una comprensión profunda en cuanto a teoría de la temática, mientras que el sujeto con autismo infantil es incapaz de hacer esto. Los intereses restrictivos del sujeto con autismo infantil se relacionan al interés depositado sobre los objetos, pero no a las temáticas.

1.3.4 Sensibilidad sensorial anormal y torpeza motriz

Al igual que en los niños con Autismo Infantil, el niño con Síndrome de Asperger muestra una sensibilidad sensorial peculiar a sonidos, al tacto; en ocasiones, puede apreciarse bajos niveles de dolor y poca reacción a la temperatura que en otras personas puede provocar incomodidad (Attwood, 1998).

Algunas personas con síndrome de asperger han manifestado que no les gusta establecer una conversación con la gente porque no pueden procesar adecuadamente la información que a ellos llega, mucho menos cuando hay más

de tres personas en una conversación. Comentan que sienten esta alteración del procesamiento de la información como malestar en los oídos, lo que ocasiona en ellos una gran tensión, la cual puede desencadenar en llantos o gritos de desesperación. Es frecuente que exista en ellos malestar por determinados sonidos que puede variar de sujeto a sujeto, por ejemplo, el sonido de una motocicleta o el de la licuadora.

Uno de los signos característicos es que el niño con Síndrome de Asperger aprende a caminar unos pocos meses después de lo esperado; y puede presentarse incoordinación motora en los juegos de pelota, al caminar o correr. En la adolescencia puede desarrollarse tics faciales (Attwood, 1998). En 1993, Ehlers y Gilberg (citados en Attwood, 1998) sugieren que entre el 50 por ciento y 90 por ciento de niños y adultos con Síndrome de Asperger tienen problemas con la coordinación motriz. Los estudios neurológicos no han podido encontrar zonas dañadas que expliquen las alteraciones motrices del sujeto con asperger; si embargo, se sabe que algunos pacientes con este síndrome que se encuentran con medicamento farmacológico suelen desarrollar algunos tics faciales.

Las alteraciones motrices finas en el síndrome de Asperger se caracterizan por falta de la coordinación oculo-manual. Esta es un área donde se diferencia del autismo infantil, ya que en el autismo las alteraciones de la motricidad fina no suele ser una constante, de hecho la mayoría de los sujetos autistas muestran buenas habilidades tanto en la motricidad fina como en la motricidad gruesa, mientras que todos los sujetos asperger suelen tener torpeza en sus movimientos de motricidad fina.

1.4 Concepción psiquiátrica del Síndrome Desintegrativo infantil

Según Smeeth (2004), el Desintegrativo Infantil es una forma severa de Autismo Infantil, donde el niño sufre una regresión masiva de su desarrollo entre

los dos años y los 10 años de edad. En este sentido, éste guarda las mismas características que el Autismo Infantil.

La diferencia principal entre el autismo infantil y el desintegrativo infantil es que en el primero existe retraso del desarrollo en una de la tríada, y posteriormente va afectando a las otras áreas del sujeto. En el segundo, las habilidades que se habían adquirido en los primeros dos años de vida se pierden repentinamente, abarcando todas las áreas de desarrollo del sujeto. Las habilidades que se pierden en el desintegrativo infantil son: 1) el lenguaje tanto receptivo como expresivo; 2) las habilidades sociales o lo que se nombra como comportamiento adaptativo; 3) control de esfínteres; 4) Juego y 5) habilidades motoras.

Por sus características, el diagnóstico de este cuadro podría confundirse con lo que se conoce como autismo secundario, que es el autismo que surge en niños que tienen un desarrollo normal hasta antes de los tres años. Sin embargo, tomando en cuenta la pérdida masiva de habilidades previamente adquiridas presentes en el curso del desintegrativo infantil, puede establecerse diferencias diagnósticas entre estos dos cuadros. El desintegrativo infantil es menos frecuente que el autismo infantil; y mientras que el autismo se presenta en cuatro varones por cada mujer, el desintegrativo infantil se presenta en forma equivalente para ambos sexos.

Las alteraciones de la comunicación y del lenguaje, de la socialización, los movimientos estereotipados y repetitivos, los intereses restrictivos, las alteraciones sensoriales, las alteraciones de la motricidad, las relaciones anormales con objetos y acontecimientos son idénticas a las presentadas por los sujetos diagnosticados con autismo infantil. Sin embargo, Kanner (1943) estableció diferencias a con este síndrome que en aquel tiempo era conocido como psicosis de Heller; hay que recordar que para Kanner (1943) el síntoma autista está presente desde el nacimiento en los sujetos con su síndrome, a diferencia de la

psicosis de Heller, donde existe por lo menos 2 años de desarrollo normal. Además, hay que recordar que Heller menciona haberse percatado de la presencia de alucinaciones, mientras que en el síndrome autista es difícil hipotetizar lo mismo, y Kanner no mencionó haber observado algo semejante.

1.5 Concepción Psiquiátrica del Síndrome de Rett

La Dra. Lilia Negrón² manifestó su postura de que el síndrome de Rett debería ser excluido de los TGD, debido a sus particularidades médicas, orgánicas y genéticas manifestadas desde los primeros meses de nacimiento. En este trabajo habrá una inclinación a favor de la postura de Negrón, considerando al Síndrome de Rett como enfermedad por accidente genético.

Al momento del nacimiento, el sujeto con Síndrome de Rett no muestra fenotipos particulares, y muestra un desarrollo físico y cognitivo normal hasta la edad entre cinco y 48 meses. Durante el nacimiento y los primeros meses de vida la circunferencia craneal está dentro de los parámetros normales, pero entre los meses señalados existe una desaceleración del crecimiento craneal; y entre los cinco y 30 meses de edad se pierden las habilidades motoras manuales previamente adquiridas y son sustituidos por movimientos manuales estereotipados semejantes a enjuagarse las manos. Recientemente se descubrió que las alteraciones orgánicas se deben a perturbaciones genéticas, específicamente del cromosoma MeCP2, este descubrimiento es constante en las niñas con síndrome de Rett.

A diferencia del autismo infantil, del desintegrativo infantil y del síndrome de asperger, el Síndrome de Rett no muestra una alteración profunda de las habilidades de la interacción social, sino que en éste suele existir un desinterés

² “Métodos de diagnóstico de autismo en el consultorio del médico familiar o pediatra”. Conferencia impartida en el IV Congreso Internacional Autismo y Trastornos del desarrollo. 13-14 de octubre 2007. México, D.F.

por el ámbito social, pero frecuentemente en la adolescencia suelen mostrar interés en entablar relaciones sociales; aunque siguen persistiendo alteraciones profundas del lenguaje receptivo y expresivo. Este punto es harto interesante, ya que algunos investigadores han sugerido que el gen alterado en el síndrome de Rett puede estar involucrado en los pacientes con autismo infantil; sin embargo, no han tomado en cuenta que las niñas con síndrome de Rett suelen mostrar en la adolescencia un interés por la interacción social, lo que los aleja del síntoma autista, aunque en la niñez se manifieste el síntoma autista. La alteración en el gen MeCP2 únicamente puede explicar las alteraciones orgánicas sufridas en el síndrome de Rett, más no el síntoma autista. El hecho de que en esta enfermedad pueda presentarse el síntoma autista recuerda que en un mismo sujeto pueden coexistir distintos cuadros patológicos.

En conclusión, el Síndrome de Rett tiene como características la presencia de microcefalia, regresión del desarrollo y signos de disfunción neurológica claros, además, hasta el momento sólo se ha presentado en niñas y su etiología es genética (Smeeth, 2004). Se han reportado casos en donde el síndrome de Rett se presenta en niños, pero estos mueren antes de los dos primeros años de vida.

1.6 La esquizofrenia infantil

Ésta es una entidad nosológica que, en el transcurso de su historia, no han sido esclarecidos sus criterios diagnósticos. Actualmente, no existe como nosología en los manuales diagnósticos DSM ni CIE. Sin embargo, varios son los investigadores que hacen referencia de haber observado niños con características que recuerdan a la esquizofrenia. Como ya se ha mencionado, Krapelin y Bleuler afirmaron que algunos de sus pacientes esquizofrénicos lo eran desde la infancia.

Kanner (1965) publica un artículo con el fin de dar una entidad nosológica individual el síndrome descrito por él, separándolo de la esquizofrenia. En el

aparato que dedicamos al autismo infantil, ya hemos mencionado que una de las diferencias que traza Kanner con respecto a la esquizofrenia infantil es, que en esta última, se observa en el niño un desarrollo normal y que el inicio de los síntomas esquizofrénicos parte de los dos años en adelante. En su artículo de 1965, mantendrá la misma postura, diciendo que el autismo infantil se encuentra desde el nacimiento, y pone a las descripciones de Saute de Sanctis del lado de la esquizofrenia infantil junto con las observaciones de Heller; éste último síndrome ya lo hemos abordado en el cuadro nosológico denominado Desintegrativo infantil.

Saute de Sanctis describe varios casos de niños que recuerdan los síntomas de la esquizofrenia en adultos: carencia de afecto, negativismo, estereotipias, delirio, alucinaciones y características catatónicas; a esto él denomina demencia precocísima. Fue hasta 1968 que, con los trabajos de Bender, la esquizofrenia infantil comienza a tener mayor aceptación dentro de la psiquiatría infantil, sin embargo, en la publicación de Bender de ese mismo año, afirma que no existen criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia, pero que aquel que diga que la esquizofrenia infantil no existe es porque no ha visto ningún caso.

Bender enfatiza que en la esquizofrenia del niño existen síntomas primarios, secundarios y terciarios; la carencia de imitación, fluidez, retraso en la maduración biológica y psicológica, y alteraciones de la motilidad, de la percepción y del funcionamiento interpersonal, caracterizan la sintomatología primaria; los síntomas primarios traen como consecuencia la ansiedad y alteraciones de la experiencia con la realidad; y los síntomas terciarios son encabezados por el mecanismo de defensa, los cuales darán el cuadro clínico a cada caso: autismo, simbiosis, esquizofrenia pseudo-neurótica, conducta psicopática (Bender, 1968). Puede observarse claramente el uso que Bender otorga a la esquizofrenia infantil, englobando casi cualquier estado psicótico del niño.

La discusión acerca de la individualidad de los cuadros nosológicos psicóticos del niño parecen no tener un final feliz, por ejemplo, en relación al autismo infantil y la esquizofrenia, tal como lo aborda Bender no habría diferencia entre éstas; más duda acerca de su separación surge en un artículo de Wing (2000), donde resalta la existencia de características catatónicas en el 70 por ciento de los sujetos observados por ella, los cuales tenían diagnóstico de Autismo Infantil, Síndrome de Asperger y Autismo atípico (clasificación de acuerdo al CIE-10); esto nuevamente hace recordar la esquizofrenia adulta, donde una de su subdivisión es la catatonía.

1.7 Justificación descriptiva de la equivalencia Trastornos Generalizados del Desarrollo-Psicosis infantil y su diferenciación.

Gesell, en 1946, define la psicosis infantil en la siguiente forma: “Cuando se despliega el toma y daca de la *interacción social*, o se pierde la experiencia adquirida. Da la impresión de desconexión respecto de los estímulos ambientales y se acompaña de una variedad de grotescos modales reiterados; puede haber acciones agresivas, destructivas y autodestructivas”. Gesell considera que a la psicosis infantil se le ha otorgado otros nombres, por ejemplo, esquizofrenia infantil, autismo con distintas denominaciones, desarrollo atípico del yo o un conjunto heterogéneo de otras designaciones.

En la actualidad, los psiquiatras manejan términos como el autismo infantil, Síndrome de Asperger y Trastorno Desintegrativo Infantil; y puede establecerse que el comportamiento de estos cuadros encaja en lo que Gesell define como psicosis infantil.

Cuando se acepta la existencia de la psicosis infantil, algunos psiquiatras empiezan a reconocerla como un tipo de esquizofrenia; y fue nombrada como

esquizofrenia infantil; pero después de los escritos de Kanner y Asperger la esquizofrenia infantil queda entendida como una subdivisión de la psicosis infantil.

Actualmente, la existencia de la esquizofrenia infantil está sufriendo serios golpes. En un seminario impartido por Garnica (2003), comentó que la esquizofrenia infantil es una entidad que no existe, sino que son manifestaciones que pueden indicar el posible acceso del sujeto a una esquizofrenia en la adultez.

Pero no sólo el término esquizofrenia infantil está en desuso, sino también el término Psicosis Infantil. En el ámbito de la investigación psicológica y psiquiátrica internacional, existen dos manuales aceptados por la comunidad científica en general que orientan a los estudiosos en la elaboración de diagnósticos, ya sea para el establecimiento del “tratamiento” o para poder comunicar las investigaciones realizadas; estos son el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM; es el manual de la psiquiatría norteamericana) y el Manual de Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE; es el manual de la Organización Mundial de la Salud). En el DSM-IVR no aparece el término Psicosis Infantil, aunque sí menciona la Esquizofrenia Infantil. Contrario al DSM, en la clasificación internacional de las enfermedades X (manual de la organización mundial de la salud) sí se incluye el término Psicosis Infantil, pero como subdivisión de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, y no como una entidad individual. Considero que estos manuales han contribuido a encajonar la psicosis infantil dentro de un marco positivista; a su vez, han inclinado la atención de los estudiosos hacia las características cuantificables de la psicosis del niño; y han dejado olvidados síntomas que han servido de base para la elaboración nosológica de los cuadros y que han sido mencionados por los mismos autores que describieron el comportamiento de sus pacientes, sobre todo del síntoma autista. Los manuales han permitido hablar de alteraciones de la socialización, de alteraciones del lenguaje y de movimientos repetitivos, pero no del retraimiento del mundo exterior hacia un mundo interno el cuál ha sido señalado por Asperger y Kanner como base de sus síndromes. Estos manuales no

dicen nada con respecto a la psicosis del niño, dejan por fuera el síntoma autista de Bleuler, olvidan el desorden de la imagen corporal señalado por Bender en 1968, olvidan las alucinaciones y el delirio que puede ocurrir en el niño.

Al parecer, el término Psicosis Infantil ha sido sustituido por el término Trastorno Generalizado del Desarrollo; por ejemplo, en el manual de la organización mundial de la salud, la psicosis infantil está incluida en los criterios de diagnóstico de Autismo Infantil, el Autismo Atípico y Desintegrativo de la Infancia (como sinónimo), los cuales pertenecen al cuadro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

El desuso del término Psicosis Infantil, como cualquier otro término, obedece a dos criterios: 1) el sistema de moda dentro de la comunidad científica ha sugerido llamar a este fenómeno de otra manera, desplazando al término que el sistema ya no de moda utilizaba; de acuerdo con la epistemología de Kuhn la moda del sistema tiene un peso enorme dentro de las revoluciones científicas; y 2) un término tiende al desuso cuando el sistema que lo pregona no ha resistido las críticas a los términos nucleares, o no ha podido arrojar evidencia que demuestra la certitud de sus aportaciones.

El desuso del término Psicosis Infantil no escapa a estas dos explicaciones. Al ponerse de moda el enfoque psiquiátrico con orientación orgánica se explicó gran parte de la nosología como producto de alteraciones orgánicas discernibles o no específicas; además el avance de los tratamientos neurológicos para la supresión de síntomas reafirmó la emergencia de fenómenos anatómicos y bioquímicos para la constitución de las enfermedades mentales. Por otra parte, los sistemas que han sostenido el uso del término Psicosis Infantil apelan a estructuras psíquicas metafísicas para la constitución de la enfermedad mental, por lo tanto, las bases emergentes de la Psicosis Infantil no han podido ser observadas ni medidas a través de los sentidos; y en un mundo que cada vez se declara más positivista, racionalista o neopositivista, las aportaciones metafísicas

no tienen cabida. Es por esto, que los sistemas a favor del uso del término Psicosis Infantil no han podido demostrar la certitud de sus términos nucleares a otros sistemas, aunque si pueden demostrarlo a los estudiosos que comparten su mismo sistema. Aunque posteriormente demostraremos que la propuesta organicista también parte de un supuesto metafísico disfrazado de positivismo.

La moda de los sistemas no parece ser una razón fuerte para dejar de utilizar un término; pero el que un sistema no pueda demostrar evidencia de sus aportaciones si suele ser una razón fuerte para el desuso de los términos; en este caso, es necesario comprender que el problema no es una carencia de evidencia de las aportaciones de los enfoques que sostienen el termino Psicosis Infantil, sino que existe un problema de comunicación y traducción del sistema a otros sistemas, mientras que para el mismo sistema las aportaciones mantienen lógica. En este sentido, el término Psicosis Infantil, para aquellos sistemas que se sustenta en el psiquismo, es pertinente.

El como un sistema nombre a los cuadros nosológicos tiene importancia. Fácilmente se puede comprender que el TGD no es más que un retraso profundo del desarrollo para los enfoques organicistas; mientras que para los sistemas con base psíquica, no se trata de un sujeto con retraso en su desarrollo, sino de un sujeto con una constitución psíquica, si no alterada, si específica. La distinción entre los subcuadros del TGD está en la gravedad y la edad de aparición de los síntomas; el síndrome de Rett se diferencia de los demás por sus características físicas únicas dentro del grupo. Pero, desde el psicoanálisis, la edad de aparición de los síntomas y la gravedad de éstos no nos permiten inferir si se trata o no de una psicosis; sino lo que permite distinguir a la psicosis infantil son las acciones psíquicas involucradas.

Desde la postura psiquiátrica, el estudio del repertorio de conductas de los pacientes con TGD se puede encajar en la definición que da Gesell de Psicosis Infantil. Basta con retomar los criterios de diagnóstico para cada uno de los

subgrupos del cuadro TGD del DSM IVR (no retomaré el Síndrome de Rett por no tener experiencia clínica con éste) y el recorrido histórico que hicimos sobre la formación del TGD. Se hace indudable que estas descripciones clínicas son psicosis.

Debido a que el motivo de estas letras es el estudio psicoanalítico de la psicosis infantil, en lo sucesivo, se retomará el término Psicosis Infantil sustituyendo el término TGD, pero no volviéndolo sinónimo. El término Psicosis Infantil – por ejemplo, retomando la definición psiquiátrica de Ajuriaguerra (1977): “trastorno de la personalidad dependiente de un trastorno de la organización del Yo y de la relación del niño con el medio ambiente”- nombra mejor ese ente que abordaremos, ya que pone el interés en los aspectos psíquicos, mientras que el término TGD sólo nombra el retraso en el desarrollo presente en los niños con Psicosis.

1.8 Crítica a la etiología anatómica de las características de la Psicosis Infantil.

Las investigaciones biológicas han dedicado tiempo al estudio de las alteraciones anatómicas y bioquímicas presentes en el niño con psicosis. El tipo de estudio va desde el uso de electroencefalogramas, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones hasta los estudios post mortem. El trabajo de investigación que ha complacido a la mayoría de los estudios de la biología son las aportaciones que realizaron Bauman y Kemper (1992)³ basándose en el estudio neuroanatómico (de sujetos diagnosticados con autismo) de tipo post mortem y las comparaciones que hizo a con cerebros de personas “sanas”.

³ Kempler (1992). Observaciones neuroanatómicas del cerebro autista. Conferencia presentada en el 6º congreso de la asociación internacional de Neurología Infantil.

Bauman y Kempler encontraron varias alteraciones neuroanatómicas en los cerebros de sujetos autistas: alteraciones en el sistema límbico, el cerebelo y la oliva inferior relacionada. El hipocampo, la amígdala y las áreas vinculadas a ellos se encontraron una alteración de packing⁴ celular.

Los hallazgos anormales de las alteraciones del cerebro anterior (amígdala e hipocampo) se sabe que producen efectos prominentes en la motivación, la emoción, la memoria y el aprendizaje, muchos de los cuales se asemejan a la conducta del autismo infantil; los efectos de estas alteraciones son hiperactividad sin propósito, interacción social deteriorada e hiperexploración (Kuvler y Buey, 1939; citado por Kemper) así como también comportamiento motor estereotipado.

El modelo neuroanatómico que pretende explicar el autismo es sencillo. Teóricamente se ha formado una base de datos donde se reconocen las funciones de ciertas áreas cerebrales, más bien, la información que se procesa en estas áreas; por ejemplo, cuando se siente la sensación de miedo se enciende determinada área cerebral. Muchas de las funciones de las diversas áreas cerebrales han sido reconocidas por cerebros que se han constituido como normales y posteriormente recibieron algún traumatismo que ocasionó daño cerebral; por ejemplo, una persona que se ha desempeñado funcionalmente en la vida y sufre un accidente automovilístico, por el trauma, se ha dañado el lóbulo temporal, y con ello, la posibilidad de habla. Retomando esos casos es que la neuroanatomía intenta explicar lo que sucede en la psicosis infantil.

Las aportaciones de Kemper permiten establecer una congruencia frágil hacia la explicación de las características del autismo: a) Las anormalidades de la amígdala y el hipocampo afecta la emoción, la memoria y el aprendizaje; b) Las anormalidades de la amígdala (aumento de packing celular y reducción del tamaño de las neuronas) se relaciona con daño severo de la memoria asociativa intermodal; es decir, una persona sin este daño puede tomar un objeto con sus

⁴ Packing es el número de neuronas que conforman un área cerebral.

manos y palparlo y reconocerlo, pero al momento de mostrárselo visualmente ya no lo reconocerá como el mismo objeto que estuvo en sus manos, es decir, este daño dificulta la generalización de la información de una experiencia a otra, lo que de acuerdo con Kemper es una característica observada en “muchos niños autistas”. c) En relación con las anomalías cerebelosas y de la oliva inferior Kemper concluye que únicamente son indicadores de daño cerebral a temprana edad.

Si se pretende hacer un modelo explicativo de las características de la psicosis infantil se requiere justificar las alteraciones provocadas por las lesiones mencionadas y su relación con las características de la psicosis del niño. Así, es de esperar que al dañarse el centro de la emoción el sujeto no muestre una reacción apropiada ante determinadas experiencias, cosa que sucede en la psicosis infantil. Sin embargo, el daño al proceso de aprendizaje y de la memoria únicamente puede ligarse a los procesos cognoscitivos. Mucho se ha discutido acerca de las alteraciones de la memoria en la psicosis infantil; sin embargo, el hecho de que el niño aprenda nuevas conductas y tareas cognoscitivas hace pensar que existe un funcionamiento óptimo de la memoria, inclusive, el síndrome de Asperger nos muestra un excelente funcionamiento de la memoria.

Cómo puede apreciarse, las alteraciones producidas por el daño cerebral no son una constante en los pacientes con autismo, ni en ningún otro tipo de psicosis infantil. El hecho de que se proponga la existencia del daño orgánico como etiología de las características de la psicosis infantil es una falta de respeto al positivismo de los mismos investigadores que se dicen científicos. Para entender esto, citaré las palabras de una investigadora a nivel neurológico quién dijo acerca de la etiología y fisiopatología del autismo:

El autismo no es una enfermedad; esto es no es una condición con una sola etiología bien definida. Del mismo modo que la demencia, el autismo es un síndrome de disfunción neurológica que se manifiesta en el área de la conducta. Un diagnóstico de autismo – o demencia – no dice nada de su causa

o etiología, pero implica que un sistema cerebral específico, aun indefinido es disfuncional, y que esa disfunción es responsable de los síntomas clínicos que se toman en cuenta para el diagnóstico (Rapin, 1992)⁵.

Es decir, los investigadores en neurología han encontrado zonas dañadas pero que no son consistentes en varias muestras, y así apelan a que debe existir un daño en algún sistema que no se ha descubierto; es decir, un supuesto metafísico colocado como postulado positivista en aras de la ciencia.

En resumen, la propuesta biológica no puede explicar las características de la psicosis infantil por:

1. La singularidad de las características de cada paciente con psicosis infantil.
2. La carencia de una relación directa entre las zonas cerebrales encontradas dañadas y las características patognómicas de la psicosis infantil, a decir, de las alteraciones de la comunicación, las alteraciones de la socialización y los movimientos estereotipados.
3. La inconsistencia de los hallazgos relacionados con alteraciones neuroanatómicas en cerebros de niños con psicosis.
4. La carencia de un sustento científico positivista, ya que parten de un supuesto metafísico para sustentar su propuesta.
5. Por último, ejemplo del número tres de esta lista, otros investigadores no han podido replicar los descubrimientos de Kemper, siendo que las aportaciones de Kemper han sido citadas por la mayoría de los investigadores durante los últimos diez años.

⁵ Rapin (1992). Autismo: un síndrome de disfunción neurológica. Conferencia presentada en el VI congreso de la asociación internacional de neurología infantil; Buenos Aires, 1992.

1.9 Alteraciones gastrointestinales (GI): su tratamiento y carencia de relación con las características patognómicas

El Dr. Shaw (1998) cree que la población excesiva de *Candida*⁶ presente en la mayoría de personas con autismo produce en ellos permeabilidad en las paredes intestinales por donde entran péptidos al torrente sanguíneo, teniendo un efecto a nivel cerebral semejante al opio; esto explica el por qué de algunos comportamientos extraños del autismo; a decir de las alteraciones del sueño, problemas para mantener la atención e hiperactividad. Estos péptidos son el gluten del trigo y la caseína de la leche.

Algunos estudios publicados han resaltado una relación entre la enfermedad celiaca (intolerancia al gluten del trigo) y una alta prevalencia de ataxia, dolores de cabeza y epilepsia, especialmente asociada con calcificaciones occipitales bilaterales junto con características psicológicas y desórdenes psiquiátricos que incluyen cambios en la conducta, depresión, esquizofrenia, autismo y desórdenes de la personalidad (Martínez y otros, 2002). Algunas investigaciones están sugiriendo que existe una relación entre el autismo y la patología en el intestino (John, 2003).

Sin embargo, también se ha encontrado que no existe una mayor preponderancia de patología en el intestino en niños autistas en comparación a niños normales (Corri, 2002). Esta última investigación nos remite nuevamente a lo ya dilucidado en el apartado 1.7 de esta tesis, a la carencia de constancia patológica en los avances etiológicos. Sin embargo, las investigaciones que han encontrado alteraciones GI han sido suficientes para crear una teoría etiológica. Bajo esta no constancia, lo que debe entenderse es que se trata de una enfermedad asociada, así como un sujeto neurótico podría estar enfermo de

⁶ La *Candida* es una levadura que se encuentra en el intestino.

colitis; y es comprensible, que el sujeto pueda verse influido por una enfermedad asociada de diversas maneras.

Actualmente Shaw no duda en sugerir como tratamiento para las personas autistas el uso de una dieta libre en gluten y caseína, ya que estos dos elementos no pueden ser absorbidos adecuadamente por el intestino (Shaw, 1998). Algunas investigaciones han mostrado que la dieta libre en gluten y caseína producen cambios en la persona autista, por ejemplo ha podido evidenciarse un incremento de las habilidades sociales y comunicativas, además se ha observado un deterioro de las habilidades adquiridas al abandonar la dieta (Milward, 2004 y Knivsber, 2001). Este último dato, permite sugerir que la dieta libre de gluten y caseína no es suficiente para mejorar el daño en el intestino, sino que un tratamiento médico debe ser administrado. Shaw (1998) ha evidenciado que los problemas intestinales del paciente con autismo están relacionados con la candida, por lo tanto, sugiere que al momento de utilizar la dieta libre de gluten y caseína se administre un antimicótico en su forma natural o farmacológica y un probiótico para revertir el daño generado en el intestino.

En la “Venciendo al autismo A.C”. (VAAC) de la ciudad de Nogales, Sonora, junto con el Sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF) hemos realizado investigaciones relacionadas con la dieta libre de gluten y caseína (DLGC) en 16 personas con autismo. Las mejorías que se pudo apreciar fue: 1) en las personas con trastorno del sueño (pocas horas de sueño que iban de 3 a 6 horas), comenzaron a dormir por períodos de 8 a 10 horas sin despertarse en las noches; 2) en las personas con alta tolerancia al dolor, comenzaron a mostrar sensibilidad a golpes que antes no les causaba dolor, es decir, comenzaron a sentir como una persona normal, así que dejaron de golpearse ellos mismos; 3) en las personas que no enfocaban su mirada para poner atención, apareció el enfoque de la mirada para poner atención, mejorando su desempeño en el aprendizaje; 4) en los que tenían habla, hubo un aumento de la utilización de vocabulario, pero ese aumento de vocabulario no se utilizó de manera espontánea.

Pudo apreciarse que los muchachos que rompían con la dieta, en menos de 24 horas se agravaban algunas de las características asociadas. Como dato adicional, se descubrió que administrar enzimas cuando el sujeto autista rompe la dieta disminuye el agravamiento de las características asociadas. Este tratamiento no consistió únicamente en la dieta libre de gluten y caseína, sino también en la administración de Nistatina (para la eliminación de levaduras en el intestino) y de probióticos (para el aumento de microorganismos benéficos en el intestino), junto con enzimas cuando fuera necesario.

El dato interesante de las observaciones que realizamos con estos 16 pacientes es que no observamos efectos sobre las características patognómicas del TGD; es decir, las alteraciones de la socialización y la comunicación junto con los movimientos estereotipados siguieron estando presentes de la misma forma; en algunos se pudo observar el inicio del habla y en lo que ya hablaban el aumento del vocabulario, pero ninguno de ellos utilizó esas habilidades para establecer una comunicación espontánea, sino únicamente era utilizado como fenómeno ecolálico, es decir, como grabadora.

En este sentido, son cuatro las alteraciones que suelen mejorar con la DLGC: 1) las alteraciones del sueño niños que duermen entre tres y 6 horas comienzan a dormir alrededor de ocho y 12 horas; 2) las alteraciones en la sensación del dolor, a decir de niños que se autoagredían dejaron de hacerlo, debido a que cada vez que se golpeaban después de la dieta mostraron sentir el dolor y dejaron de hacerlo; 3) mejoró la atención en las tareas de aprendizaje y 4) El aumento de vocabulario, pero sin el uso funcional del lenguaje. En sí, estas son características asociadas, pero que no son patognómicas en el diagnóstico de TGD.

1.10 La propuesta toxicológica del autismo

El organismo humano, en situación saludable, es capaz de desechar aquellos metales tóxicos que entran al cuerpo. Sin embargo, se ha demostrado que los sujetos con autismo tienen una imposibilidad de desechar estos componentes tóxicos; el problema se agrava al comprender que los metales tóxicos se encuentran en el medio ambiente. Por ejemplo, Mutter (2005), encontró que algunas personas con autismo, además de mostrar bajos niveles de determinadas vitaminas y metabolitos muestran toxicidad de metales, también sugiere como necesaria la desintoxicación de metales neurotóxicos, específicamente del mercurio.

El metal que más se ha correlacionado con el síndrome autista es la intoxicación por mercurio, sin embargo, varios investigadores ya han mostrado que la intoxicación suele ser no por un único metal, sino por varios, así se tiene que el aluminio (el cual es un metal ligero), el arsénico, el uranio, el titanio y el plomo suelen encontrarse altos en sujetos autistas. La evidencia que hemos reunido en VAAC indica la toxicidad de varios metales. La siguiente tabla muestra los resultados de laboratorio de metales en cabello de un sujeto con TGD.

Tabla 1. Sujeto masculino de 4 años de edad diagnosticado con Autismo Infantil.

ELEMENTOS POTENCIALMENTE TOXICOS					
ELEMENTOS TOXICOS	RESULTADO $\mu\text{g/g}$	MARGEN DE REFERENCIA	PORCENTAJE		
			68 th	95 th	
Aluminio	22	< 8,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Antimonio	0,12	< 0,066	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Arsenico	0,17	< 0,080	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Berilio	< 0,01	< 0,020	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Bismuto	0,037	< 2,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Cadmio	0,097	< 0,15	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Plomo	1,5	< 1,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Mercurio	0,11	< 0,40	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Platino	< 0,003	< 0,005	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Talio	0,001	< 0,010	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Torio	0,006	< 0,005	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Uranio	0,34	< 0,060	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Niquel	0,20	< 0,40	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Plata	0,19	< 0,20	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Estano	0,34	< 0,30	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Titanio	1,3	< 1,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]		
Total Toxico Representacion				[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	

Sin embargo, se ve venir otro problema para las ciencias biomédicas, ya que algunas investigaciones no han podido replicar estos descubrimientos, y otros han demostrado que los sujetos autistas no tienen más ni menos contaminación por metales que los sujetos “normales”. La siguiente tabla muestra los resultados toxicológicos en un sujeto que no tiene TGD ni ningún tipo de enfermedad o alteración mental.

Tabla 2. Sujeto de 4 años de edad sin TGD ni ningún tipo de enfermedad mental

ELEMENTOS POTENCIALMENTE TOXICOS				
ELEMENTOS TOXICOS	RESULTADO $\mu\text{g/g}$	MARGEN DE REFERENCIA	PORCENTAJE	
			68 th	95 th
Aluminio	12	< 8,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Antimonio	0,082	< 0,066	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Arsenico	0,10	< 0,080	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Berilio	< 0,01	< 0,020	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Bismuto	0,021	< 2,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Cadmio	0,28	< 0,15	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Plomo	2,0	< 1,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Mercurio	0,49	< 0,40	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Platino	< 0,003	< 0,005	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Talio	0,007	< 0,010	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Torio	< 0,001	< 0,005	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Uranio	0,095	< 0,060	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Niquel	0,19	< 0,40	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Plata	0,26	< 0,20	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Estano	0,24	< 0,30	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Titanio	1,1	< 1,0	[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	
Total Toxico Representacion			[Barra extendida más allá del 95 th percentil]	

Puede apreciarse que el sujeto “sano”, incluso, muestra una representación tóxica más severa que el sujeto diagnosticado con autismo infantil; lo que pone en duda las interpretaciones biomédicas acerca de la toxicidad como etiología del autismo y, puede apreciarse, una vez más, el problema de la medicina para explicar el TGD.

1.11 Psiquiatría y psicoanálisis

El estudio de la psicosis se ha hecho desde distintos sistemas, la psiquiatría es quizá el sistema más difundido en su estudio. Sin embargo, el psicoanálisis ha

mostrado interés en este campo de la enfermedad mental. El estudio que se realiza en este trabajo pretende echar luz sobre el psicoanálisis de la psicosis del niño, para ello, es necesario retomar en qué puntos generales el psicoanálisis se desprende de la psiquiatría.

1. La psiquiatría ha mostrado un interés muy elevado por la nosología; históricamente a partir de las descripciones nosológicas que Krapelin hizo. Dichos cuadros nosológicos tienen su base en la descripción del comportamiento de los pacientes, de su conducta, formando síndromes; es decir, cada cuadro nosológico estaría justificado a partir de un conjunto de características presentes. Como ya hemos mencionado, esta forma clasificatoria desvía la estudio de los procesos psíquicos involucrados en la psicosis. Por el contrario, el psicoanálisis, aunque ha aportado cuadros nosológicos como la neurosis obsesiva, y que aún son vigentes, no ha mostrado un interés como el de la psiquiatría en la clasificación de la psicosis, mucho menos en una clasificación de tipo de síndrome. Si en alguna forma, el psicoanálisis ha realizado aportaciones nosológicas las ha hecho basado en los procesos psíquicos involucrados en la formación de los síntomas.
2. El entendimiento etiológico de la psicosis. La psiquiatría actual está totalmente sumergida en las aportaciones neurológicas. Busca con gran énfasis zonas dañadas en los cerebros de los pacientes con psicosis, con el fin de proponer un daño neurológico como causa de la enfermedad mental. En la actualidad, los hallazgos relacionados con la psicosis del niño no han sido suficientes para afirmar que la psicosis del niño es una enfermedad orgánica; y han debido conformarse con hablar de un supuesto daño que aún no se ha localizado. Por el contrario, el psicoanálisis no concibe la idea del daño orgánico en la psicosis; sino que ve el síntoma psicótico como producto de procesos psíquicos relacionados con la represión.

3. Frecuentemente, se dan dentro de los sistemas, que las explicaciones etiológicas dirigen las intervenciones terapéuticas. La psiquiatría al pretender un modelo organicista, de daño neurológico, su tratamiento es medicamentoso y consiste en eliminar los síntomas que ellos consideran parte del síndrome, sino en su totalidad por lo menos en su gravedad. Sin embargo, en este campo tampoco han tenido mucho éxito dentro de la psicosis. Bender (1968) presenta una lista de medicamentos estudiados por ella, y manifiesta que ninguno de ellos logró que sus pacientes con esquizofrenia infantil no tuvieran una imagen del cuerpo distorsionada. El psicoanálisis, orienta sus esfuerzos hacia el efecto terapéutico que pueda tener la labor del análisis, y se opone al uso de medicamentos que anulen los síntomas; ya que el síntoma es considerado como un hablar del inconsciente.

CAPÍTULO II

PSICOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DE LA PSICOSIS INFANTIL

“...ya no es correcto decir que el autismo infantil nunca puede ser remediado, por lo menos hasta cierto punto, con una terapia adecuada...”

Frances Tustin⁷

La teoría de Freud permitió a otros investigadores indagar acerca de la psicología de la psicosis del niño. Los estudiosos que se citarán en este capítulo han sido reconocidos como psicoanalistas; sin embargo, cada autor hizo su propia teoría del ente, en donde, en algunos, las aportaciones de Freud quedaron algo lejanas. No es interés de este escrito discutir acerca de qué tan psicoanalíticas son las teorías de los autores, lo que aquí será de interés, son las observaciones realizadas, con el objetivo de conocer el estado psicológico del niño con psicosis. Aunque la mayoría de los autores que estudiaron la psicosis infantil reconocen que la familia del niño psicótico está involucrada en la psicosis del niño, ninguno de ellos indagó acerca de esta hipótesis (excepto Winnicott). Así, lo expuesto aquí serán observaciones hechas casi exclusivamente sobre el niño psicótico.

Melanie Klein fue pionera en el estudio psicoanalítico del niño y de la psicosis infantil; podríamos decir que casi todos los estudiosos de lengua inglesa que se dedicaron al análisis de niños, estuvieron influidos por las aportaciones de esta autora. Sin embargo, en sus teorizaciones poco a poco los autores se alejan del planteamiento de Freud, sobre todo del complejo de Edipo y la castración, términos que no pueden ser separados de la psicosis, y menos del psicoanálisis. Así, retomaremos las observaciones realizadas por diversos investigadores, considerándolas como observaciones psicológicas más no como aportaciones

⁷ Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Vol. 17; No. 3. 1995.

psicoanalíticas. Es decir, en este espacio el estado psicológico de la psicosis del niño es considerado como síntomas en el sentido psicoanalítico; es probable que lo que más cerca esté del psicoanálisis sea las aportaciones de Melanie Klein.

La forma de abordaje de las propuestas de los autores, será a través de las presentaciones de casos que realizaron, rescatando, sobre todo, el pensamiento que del caso hace cada autor: a) Interés teórico del caso; b) historial del paciente; c) síntomas; d) intervención y evolución. Siguiendo la línea cronológica del tiempo, los autores abordados serán: Melanie Klein; Donald Winnicott; Donald Meltzer y Frances Tustin.

2.1 El sadismo (caso Dick de Melanie Klein [1930])

Antes de la presentación del caso Dick, Klein ya había escrito “Estadios tempranos del conflicto edípico”, donde la propuesta de es que el Edipo se presenta en fases tempranas del desarrollo, mucho más temprano de lo que Freud creyó, considerándolo dentro del primer año de vida. Por esta época, Klein venía coqueteando con la idea de un estado sádico en el niño. Su postura será que existe una activación del sadismo en cada base del desarrollo libidinal; y que en la fase oral-sádica, existe el deseo, en el niño, de devorar el seno de la madre o a toda ella, con el fin de apoderarse del contenido del cuerpo de la madre y destruirla. En esta misma fase, Klein observará la introducción del complejo de Edipo; considerando que las tendencias genitales, aunque ejercen influencia, aún no son evidentes porque lo pregenital aún es dominante.

Klein no sólo dará al complejo del Edipo una fase temprana en el desarrollo; sino que también el *superyó* aparecerá tempranamente. La propuesta es que en el interior de la madre el niño cree encontrar el pene del padre, excrementos y niños, los cuales asemeja a sustancias comestibles. Ya que en el coito el pene del padre es incorporado al cuerpo de la madre, los ataques sádicos tienen como objeto

tanto al padre como a la madre. A su vez, se despierta angustia porque el niño teme ser objeto de los mismos ataques por parte de ambos padres; la angustia es internalizada y así se dirige hacia el *superyó* temprano.

Uno de los aportes fundamentales del caso, es el sentido y el manejo que Klein le otorga a la angustia. Klein ha observado una defensa primitiva, donde el *yo* se defiende de dos fuentes de peligro: el propio sadismo y el objeto que es atacado. El sadismo es una fuente de peligro porque permite la liberación de angustia y porque el sujeto cree que su sadismo va dirigido contra su propio *yo*; del objeto atacado teme ataques similares. Así, el *yo* no desarrollado se encuentra ante la tarea de dominar la angustia más intensa; tarea que, en esta fase, está fuera de su alcance. Pero la angustia liberada en esta fase tendrá un valor para Klein, a decir de ella, es lo que permite la identificación: “como el niño desea destruir los órganos que representan los objetos, comienza a temer a estos últimos. Esta angustia contribuye a que equipare dichos órganos con otras cosas, debido a esa equiparación éstas, a su vez, se convertirán en objetos de angustia. Y así el niño se siente constantemente impulsado a hacer nuevas ecuaciones que constituyen la base de su interés en los nuevos objetos, y del simbolismo”. Es sobre el simbolismo que se construye toda relación del sujeto con la realidad. Así, Klein concluye que de la capacidad que el *yo* posea, en esta etapa temprana para tolerar la angustia, depende el desarrollo del *yo* y la relación con la realidad. Todo esto que hemos esbozado, Klein lo confirma en el caso Dick.

2.1.1 Historia del paciente y síntomas

Cuando Klein comenzó el análisis de Dick, éste tenía cuatro años de edad. Los síntomas señalados por Klein fueron los siguientes: vocabulario y desarrollo intelectual de 15 a 18 meses; faltaba casi por completo la adaptación a la realidad; carencia emocional en relación con el ambiente; carencia de afecto y era indiferente a la presencia o ausencia de la madre o la niñera. Klein también nos

dice que Dick, desde el principio, había manifestado poca angustia, incluso en un nivel anormalmente reducido; no tenía casi intereses, no jugaba y no tenía contacto con su medio; cuando hablaba, utilizaba incorrectamente su escaso vocabulario. Klein señala que no únicamente era ininteligible su habla, sino que tampoco deseaba serlo.

De la historia de Dick, Melanie Klein rescató lo siguiente: su lactancia había sido excepcionalmente insatisfactoria y perturbadora, no pudo ser amamantado y estuvo a punto de morir por inanición. Padeció de trastornos digestivos, prolapso anal y más tarde de hemorroides. Klein considera que posiblemente su desarrollo quedó afectado por el hecho de que, aunque recibió cuidados, nunca se le prodigó verdadero amor ni por parte de la madre, ni de su padre, ni de la niñera; la actitud de la madre hacia Dick había sido siempre de excesiva angustia. Por otra parte, ni su padre ni su niñera le mostraron afecto. Por lo tanto Dick creció en un ambiente pobre de amor.

2.1.2 Intervención y evolución

En la primera sesión, Klein observa que el niño era diferente al niño neurótico. Dick se comportó de forma indiferente ante la separación con la niñera. Ya en el consultorio, corrió de un lado a otros sin propósito alguno, y corrió alrededor de Klein como si ésta fuera un mueble más; pero no pudo observar interés sobre los objetos del cuarto. Tenía poca coordinación, su expresión y mirada eran fijas, ausente y falta de interés. Klein dirá que el comportamiento de Dick carecía de sentido y propósito y no tenía relación con ningún afecto o angustia (no observó en Dick angustia latente).

De acuerdo a la teoría, Klein va a suponer que la inhibición del desarrollo presente en Dick se debía a que había en el yo de Dick una incapacidad completa para tolerar la angustia y que lo genital había intervenido muy precozmente; esto

produjo una identificación prematura con el objeto atacado y contribuyó a una defensa prematura contra el sadismo; así, el yo había cesado el desarrollo de su vida de fantasía y su relación con la realidad; la formación de símbolos se había detenido.

Klein observará que Dick tiene interés en los trenes, las estaciones de trenes, las puertas, los picaportes y abrir y cerrar las puertas. Dirá que el interés que Dick tiene hacia esos objetos se relacionaban con la penetración del pene en el cuerpo de la madre: las puertas y cerraduras significaban los orificios de entrada y salida del cuerpo de la madre, mientras que los picaportes representaban el pene del padre y el suyo propio. Por lo tanto, lo que produjo la detención de la formación de símbolos era el temor al castigo que recibiría, por parte del pene del padre, cuando hubiese penetrado en el cuerpo de la madre. Además, sus defensas contra el propio sadismo resultaron en un impedimento fundamental de su desarrollo.

En el análisis de Dick, Klein tuvo que adaptar su método de análisis, ya que Dick no jugaba. Cuando Klein le mostró al niño los juguetes que había, los miró sin ningún interés. Klein tomó entonces un tren grande y lo colocó junto a uno pequeño y se los nombró como tren papito y tren Dick. Dick tomó el tren Dick y lo llevó hacia la ventana y dijo “estación”. Klein dijo: La estación es mamita, Dick está entrando en mamita. Y Dick corrió a esconderse y preguntó por la niñera. Las dos sesiones siguientes Dick hará lo mismo, tomar el tren Dick y esconderse, preguntar por su niñera y en la tercera, angustiado, llama a M. Klein y continúa preguntando por su niñera, a la cual, al finalizar la sesión, le demuestra placer al encontrarla. Hasta aquí Klein señalará algo: simultáneamente a la aparición de la angustia había surgido un sentimiento de dependencia, y al mismo tiempo se interesó por las palabras tranquilizadoras, además, había comenzado a ver los juguetes con interés. En la siguiente sesión, Dick lloró cuando la niñera se fue. Klein agregará que lo genital interviene muy precozmente en Dick, al igual que la empatía.

En relación a la angustia, Klein dirá que la disminución de angustia latente en angustia manifiesta, permitió en Dick la relación simbólica con cosas y objetos. Todo progreso en Dick era seguido por la liberación de angustia y lo llevaba a apartarse, en cierta medida, de las cosas con las que había establecido ya relaciones afectivas y que se habían convertido en objetos de angustia; entonces, se dirigía hacia nuevos objetos. Y a medida que aumentaban sus intereses, aumentaba su vocabulario.

Durante los meses de sesiones con Klein, la actitud de Dick hacia su madre y su niñera se tornó afectuosa y normal. Desea su presencia y que le presten atención, se entristece cuando lo dejan. La relación con su padre muestra cada vez más una relación edípica normal. Se despertó en Dick el deseo de volverse inteligible y comenzó a establecer relación con la realidad. A seis meses de análisis, el pronóstico de Klein es favorable.

También Klein discutirá el diagnóstico de Dick, considerándolo con esquizofrenia infantil; sin embargo, al ojo agudo de Klein no se le escapa un punto fundamental del caso, a decir, que en Dick no se trata de una regresión, lo que es propio de la esquizofrenia infantil, sino que se trata de un detenimiento del desarrollo. Actualmente podemos diagnosticar a Dick con autismo infantil. Los opositores al psicoanálisis han culpado a Kanner de haber desencadenado las propuestas psicoanalíticas a partir de que en su escrito describe la personalidad de los padres de sus pacientes; sin embargo, este artículo de Klein nos muestra que el psicoanálisis ya se ocupaba – aunque en forma pionera – del asunto 13 años antes de su denominación nosológica.

2.2 Observaciones de Winnicott (la madre suficientemente buena)

No abordaremos un caso en específico para mostrar los conceptos de Winnicott. Pero seguiremos una presentación que hizo ante una sociedad de autismo, titulada Autismo: observaciones clínicas (Winnicott, 1966).

Winnicott fue invitado por la sociedad para dar a conocer su punto de vista en torno a lo que en ese tiempo ya se conocía como autismo infantil (el síndrome de Kanner). Winnicott pondrá acento en varios puntos: 1) en la nosología; 2) en el sentimiento de culpa de los padres; 3) Discute la propuesta organicista y propone una etiología emocional para el autismo.

Con respecto a la nosología, Winnicott dirá que el autismo infantil descrito por Kanner se conoce desde hace mucho tiempo, sólo que antes se le nombraba esquizofrenia infantil; y algunos eran diagnosticados como retrasados mentales. Al igual que Klein, afirmará haber visto muchos casos acerca del autismo. Para Winnicott, el síndrome de Kanner y la esquizofrenia infantil son el mismo ente.

Durante la presentación, Winnicott no se tocará el corazón para hablar del sentimiento de culpa de los padres. Los opositores del psicoanálisis parecen recordar en demasía a Winnicott y su término la madre suficientemente buena, dicen que lo único que Winnicott logró es hacer sentir culpables a los padres. Sin embargo, ya en ese tiempo, Winnicott nos dice que los padres se sienten culpables en torno al niño, por el mismo hecho de tener un niño enfermo, y no tener un niño normal. Y dirá que efectivamente los padres tienen motivos para sentirse culpables, ya que el autismo es el producto de una mala adaptación que hacen los padres ante las necesidades emocionales del niño. Él pensaba que no se ganaba nada con ocultar esto a los padres, sino que habría que decírselos. Así, Winnicott da su propuesta emocional del autismo infantil.

Pero hará otro aporte harto interesante. Dirá que efectivamente él ha observado niños con autismo que tienen lesión cerebral, y que efectivamente la lesión cerebral puede jugar un papel central en los síntomas; pero descarta la influencia de ésta en el autismo infantil. Winnicott dirá que la lesión cerebral puede producir retraso mental; y que a diferencia del retraso mental, en el autismo la inteligencia parece estar latente en algunos y otros son intelectualmente brillantes; es decir, no se trata de un retraso mental; por lo tanto, la posible lesión no está afectando, al menos que puedan coexistir los dos cuadros juntos.

En otro lado, Winnicott propone una relación temprana entre el bebé y la madre que tendrá peso para la neurosis o la psicosis del niño. Winnicott introducirá el término “la madre lo bastante buena” para designar aquella madre que es capaz de producir en su hijo la ilusión. Con “madre demasiado buena” Winnicott se refiere a esa cualidad de la madre para adaptarse activamente a las necesidades del bebé; esta adaptación activa va disminuyendo mientras que el niño va aumentando la habilidad para explicar el fracaso de la adaptación y tolerar su frustración (1951; pág. 324). Con la adaptación a las necesidades del niño, la madre provee al niño de la capacidad para la ilusión de que su pecho le pertenece a él, de que es parte suya, del bebé. Después, la madre tendrá que desilusionar al bebé (pág. 325). En la medida en que surja la ilusión y que los fenómenos transicionales (esa zona intermedia entre la madre y el niño donde existe un objeto transicional el cual representa al seno) hagan su función, y se lleve a cabo el destete, el niño podrá aceptar la realidad exterior. Así, en Winnicott tenemos también en la psicosis del niño el cuerpo indiferenciado a con el cuerpo de la madre; estado al que se llega por una disfunción en la ilusión, en el objeto transicional o en la desilusión.

En relación a la psicoterapia de Winnicott, dirá que algunos pacientes logran desenvolverse más o menos bien; y brevemente describe un caso de remisión de esquizofrenia infantil.

2.3 Donald Meltzer (el caso Timmy)

Por otra parte, el grupo del Melanie Klein Trust, encabezado por Donald Meltzer, pensará que la esencia del proceso autista es la suspensión de la vida mental. Este grupo sólo estudió, bajo un enfoque Kleiniano, el cuadro nosológico autismo infantil precoz descrito por Kanner. Las aportaciones de este grupo son bastante significativas en el sentido descriptivo de la psicología del autismo infantil; Meltzer se preguntará ¿Cuáles son entonces las tendencias mentales que podríamos nombrar como características, y en ese sentido como requisitos de la aparición del autismo como condición patológica? Meltzer establecerá una división categórica para responder a esta pregunta: factores económicos, estructurales, dinámicos y genéticos.

Dentro de la categoría económica, Meltzer señalará los siguientes factores dentro del autismo infantil: gran inteligencia, sensibilidad al estado emocional ajeno, propensión al sufrimiento depresivo en forma masiva, mínimo sadismo y en consecuencia mínima persecución, celos posesivos; son niños de alta sensualidad en su amor (Meltzer et al., 1975; pág. 25). La gran inteligencia a la cual se refiere Meltzer, es a la gran capacidad de memoria que posee el niño autista, y gracias a la cual, puede mantener la inmutabilidad del ambiente y sus rutinas. En relación a la segunda característica mencionada, Meltzer dice que el niño autista tiene conciencia acerca del estado mental de otras personas a las que se encuentra intensamente ligado, y la cual parece tener matices depresivos; esta sensibilidad de ser afectado por el sufrimiento ajeno introduce al niño en una experiencia depresiva de tipo catastrófico. En relación al sadismo, Meltzer opina que aunque el niño autista quiere librarse de todo rival que le compita por el objeto materno, el sadismo no es un rasgo prominente (hay que recordar que en Dick la defensa era sobre el sadismo).

En el sentido estructural, Meltzer señala que en el niño autista se lleva a cabo un desmantelamiento del Self (*yo*); es decir, el *yo* cae en pedazos en una forma que él describe como no violenta. De acuerdo con Meltzer el desmantelamiento es distinto de la disociación, ya que en esta última la agresión se lleva a cabo hacia los objetos, y la disociación en el *yo* es el efecto secundario de esta agresión; mientras que el desmantelamiento del *yo* se debe a que en el niño la atención queda suspendida, permitiendo a los sentidos vagar sin concentrarse en nada (pág. 26); así, el niño estaría afectado por eventos y no por experiencias. Meltzer define evento como algo discontinuo, no apto para ligarse (pág. 25); en el sentido de Tustin, podríamos equiparar esto a la naturaleza asimbólica del niño con psicosis.

La categoría dinámica del niño autista, queda señalada por la estructura autista que hemos mencionado; cuando el *yo* se desmantela, señala Meltzer, debido a la suspensión de la función yoica de la atención, el *yo* coherente deja de existir en forma temporaria, siendo el *yo* dominado por el *ello*. Meltzer abordará en este espacio la tendencia compulsiva de los niños autistas, y dirá que estos tienen un papel defensivo contra la angustia, sobre todo ante la angustia del Edipo, y en segundo lugar, la angustia persecutoria y depresiva (pág. 27). Dentro de las consideraciones genéticas, Meltzer le dará un papel importantísimo a la relación oral-seno que entablan el niño y la madre; sobre todo, dirá que cuando la madre no le presta la “suficiente atención” al niño, debido a depresión o por alguna perturbación, el niño cae en el desmantelamiento.

2.3.1 Historia del paciente y síntomas

Meltzer nos dice que el amamantamiento del niño fue exitoso tanto para la madre como para Timmy; y todo marchó bien (en el sentido físico) hasta los 5 meses que fue hospitalizado y se inició el destete. A los 11 meses ya decía mamá y papá y se sostenía en pie; se mostraba vivaz y alegre; ya para el año caminaba.

Al año y un mes, su niñera debió dejarlos, entonces Timmy tuvo crisis de llanto y rabia, además rechazaba a su madre, excepto cuando ella le leía. Durante el segundo año de vida Timmy era amistoso y le gustaba hacer reír a la gente. Cuando Timmy tenía un año y un mes, la mamá quedó embarazada. El padre de Timmy ubica el deterioro del niño a partir de este suceso. Después del nacimiento de su hermano, el lenguaje del niño, que estaba compuesto por inglés y el francés, se perdió; el jardín de niños fracasó. Timmy parecía necesitar la constante presencia de la madre o de la niñera, tenía inexplicables momentos de llanto y rabia, se golpeaba la cabeza contra la pared, y cuando estaba afligido corría mordiéndose el puño. Timmy tenía una tendencia a escaparse de su madre, por eso cuando andaba en bicicleta la madre lo amarraba. Cuando la niñera se fue, aceptó una nueva niñera pero se hizo destructivo hacia las cosas de la madre. A veces se quedaba en cama y no comía, sólo recibía pequeñas dosis de líquidos, no toleraba ser alabado, destruía de inmediato cualquier cosa que hiciera con la plastilina o la arena. Timmy inició su segundo intento de psicoterapia a los seis años 11 meses.

2.3.2 Intervención

Meltzer se reservó las intervenciones hechas en las sesiones; lo que describe en las sesiones con Timmy son únicamente descripciones del comportamiento de Timmy, y en el lugar de las intervenciones coloca asteriscos, señalando que ahí el terapeuta dijo o hizo algo, pero no dando el contenido. Entonces, el caso no nos permite ilustrar los conceptos que Meltzer introdujo, pero si logra extraerse algo en relación a la intrusión de otro sujeto en la diada madre-hijo.

En el sentido de las intervenciones, Meltzer dice que su actividad interpretativa estaba dirigida a identificar la imagen fragmentada; a diferencia de la práctica analítica, que busca reconstruir las fantasías inconscientes a partir del lo

consciente. En este sentido, dice Meltzer, casi no podrían llamarse psicoanalíticas las interpretaciones hechas por el terapeuta en el estado autista propiamente dicho, ya que no intentan determinar las ansiedades y las defensas sino solamente reunir los fragmentos de una experiencia desmantelada (pág. 49).

En relación con la intrusión de otro, en Timmy, el sentido de un rival tiene gran importancia. Meltzer señala que todo el ambiente era vivido como rival, los pájaros, el jardín, etc... Un objeto de las agresiones de Timmy era precisamente el jardín de su madre. A estos rivales Timmy llegó a nombrarlos Bobby/bebé. Y el significado parece esclarecerse. Ya se ha dicho que el padre notó que la aparición de los síntomas fue posterior al embarazo de la madre, y que se agravaron con el nacimiento de Bobby. Aquí estamos ante la intrusión de otro en la diada madre-hijo. Lo que Timmy nos muestra es el efecto psicótico que puede tener esta experiencia.

2.4 El asunto del cuerpo (caso Juan de Frances Tustin)

Cualquiera que haya trabajado con niños psicóticos, habrá podido observar que no se manifiesta en el niño ninguna estancia psíquica semejante al yo; mostrando, sobre todo, una precaria conciencia de su propia identidad; podríamos decir que en algunos existe únicamente el cuerpo biológico y nada de alma en ese cuerpo. A este estado, previo a la constitución del yo, Frances Tustin lo denomina como "autismo"; y en ese sentido lo diferencia al narcisismo de la teoría de Freud, pero no lo hace a con el término autoerotismo, y de cierta forma, su autismo es el autoerotismo. Tustin (1981; pág. 21) define "autismo" como un *estado centrado en el cuerpo, con predominio de las sensaciones que constituye el núcleo del self; en donde la atención está centrada casi exclusivamente en sensaciones y ritmos corporales. Es posible que se preste atención a los objetos del mundo externo, pero el sujeto está indiferenciado a con ellos, es decir, los objetos se experimentan como parte del propio cuerpo o como algo muy próximo a él.*

Tustin partirá desde el término autismo, en el sentido que ella le otorga, e introducirá dos términos: *autismo primario normal* y *autismo patológico*. El autismo primario normal es lo que hemos descrito arriba, ese estado antes de la formación del yo, este autismo, dice ella, es normal en el desarrollo del sujeto; mientras que al autismo patológico lo coloca como base para las psicosis infantiles. En la época del autismo normal, “la base de sensaciones necesaria para el desarrollo de un sentido de sí mismo está presente, hay poco sentido de ser un sí mismo separado de los otros sí mismo. El sentido del yo se desarrolla a medida que se experimenta el no/sí mismo” (Tustin, 1981; pág. 25). Tustin pondrá acento en esto, y afirmará que la base de la psicosis infantil es el autismo patológico, el cuál se hecha a andar cuando el bebé tiene conciencia del no/sí mismo de una manera traumática (pág. 25).

Tustin creerá que es la madre quién protege al niño de la conciencia traumática del no/sí mismo; sin embargo, su teoría se ve limitada y no avanza más allá de la propuesta del autismo patológico, sus demás aportaciones serán en el sentido de la clasificación de la psicosis, la descripción de los fenómenos del autismo patológico y la psicoterapia. Así, dentro de la teoría de Tustin tenemos que el niño psicótico tiene una carencia del desarrollo del yo, el cual se caracteriza por mantenerse indiferenciado a con los objetos. Pero, ¿por qué el niño vive como trauma el no/sí mismo? La respuesta de Tustin deja mucho que desear, dirá que el aparato neuromental del niño no está lo suficientemente desarrollado para soportar esta conciencia. Y ahí finaliza su indagación acerca de los factores emergentes de la psicosis del niño.

En la psicosis del niño es muy común encontrar que el sujeto ha perdido o tiene deformada la zona de la boca; esta manifestación clínica ha hecho que los investigadores se centren en la relación boca-seno, y busquen teorizar teniendo en cuenta la fase de lactancia del niño. Cuando se trata de un niño sin habla, una vez que puede tomar un lápiz y hacer sus primeros dibujos, comienza a realizar representaciones del cuerpo humano, que, muy frecuentemente, el cuerpo está

representado por un círculo en el cual hay dos círculos representando los ojos; suele no haber extremidades ni boca. Conforme el niño va avanzando, comienza a ponerle a la representación extremidades, y después pasa a la representación del tronco; la boca la representa en último término, y frecuentemente, la representación va acompañada de angustia.

Tustin reconoce la pérdida de partes del cuerpo en el niño psicótico (1972; pág. 15). Pero esta experiencia del niño no se reduce únicamente a la boca, también a la cabeza, e incluso, al pene. Una vez que el infante siente haber perdido una parte de su cuerpo, en ese lugar quedará una herida, la cual teóricamente ha sido nombrada por los Kleinianos como agujero negro. La propuesta de estos autores es que el infante, al estar en un estado indiferenciado, siente el pecho como parte de su propio cuerpo, entonces, en algún momento, vive la experiencia de perder el pecho y con éste, la parte del cuerpo que le corresponde, es decir, la boca.

Tustin retomará la depresión psicótica de la teoría de Winnicott; con lo cual se propone decir que la pérdida de la boca-seno debe acarrear una depresión para el infante, como un estado previo para el acceso a la psicosis. El autismo patológico de Tustin, se hecha a andar para proteger al niño de la depresión psicótica, y mantenerse aún indiferenciado. (1972; pág. 38). Quizá la depresión previa a la psicosis infantil sea algo difícil de observar directamente, ya que los pacientes nos llegan en estado ya psicótico; y es difícil encontrar padres que hagan referencia de haber notado en su hijo un estado depresivo. Un símil me encontré en un único caso de mi experiencia, el paciente fue diagnosticado con autismo infantil e ingresó a tratamiento conmigo a sus cuatro años de edad; la madre señalaba muy convencida que el nacimiento de su segundo hijo marcaba un antes y un después en la vida del hijo mayor; decía ella que el antes se caracterizaba por tener a un bebé feliz, y que el después se caracterizó por un bebé que ya no sonreía y que se percibía triste, como si ya no fuese feliz.

En el hombre de los lobos se nos muestra como la alucinación donde pierde el dedo mantiene una conexión con la castración; así, puede suponerse que las pérdidas corporales en la psicosis del niño también aluden a la castración; sin embargo, los estudiosos de la psicosis del niño pensaron que la ubicación temporal del Edipo y lo temprano que podría surgir una psicosis infantil dejaba excluido todo complejo de Edipo en el niño y por lo tanto la castración. Aquí es donde los investigadores se alejan del psicoanálisis. Posteriormente se verá cómo el Edipo y la castración están presentes en la psicosis infantil, sin embargo en un estatus distinto al que estamos acostumbrados a observar; podemos decir que el Edipo no se encuentra en el niño psicótico, pero que el niño psicótico se encuentra en el Edipo.

2.4.1 Historia del paciente y síntomas

Los padres de Juan mostraron su preocupación porque el niño estaba retrasado en su desarrollo, sobre todo en el lenguaje. El niño recibe el diagnóstico de retraso mental a dos años y medio, y a los tres años, en una evaluación confirmatoria, se diagnosticó autismo infantil precoz. A los tres años con siete meses inicia psicoterapia con Tustin.

Por parte de la familia del padre habían miembros psicóticos, la más cercana una hermana que fue diagnosticada con esquizofrenia. La madre de Juan tenía problemas serios con una hermana de su esposo. Esta hermana se había hecho cargo del padre de Juan durante la primera infancia y la niñez. El embarazo y el parto se cursaron sin complicaciones. Juan tampoco tuvo enfermedades médicas. Sin embargo, la madre tenía la sensación de que las enfermeras se interponían entre ella y su hijo; después, le surgirá esta sensación pero a con la tía.

La madre de Juan había vivido en una institución debido a la muerte de su propio padre, en ese entonces, habían surgido en ella deseos de ser un adulto. Tustin va a considerar que la madre de Juan se vio afectada por una depresión postparto caracterizada por haber perdido una parte de su propio cuerpo (el hijo)

En resumen de los síntomas de Juan, no había desarrollado lenguaje, no controlaba esfínteres, no reaccionaba ante las personas, de hecho no hubo una reacción ante el nacimiento de su hermana menor, hacía movimientos grotescos con sus manos y sus dedos.

2.4.2 Intervención y evolución

Las intervenciones que Tustin realiza son del modelo de Klein. En un inicio, en el análisis de Juan, Tustin se enfrentó a la misma necesidad de Melanie Klein de interpretar los actos del paciente a partir de la teoría, debido a que los pacientes no tenían suficientes elementos simbólicos. En la primera sesión, Juan se comportó como si Tustin no existiera. Tustin concluirá de esta primera vez que Juan no distingue entre su cuerpo y los objetos; Juan le mostró esto cuando toma un trompo silbador y lo hace girar, luego toma su pene e intenta hacerlo girar como el trompo.

En el texto, Tustin se enfoca a describir las sesiones con la finalidad de ilustrar que el niño se encuentra en un estado indiferenciado y que a la vez percibe su cuerpo como dañado o herido. Sin embargo, uno se puede percatar que hay un antes y un después a partir de la sesión 23. Tustin nos cuenta que en esta sesión Juan y su madre tuvieron que tocar en varias veces la puerta antes de que Tustin les abriera; Juan entra excitado a la sesión, toma el trompo y lo avienta, el trompo se rompe y dice: Caramba!, roto!

El resto de la sesión la pasará queriendo arreglar el trompo. Posterior a este evento Juan se mostrará angustiado por la posibilidad del daño corporal. Antes de

llegar a la sesión 130, el padre de Juan casi cae al suelo; durante la sesión, Juan hace movimientos con sus manos para arreglar a su papá y mantenerlo vivo (saltaba sobre el diván diciendo papá arreglado!). Al finalizar la sesión, cuando vio que su madre había ido por él y no su padre dijo: papito se fue, papito roto! Esa misma noche tuvo paroxismos y gritaba: No lo quiero, se cayó, el botón roto, que no muerda, que no se golpee. En las sesiones posteriores sucederá lo mismo, las cosas se rompen, el cuerpo se rompe, pero Juan las repara.

En la sesión 367, Juan tendrá un accidente antes de entrar a la sesión, se golpeará la cabeza y dirá: botón se rompió, feo agujero negro! Comenzará a decir que otras personas tienen un agujero negro en la boca. A los seis años cinco meses los padres de Juan suspendieron la psicoterapia, ya integrado a la educación normal, y no diferente de los niños normales.

CAPITULO III

LA TEORÍA DE FREUD SOBRE LA PSICOSIS: LA DEFENSA Y SU ARTICULACIÓN CON LA LIBIDO⁸

“Sin duda, pondrán el grito en el cielo por la paradoja, cuando diga, que hace falta hablar...”

Joseph Daquin⁹

La histeria ocupa un lugar importante en la teoría de Freud; en sí, es la primera entidad clínica que le permitió colocar los puntos sobre la íes de las elucidaciones posteriores que conforman la teoría psicoanalítica actual. Ya hacia 1893, Freud se encontraba ante aquellos sucesos psíquicos que le permitirían estructurar al psicoanálisis: *la disociación de conciencia y el suceso motivante de los síntomas histéricos*.

Freud se percató de la existencia, en los pacientes histéricos, de recuerdos penosos o dolorosos; recuerdos que a ellos mismos les desagradaba recordar, y que sobretodo, el sujeto no sospecha la relación causal entre el suceso y el síntoma del que se trate (Freud, 1893; pág. 41). Las características hipnoides de la histeria, les permiten a Freud y otros investigadores, como Pierre Janet, dilucidar la double consciencie (doble conciencia). Freud entenderá la disociación de conciencia como el fundamento de la histeria (Freud, 1893; pág. 46) al igual que Pierre Janet, sin embargo, posteriormente entenderá la conversión como fundamento de la histeria.

⁸ Nota aclaratoria: La traducción que se utiliza de las obras de Freud, es la de López Ballesteros. Por respeto a la traducción se utilizara el término instinto como traducción del término Trieb; aunque lo más apropiado sea el término pulsión.

⁹ La Filosofía de la Locura; pág. 52. Editado por la Universidad Autónoma de Querétaro.

La articulación entre el suceso motivante de los síntomas histéricos y la disociación de conciencia es que la representación motivante emerge con gran intensidad (Freud, 1893; pág. 46), lo que evidencia que a tal recuerdo, a pesar de que frecuentemente el suceso ocurrió en la infancia (Freud, 1893; pág. 41), no se le ha desgastado el afecto concomitante. Es este entendimiento, que Freud hace, acerca de los procesos psíquicos de la histeria, la disociación de conciencia y la representación con su afecto no desgastado y que permanece inconsciente, lo que permite acercarnos al término defensa.

En ese tiempo, Freud utilizaba la hipnosis como herramienta para ensanchar la memoria y ayudar a recordar, al enfermo, los recuerdos patógenos. Freud comunicó que uno de los problemas a los que se enfrentaba con este método, es que, por alguna razón, no todos sus pacientes eran susceptibles de hipnosis; así que en estos pacientes Freud probó una nueva modalidad para hacerlos recordar: el apremio.

Con el apremio, Freud se percató que era posible la emergencia de las representaciones patógenas. El hecho de que el apremio consistía en un esfuerzo, a Freud se le interpuso la idea de estar frente a una resistencia; así Freud dice: “De este modo, concreté mis descubrimientos en la teoría de que *por medio de mi labor psíquica había de vencer una fuerza psíquica opuesta en el paciente a la percatación consciente (recuerdo) de la representación patógena*” (Freud, 1895; pág. 146).

Freud concibe la resistencia como energía psíquica, la misma que contribuye a la génesis de los síntomas histéricos, impidiendo la percatación consciente de la representación patógena (Freud, 1895; 146). Freud se percata que las representaciones que no accedían a la conciencia en sus pacientes histéricos tenían un contenido penoso, es decir, que despertaban afectos displacientes; y éste será el carácter común de tales representaciones.

De todo esto nace como espontáneamente el pensamiento de la *defensa*... En nuestros casos ha afluido al yo del enfermo una representación que se demostró intolerable, despertando en él una energía de repulsión, encaminada a su defensa contra dicha representación. Esta defensa consiguió su propósito, y la representación quedó expulsada de la conciencia y de la memoria sin que pareciera posible hallar su huella psíquica... Al esforzar yo en orientar hacia ella la atención del paciente, percibía, a título de *resistencia*, la misma energía que antes de la génesis del síntoma se había manifestado como *repulsa* (Freud, 1895; 146).

Al descubrir, Freud, la defensa y la resistencia, tal como la hemos mostrado, le permitirá indagar acerca del mecanismo psíquico de los síntomas y ordenar el entendimiento psíquico de las diversas neurosis y psicosis, ya que Freud las explicará de acuerdo a la forma de defensa que el yo emprende ante la representación penosa.

3.1 Las Neuropsicosis de defensa

En la época en que Freud comenzaba sus estudios sobre la histeria, las neurosis eran relacionadas directamente a algún daño del sistema nervioso, específicamente a un daño funcional, debido a que no se encontraba lesión alguna de los órganos. Al igual, no existían diferencias claras de los cuadros nosológicos neurosis y psicosis. Freud aporta que las neurosis tienen su etiología no en el daño funcional orgánico como se creía, sino en los procesos psíquicos, del cual ya se ha dado un esbozo. Además, los procesos psíquicos le permitirán a Freud establecer diferencias entre la neurosis y la psicosis.

Para 1894, Freud acuña el término neuropsicosis de defensa, donde agrupa a la histeria adquirida, algunas fobias, la neurosis obsesiva y la psicosis alucinatoria. Cada una de éstas mantiene sus peculiaridades, pero comparten un carácter común: *la defensa del yo contra una representación intolerable*. Y en 1896, Freud agregará a la neuropsicosis de defensa la paranoia. Para 1914, Freud hace una división de la neuropsicosis de defensa en neurosis narcisista y en neurosis de transferencia, donde la primera incluye la psicosis y la segunda la

histeria, histeria de angustia y la neurosis obsesiva. Esta división que Freud hace de la neuropsicosis de defensa, se debe en gran parte a la teoría de la libido y de la transferencia.

3.1.1 La defensa en la histeria

En Las Neuropsicosis de defensa, Freud (1894) distingue la histeria de defensa (o adquirida) de las histeria hipnoides y las histerias de retención (pág. 170). Esta distinción le permitirá a Freud hacer un estudio de las fobias y representaciones obsesivas. El nombre que Freud le otorga a la histeria de defensa, tiene también el objetivo de resaltar la *defensa* del yo; claramente Freud nos da a conocer los procesos psíquicos involucrados en la emergencia de la histeria de defensa:

Los dos pacientes por mi analizados habían gozado, en efecto, de salud psíquica hasta el momento en que surgió en su vida de representación un caso de incompatibilidad; esto es, hasta que llegó a su yo una experiencia, una representación o una sensación, que al despertar un afecto penosísimo movieron al sujeto a decidir olvidarlos, no juzgándose con fuerzas suficientes para resolver por medio de una labor mental la contradicción entre su yo y la representación intolerable (Freud, 1894; pág. 170).

Luego Freud va a elucidar el camino que va desde el esfuerzo de voluntad del paciente por expulsar del pensamiento algo determinado hasta la emergencia del síntoma histérico; propondrá que “la labor que el yo se plantea de considerar como *non arrivée* la representación intolerable es directamente insoluble para él; ni la huella mnémica ni el afecto a ella inherente pueden ser hechos desaparecer una vez surgidos. Pero hay algo que puede considerarse equivalente a la solución deseada, y es lograr *debilitar* la representación de que se trate, despojándola del afecto a ella inherente; esto es, de la magnitud de estímulo que consigo trae. La representación así debilitada no aspirará ya a la asociación. *Más la magnitud de estímulo de ella separada habrá de encontrar un distinto empleo*” (Freud, 1894; pág. 171). Este empleo distinto de la magnitud de estímulo separado de la

representación penosa es lo que permite diferenciar la histeria de defensa de las fobias y representaciones obsesivas. Es decir, las neuropsicosis de defensa son similares desde la defensa del yo hasta la separación que se hace entre la representación penosa y su afecto; y lo que da el carácter particular a cada neurosis es el destino del afecto despojado.

Freud introducirá el término conversión para designar lo que sucede con el afecto en la histeria: “En la histeria, la representación intolerable queda hecha inofensiva por la *transformación de su magnitud de estímulo en excitaciones somáticas*” (Freud, 1894; pág. 171). Es decir, una vez retirado el afecto de la representación intolerable su destino es la inervación motriz.

La indagación que Freud hace acerca de los complejos sexuales de sus pacientes y su relación con los síntomas, lo llevan a introducir el término libido. En el caso Dora, Freud nos muestra como es que, a través de la conversión, los síntomas alcanzan el cuerpo de la paciente. Freud podrá atar las peculiaridades de los síntomas histéricos de acuerdo al desarrollo evolutivo de la sexualidad, es decir, de las fijaciones libidinales en las zonas erógenas; no olvidando que cualquier parte del soma puede convertirse en zona erógena. Esto que perfectamente ilustrado a través del caso Dora y su síntoma de tos, la cuál según Freud, es causada por la fantasía del *per os* (succión del pene). En su infancia tardía, Dora se había caracterizado por la costumbre del chupeteo. El padre había comentado que sólo logró hacerle prescindir del chupeteo hasta los cuatro o cinco años. En este caso, la libido permaneció fijada, en el inconsciente, a la zona oral; así, por nuevas excitaciones puede surgir la fantasía de la satisfacción sexual *per so*; tal como Freud lo observa en este caso (1901 [1905]; pág. 961). Como el yo rechaza la representación inconsciente de la satisfacción sexual a través de la succión del pene, que es marcada por la fijación oral, la paciente enferma produciendo sensaciones en la faringe.

Freud también discierne el complejo de Edipo en Dora; aunque se muestra dudoso acerca de aquello reprimido que hace emerger nuevamente, en la paciente, la situación Edípica. En este texto, Freud propone que el Edipo se intensificó como reacción para reprimir otro impulso más poderoso en lo inconsciente (1901 [1905]; pág. 964). En relación al Edipo dice Freud: Dora sentía y obraba, hacia la relación de su padre con la señora K, como una mujer celosa, tal como hubiera sido comprensible que obrara su madre. Dora le planteaba a su padre el dilema “esa mujer o yo”, situándose en el lugar de su madre. Dora se conducía como si estuviera enamorada de su padre. (1901 [1905]; pág. 963).

Aunque Dora interrumpió su análisis, Freud obtuvo suficientes elementos para inferir el deseo homosexual tan característico en los pacientes histéricos. La escena de la institutriz que le leía toda clase de libros sobre cuestiones sexuales, la cual era linda y ya no joven, en donde quiso hacer ver a Dora la realidad sobre las relaciones de su padre con la señora de K., Dora siguió defendiendo la relación entre su padre y la señora de K. No tardó en observar que la institutriz estaba enamorada de su padre. Entonces, Dora se indignó cuando advirtió que el cariño que la institutriz le daba era el reflejo del amor que sentía por su padre; durante las ausencias del padre, la institutriz no le hacía el menor caso (1901 [1905]; pág. 951). A con la señora de K., Dora se conducía bajo un deseo homosexual, indignándose posteriormente con ella, porque al igual que la institutriz despedida, las atenciones de la señora de K. eran para con su padre.

Sintetizando, para la formación del síntoma histérico se tiene la existencia de la defensa del yo a con una representación intolerable, a la cuál se le desprende su afecto y es conducido a esas partes del soma que contienen un carácter erógeno; en términos de Freud, esa zona erógena donde la libido a quedado fijada, intensificando así la libido.

3.1.2 En la neurosis obsesiva

La neurosis obsesiva fue aislada por Freud, y en la psiquiatría aún mantiene su independencia nosológica. Antes de Freud, la neurosis obsesiva era entendida por la psiquiatría como parte de la psicosis. Freud le dará independencia nosológica negando dos hipótesis existentes en ese tiempo; Freud afirmará: 1) que la neurosis obsesiva y fobias no forman parte de la neurastenia, puesto que los enfermos atacados de estos síntomas son unas veces neurasténicos y otras no; y 2) que no es exacto hacer depender, a la neurosis obsesiva y fobias, de la degeneración mental, pues se haya en personas no más degeneradas que la mayoría de los neuróticos (Freud, 1894; pág. 178).

En la neurosis obsesiva, Freud, da a conocer que existe en ella dos elementos: 1) una idea que se impone al enfermo; y 2) un estado emotivo asociado, el cual suele ser la duda, el remordimiento o la cólera; más no la angustia, la cual está siempre presente y la diferencia de las fobias.

Ya hemos vislumbrado que la neurosis obsesiva tiene similitud a la histeria, en el sentido de la defensa. Freud nos mostró que no existía diferencia entre éstas hasta la separación del afecto de la representación intolerable; la diferencia se establece en el destino del afecto. A diferencia de la histeria, el afecto despojado de la representación intolerable no tiene una descarga motriz; sino que permanece en la psique. *“La representación así debilitada queda apartada de toda asociación en la conciencia, pero su afecto devenido libre se adhiere a otras representaciones no intolerables en sí, a las que este falso enlace convierte en representaciones obsesivas”* (Freud, 1894; pág. 172).

El caso del Hombre de las Ratas nos permite hacer algunas referencias acerca del rol del instinto sexual en la neurosis obsesiva. De entrada, Freud logra observar en su paciente una actividad sexual intensificada en una fase precoz, afectos ambivalentes ante el mismo objeto y la emergencia del acto obsesivo, el

reproche y la duda de esto último. En el sujeto obsesivo existen dos mociones a satisfacerse, el de amor y el de odio, y ambos reciben satisfacción; esto lo ilustra claramente el Hombre de las Ratas cuando tropieza con la piedra y se impone la idea obsesiva de quitarla ya que su amada podría volcar en su carruaje (amor); pero, luego a través de la racionalización, se reprocha de lo ilógico de su pensamiento y retorna a colocar la piedra en su lugar (odio). Esto último es una diferencia a con la histeria de defensa; otra es que en “la histeria es regla general que los motivos recientes de la enfermedad sucumben a la amnesia lo mismo que los sucesos infantiles con cuyo auxilio transforman aquellos su energía afectiva en síntomas. En aquellos casos en que resulta imposible un olvido total, el motivo traumático reciente es atacado de todos modos por la amnesia y despojado por lo menos de sus principales elementos. En semejante amnesia vemos la prueba de una represión anterior. Otra cosa sucede generalmente en la neurosis obsesiva. Las premisas infantiles de la neurosis pueden haber sucumbido a una amnesia, incompleta a menudo muchas veces; pero, en cambio, los motivos recientes de la enfermedad aparecen conservados en la memoria. La represión ha utilizado aquí un mecanismo diferente y, en realidad, más sencillo. En lugar de olvidar el trauma, le ha despojado de su carga de afecto, de manera que en la conciencia queda tan sólo un contenido ideológico indiferente y juzgado insignificante (Freud, 1909; pág. 1461).

Freud no vacilará en afirmar que tal ambivalencia del Hombre de las Ratas tiene su origen en las relaciones con su padre; donde su padre fue un impedimento para que él pudiera acceder al objeto sexual. Teóricamente, estamos aquí en el terreno del Edipo; pero en este caso, la prohibición del incesto no se efectúa, existiendo así una falla en la castración del sujeto. Por conversaciones familiares, el Hombre de las Ratas sabía que su padre amó a una muchacha pobre, antes que se casara con su madre que le dio una estabilidad económica. Y él se encontraría en la misma situación que la de su padre. Una vez muerto su padre, la madre le comunicó que había hablado con un pariente el cuál accedía a que su hija (rica) se casara con él cuando terminara sus estudios. Esta confesión

le hizo reflexionar si debía seguir las huellas de su padre o ser fiel a la mujer que amaba aunque no tuviera fortuna. Resolvió el problema, dice Freud, enfermado (1909; pág. 1462). En esta narración, puede apreciarse que la mujer rica es sinónimo de su madre (rica), y él se interroga si debe seguir los pasos de su padre, es decir, acceder a la rica, acceder a su madre. Así, el Hombre de las Ratas está atrapado en el Edipo, ya que no existe en su inconsciente prohibición del incesto; entonces enferma para no acceder a su madre.

Por otra parte, las fobias son entendidas como un síntoma que puede estar presente en una neurosis o en la psicosis. Sin embargo, Freud consideró que existe una neurosis constituida centralmente por la fobia e introduce el término histeria de angustia. Ya hemos mencionado, que al igual que la neurosis obsesiva, en la histeria de angustia existe la defensa, y el afecto (angustia) desprendido de la representación intolerable no se descarga a lo somático como la histeria de defensa, sino que queda libre en la psique, al igual que en la neurosis obsesiva, y el afecto se une a otra representación no intolerable manteniendo su contenido de angustia.

3.1.3 La psicosis alucinatoria. La Verwerfung

La psicosis alucinatoria que Freud aborda en Neuropsicosis de defensa, es aquella psicosis que Meynert describe como confusión alucinatoria aguda. Si bien, con la teoría de la libido, la psicosis alucinatoria debería ser abordada dentro de las neurosis narcisistas, Freud la abordó junto a la histeria y las obsesiones, en Neuropsicosis de defensa. En esos pocos párrafos escritos por Freud, nos da a conocer el tipo de defensa que el yo emprende en la psicosis alucinatoria.

Después de que Freud ha abordado la forma de la defensa en la histeria y en las representaciones obsesivas, dice: “Pero hay aún otra forma de la defensa mucho más enérgica y eficaz, consistente en que el yo rechaza la representación

intolerable conjuntamente con su afecto y se conduce como si la representación no hubiese jamás llegado a él. *En el momento en que esto queda conseguido sucumbe el sujeto a una psicosis que hemos de calificar de locura alucinatoria*” (Freud, 1894; pág. 175).

Freud dice “el yo rechaza (verwerfen)”. El término que Freud emplea es Verwerfen, el cuál en Neuropsicosis de defensa, en la traducción de López Ballesteros, es traducido como rechazo. Sin embargo, la traducción de este término en otros artículos de la misma edición no es lo más acertado, ya que en el artículo La Represión de 1915, lo traduce como condena; no permitiendo seguir el orden del pensamiento de Freud. En la edición de Strachey, se traduce el término indistintamente como rechazo, repudio o desestimación; desestimación va mejor en el texto de Neuropsicosis de defensa, la represión y el caso del hombre de los lobos.

Retomando el término desestimación; en la psicosis alucinatoria el yo desestima la representación intolerable conjuntamente con su afecto. Freud va a decir que en la adquisición de la psicosis alucinatoria, “el yo se separa de la representación intolerable, pero ésta se haya inseparablemente unida a un trozo de la realidad, y al desligarse de ella, el yo se desliga también, total o parcialmente, de la realidad” (Freud, 1894; pág. 176).

Así, siguiendo la Neuropsicosis de defensa, se tienen tres formas de defensa: 1) En la histeria, ya se ha mencionado que el yo se defiende de la representación intolerable retirándole el afecto, y descargando este último sobre el cuerpo; 2) En la neurosis obsesiva y fobias, el yo se defiende retirándole el afecto a la representación intolerable, el afecto es mantenido dentro de la psique y se le une a otras representaciones que no son intolerables para el yo; y 3) La desestimación, donde el yo se defiende desestimando la representación intolerable.

Freud le otorga a la desestimación por lo menos dos cualidades:

1. La forma de defensa es mucho más enérgica y eficaz que en la histeria y en las obsesiones y fobias.
2. Cuando Freud dice que el yo se comporta como si la representación intolerable no hubiese llegado jamás a él, nos está diciendo que en el yo no existe registro de la representación intolerable. La representación (intolerable) no dejó inscripción de ella misma en el yo.

La desestimación es abordada nuevamente por Freud en el caso del hombre de los lobos. Recordemos que el hombre de los lobos tuvo una alucinación, la de haberse cortado un dedo de la mano, y que éste solo estaba colgando de la mano por un trozo de piel; una alucinación que tuvo lugar en la infancia. Freud dirá que esta alucinación es equivalente a reconocer la castración; algo que en él no había sucedido; ya que había desestimado la castración. Es decir, que el hombre de los lobos no se ve afectado por la castración, Freud lo explica en una cita:

Como era de esperar, sus primeras excitaciones sexuales iniciaron su investigación sexual, y no tardó en planteársele el problema de la castración. Por esta época pudo observar a dos niñas, su hermana y una amiguita suya, mientras estaban orinando. Su penetración natural hubiera debido hacerle deducir de esta percepción visual el verdadero estado de cosas; pero, en lugar de ello, se condujo en aquella forma que ya nos es conocida por el análisis de otros niños. Rechazó¹⁰ la idea de que tal percepción confirmaba las palabras de la *chacha* en cuanto a la herida y se la explicó diciéndole que aquello era el trasero de delante de las niñas. Pero tal explicación no bastó para alejar de su pensamiento el tema de la castración... Así, pues, daba vueltas en su pensamiento al tema de la castración; pero no creía aún en la posibilidad de ser víctima de ella, y, por tanto, no le inspiraba miedo. (Freud; 1914 [1918]; pág. 1951).

Freud, en su análisis de la castración, en el hombre de los lobos, nos deja dos enseñanzas en torno a la desestimación de la castración: primero, da a conocer en el hombre de los lobos que en éste existe una fijación en la fase anal,

¹⁰ Strachey traduce “desautorizó”. La cita es mía.

estadio anterior a la castración; segundo, que la desestimación existía en el hombre de los lobos conjuntamente con su antítesis, la aceptación de la castración; tercero, que a pesar de la coexistencia de estas dos posturas antitéticas, la desestimación de la castración podría ser reactivada (Freud, 1914 [1918]; pág. 1987). A decir, por ejemplo, en el caso de la joven con psicosis alucinatoria, citada por Freud en *Neuropsicosis de defensa*, la vivencia de la desilusión amorosa, debido al hombre amado que no la correspondía, debió reactivar la desestimación de la castración.

Así, la desestimación es distinta a la represión. La aceptación de la amenaza de castración y la percatación de la falta del pene en las mujeres es lo que permite la disolución del complejo de Edipo; lo que da paso, gracias al narcisismo, a la represión del complejo (Freud, 1924; pág. 2750). La desestimación de la amenaza de castración, su desvalorización, la creencia en que la castración es algo que no puede suceder, no posibilita la disolución del complejo de Edipo. A Freud (1925; pág. 2899) se le impondrá la idea de que la desestimación de la castración es un proceso que no parece ser raro ni peligroso en la infancia, pero que en el adulto significaría el comienzo de una psicosis.

3.2 La neurosis narcisista

La neurosis narcisista es equivalente a lo conocido como psicosis. El término neurosis narcisista es producto de los avances en la teoría de la libido. Antes de esto, Freud agrupaba las neurosis en función de las formas de defensa; a decir de las neuropsicosis de defensa, pero con las indagaciones de la libido, Freud dividirá la neuropsicosis en neurosis de transferencia y neurosis narcisistas.

En introducción al narcisismo, Freud (1914; pág. 2024) ofrece un esbozo de la diferencia entre ambas neurosis. En relación al mecanismo de la parafrenia, Freud nos da a conocer que la libido liberada por la frustración tiene su destino no

en la fantasía (las neurosis de transferencias), sino en el yo (las neurosis narcisistas). De acuerdo con Freud, es este destino de la libido lo que da el delirio de grandeza. Es decir, en la neurosis, la libido es retirada de los objetos, de la realidad, y es retraída a la fantasía; pero en la parafrenia, no se tiene acceso a la fantasía, sino que la libido se retrae al yo. Este fenómeno de la libido en las neurosis y la psicosis tiene repercusiones en el fenómeno de transferencia; ya que la libido, en las neurosis de transferencia, queda disponible, tendiente a la transferencia hacia otros sujetos; pero en la psicosis (neurosis narcisistas), como la libido no encuentra acceso a la fantasía, no queda tendiente para el fenómeno de transferencia (Freud; 1922 [1923], pág. 2670). En el contexto de Freud, la relación que tiene la psicosis con el fenómeno de transferencia, implica que el psicoanalista no puede utilizar la libido tendiente a transferencia para la práctica del análisis.

En este mismo escrito de 1914, Freud distingue tres grupos dentro de la parafrenia, caracterizados, en la mayoría de las veces, por un desligamiento sólo parcial de la libido: 1) Fenómenos residuales: en donde el paciente queda en un estado de normalidad o de neurosis; 2) Los del proceso patológico: donde está presente el desligamiento de la libido de sus objetos, la megalomanía, la perturbación afectiva, la hipocondría y todo tipo de regresión; 3) Los de la restitución: donde se liga nuevamente la libido a los objetos, bien a la manera de una histeria (demencia precoz o parafrenia), bien a la de una neurosis obsesiva (paranoia).

Cuando Freud dice que la parafrenia es a la manera de una histeria, hace referencia a la invasión somática existentes en ambas; sin embargo, estas mantienen diferencias. En la presentación de las observaciones de Tausk (Freud, 1915; pág. 2078) Freud menciona, el caso de la mujer que dice tener los ojos torcidos, y entiende este decir como una manifestación hipondriaca. Es en este sentido que existe en ambas una invasión somática. Sin embargo, la diferencia se encuentra en el resultado de la invasión somática, a decir, la mujer

esquizofrénica sentía los ojos torcidos, mientras que una mujer histérica hubiera realmente torcido los ojos.

Freud va a establecer una sutil diferencia entre la histeria y la esquizofrenia relacionada con las formaciones sustitutivas; va a decir que la sustitución en la histeria se realiza en función de la semejanza de los objetos, mientras que en la esquizofrenia se realiza en función de las palabras (Freud, 1915; pág. 2080). Con esta observación, Freud renunciará a decir que en la esquizofrenia se interrumpe la carga de objeto, ya que continúa siendo mantenida la carga de las imágenes verbales de los objetos. (Freud, 1915; 2081).

En 1914, Freud introduce la noción del ideal del yo, y dentro de esta instancia infiere otra (la cual después nombrará como Superyó); cuya función es vigilar de continuo el yo actual y compararlo con el ideal. Esta instancia que Freud infiere es la conciencia moral (Freud, 1914; pág. 2029). El reconocimiento que Freud hace de esta instancia tiene valor para el estudio de la psicosis, sobre todo del llamado delirio de autorreferencia; es decir, el síntoma de ser observado, tan presente en la paranoia.

3.2.1 El mecanismo psíquico y la represión en la paranoia y la esquizofrenia (la enseñanza en el caso Schreber)

La lectura del caso Schreber da a conocer el mecanismo de la producción de síntomas, afirmando que a éste se le deben las peculiaridades de la paranoia y no a los complejos. Tal como hemos seguido la defensa en las neurosis de transferencia, se realizará lo mismo en la paranoia. De primera mano, Freud da a conocer la existencia de la defensa en la paranoia, y manifiesta que él y sus colegas, después de haber analizado varios casos de paranoia, haberse percatado que la defensa que el yo emprende es contra una representación intolerable por su contenido de homosexual. El punto central del conflicto

patológico es la defensa contra el deseo homosexual (Freud, 1910 [1911]; pág. 1516).

El hecho que la defensa sea, en la paranoia, contra un deseo homosexual, hace pensar a Freud, apelando a sus elucidaciones de *tres ensayos para una teoría sexual*, que la fijación ha de buscarse en el camino que se extiende entre el autoerotismo, el narcisismo y la homosexualidad.

En la indagación del mecanismo, Freud va a resaltar, en primer lugar, el proceso de proyección, a la que va a caracterizar de la siguiente manera:

En él es reprimida una percepción interna, y en sustitución suya surge en la conciencia su propio contenido, pero deformado y como percepción externa. En el delirio persecutorio, la deformación consiste en una transformación del afecto: aquello que había de ser sentido interiormente como amor es percibido como odio procedente del exterior (Freud, 1910 [1911]; pág. 1520).

Lo que Freud nos muestra, de la represión, en el caso Schreber, es una anulación de la represión por un proceso curativo que sigue, en la paranoia, el camino de la proyección. Por tanto, no es exacto decir que la sensación interiormente reprimida es proyectada al exterior, pues se ve más bien que lo interiormente reprimido retorna desde el exterior (Freud, 1910 [1911]; pág. 1523). De acuerdo con Freud, el delirio es este intento de curación. Y lo propone de la siguiente manera, haciendo referencia al caso Schreber:

El enfermo ha retraído de las personas que le rodean y del mundo exterior en general la carga de libido que hasta entonces había orientado hacia ellos, y así todo ha llegado a serle indiferente y ajeno, teniendo que ser explicado, por una racionalización secundaria... El fin del mundo es la proyección de esta catástrofe interior; su mundo subjetivo se ha hundido desde que él le ha retirado su amor... Y el paranoico vuelve, en efecto, a construirlo, no precisamente con mayor magnificencia, pero al menos en forma que pueda volver a vivir en él. Lo reconstruye con la labor de su delirio. *El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción.* (Freud, 1910 [1911]; pág. 1522)

Freud dirá, pues, que el proceso de represión propiamente dicho consiste a caso en que el sujeto retrae su libido de las personas y las cosas antes amadas. Tal proceso se desarrolla en silencio; no recibimos noticia alguna de él y nos vemos forzados a deducirlo de otros consecutivos (Freud, 1910 [1911]; pág. 1522). Sin embargo, Freud dirá, en el mismo texto, que la retracción de la libido no es exclusiva de la paranoia y por lo tanto no puede constituir por sí sola el elemento patógeno de la paranoia (pág. 1523). Recordando lo citado en relación a las neurosis de transferencia, donde en el destino del afecto era característico de las neurosis, a decir, en la histeria la inervación somática; Freud dirá, como ya lo hemos dicho anteriormente, la libido libertada es acumulada al yo, siendo utilizada para engrandecerlo (así lo muestra el delirio de grandeza).

“Con ello queda alcanzado nuevamente el estadio del narcisismo... y en el cual era el propio yo el único objeto sexual, basándonos en este dato clínico, supusimos que los paranoicos integraban una *fijación al narcisismo*, y concluimos que el *retroceso desde la homosexualidad sublimada hasta el narcisismo revela el alcance de la regresión* característica de la paranoia” (Freud, 1910 [1911]; pág. 1523).

En la esquizofrenia también existe la retracción de la libido del mundo exterior. Así se deduce la represión por retracción de la libido.

“También consideramos la fase de las alucinaciones tormentosas como un estadio de la pugna de la represión contra una tentativa de curación que intenta conducir de nuevo la libido a sus objetos. En los delirios y en las estereotipias motoras de la enfermedad ha reconocido Jung con extraordinaria agudeza analítica, los restos convulsivamente retenidos en las antiguas cargas de objeto. Esta tentativa de curación, que el observador considera como la enfermedad misma no se sirve, como en la paranoia, de la proyección, sino del mecanismo alucinatorio (histérico)”. (Freud, 1910 [1911]; pág. 1525).

Esta es una diferencia entre la esquizofrenia y la paranoia, en la esquizofrenia no se lleva a cabo el proceso de la proyección, sino de la alucinación.

Otra diferencia entre éstas, es que en la esquizofrenia el desenlace es la regresión, mientras que en la paranoia es la reconstrucción. En la esquizofrenia la

regresión no llega tan sólo hasta el narcisismo, que se manifiesta en el delirio de grandezas, sino el abandono total del amor objetivado y al retorno al autoerotismo infantil.

3.3 Síntesis. Algunas diferencias entre la neurosis y psicosis

Lo que Freud nos muestra es que en los inicios de la vida humana el bebé tiene acceso a la satisfacción de la libido. Pero, en determinado momento de la vida, los actos que conllevan la satisfacción de la libido son reprimidos. Así, emerge en el sujeto la insatisfacción de la libido; y esto marca la existencia de dos corrientes opuestas, una orientada por el principio del placer y la otra por el principio de realidad.

Esta postura antitética que emerge en el individuo, produce un conflicto relacionado con la satisfacción de la libido. La libido insatisfecha busca la satisfacción en la realidad exterior, a con el objeto primario; pero el *yo* rechaza esto; entonces la libido se ve obligada a satisfacerse a través de la sustitución de objeto, pero si el *yo* vuelve a rechazar este modo de satisfacción, la libido se ve obligada a procurar otro modo de satisfacción. Aquí la libido hace un viraje hacia la fijación de la libido, es decir, recurre a la regresión; gracias a la misma atracción que la fijación ejerce sobre la libido. Entonces, la libido retorna al objeto abandonado, para no abandonarlo; además, resulta menos no placentero ya que el *yo* no tiene conciencia de esto (Freud, 1915-1917 [1916-1917]; pág. 2346).

La atracción de la libido a la fijación de la libido se hace por conducto de las fantasías producto de la fijación. Así, el síntoma es fruto de la articulación entre el rechazo de la satisfacción de la libido en el mundo exterior, la regresión a la libido fijada y la fantasía.

La represión parece mantener su sentido en la neurosis y la psicosis; por ejemplo, en el caso Dora (histeria) y en el caso Schreber, puede apreciarse la represión sobre del deseo homosexual, la primera hacia la señora de K., y el segundo hacia el Dr. Flechsig. Esto nos muestra que no hay diferencia entre neurosis y psicosis hasta el límite de la represión de la satisfacción de la libido. En ambos casos se ve surgir que sus deseos reprimidos intensifican el deseo sexual hacia uno de los progenitores que se pone en juego en la etapa infantil correspondiente al Edipo. Así, en Dora se intensifica el amor que siente por su padre; y en Schreber sucede lo mismo.

Freud es categórico en su estudio sobre el Edipo, cuando dice que el sepultamiento del complejo de Edipo es más que una represión, sino que equivale, cuando se desarrolla perfectamente, a una destrucción y una desaparición del complejo; así, si el yo no ha alcanzado más que una represión del complejo, este continuará subsistiendo, inconsciente, en el *Ello* y manifestará más tarde su acción patógena (1924; pág. 2750). En Dora y Schreber no existió tal destrucción y desaparición del complejo, manteniendo en el inconsciente las cargas libidinosas a con los objetos parentales.

El sepultamiento del Edipo se logra gracias a la amenaza de castración, pero a esta amenaza, en un inicio, el niño no le presta fe ni obediencia alguna; sino hasta que el descubrimiento de los genitales femeninos rompe por fin su incredulidad. Bajo la amenaza de castración el yo reprime la carga de objeto libidinoso, y quedan abandonadas y sustituidas por identificaciones (Freud, 1924; pág. 2749). En este punto podemos separar dos momentos, el primero la amenaza de castración y el segundo el convencimiento de que la amenaza puede ser ejecutada; siendo hasta el segundo momento que inicia el sepultamiento del complejo. Ya se ha mencionado anteriormente que la distinción entre neurosis y psicosis parece descansar en los efectos de la amenaza de castración; pero en la psicosis el sujeto se mantiene sin prestar fe ni obediencia alguna, la desestima. Ya se ha señalado, al abordar el caso del Hombre de las Ratas, en el estudio de la

neurosis obsesiva, que aunque existe un fallo en la prohibición del incesto y el sujeto se encuentra atrapado en el Edipo, no hay acceso sexual a la madre; el sujeto enferma postergando el momento de la elección entre la mujer rica y su amada. Es decir, puede apreciarse en este caso de neurosis obsesiva, que aunque, sólo existe una represión del Edipo, parece existir una antítesis; es decir, en el sujeto existe el deseo de acceder a uno de sus padres, y el miedo a la castración. Por eso debe primero morir su padre, anulando así la castración proveniente del padre; ya que mientras viva existe la posibilidad de castración. Esto es lo que está en juego en el Hombre de las Ratas: *“debe morir mi padre si quiero tener placer sexual”*.

Mientras que en Schreber la situación se torna distinta. A diferencia del Hombre de las Ratas, Schreber si copula con su padre. Al igual que en el caso mencionado, se encuentra atrapado en el Edipo; más aún, en él no existe ninguna señal de la prohibición del incesto. El primer impulso Edípico lo tuvo por transferencia con Flechsig; posteriormente, Dios copula con él, está destinado a ser su mujer y darle hijos; aquí si se efectúa el incesto. La desestimación de la castración es la diferencia entre la neurosis y la psicosis. Aquí puede articularse la tendencia al rompimiento con la realidad exterior característica de la psicosis. Su menosprecio encuentra su base en el haber recibido la amenaza de castración y haber observado los genitales femeninos sin obtener en el sujeto la influencia de éstas; considerando el niño que la castración es algo que no le podrá suceder. La realidad de la castración está allí en los genitales femeninos, y el niño no la ve! Puede decirse que en la desestimación el yo queda al servicio del *Ello* y transforma la realidad exterior, bajo el predominio de la vida psíquica.

CAPÍTULO IV

EL EDIPO Y SU RELACIÓN CON LA PSICOSIS DEL NIÑO: CASOS CLÍNICOS

Sombra. No sé. La sombra
herida que me habita,
el eco.
(Soy el eco del grito que sería).
Jaime Sabines.

En el capítulo II hemos abordado las observaciones que hicieron cuatro de los grandes autores dentro del estudio de la psicosis infantil. Así, de Winnicott rescataremos su propuesta emocional de la psicosis del niño, a decir, de que la psicosis del niño está relacionada con una perturbación psíquica que entra en el terreno de las relaciones con los padres; de Melanie Klein, su decir de que Dick se encuentra en un Edipo prematuro, pero un Edipo de posesión de la madre; de Tustin y de Meltzer retomaremos las observaciones clínicas en relación al rival, lo que he señalado como intrusión de otro y que para mí, este otro, es la triada del complejo de Edipo. En este sentido, los autores están tocando el lugar del Edipo en la psicosis del niño. El sentido de éste capítulo será estudiar la psicosis del niño pero teniendo como referencia la aportación de Freud sobre el Edipo y la castración. La propuesta es distinta a la de los autores mencionados, por ejemplo, Klein considera que Dick está bajo la influencia genital prematuramente, y entra al complejo de Edipo, es decir, el complejo se encuentra en Dick; la propuesta que se desarrollará aquí, considerando la aportación de la desestimación, es que el niño está atrapado en el complejo de Edipo. Rosine y Robert Lefort (1971) han presentado observaciones clínicas contundentes acerca de la referencia edípica en la psicosis infantil. Considerando que el fenómeno edípico debe ser común en la psicosis del niño, decidí no repetir los casos expuestos por los Lefort, sino

confirmar la propuesta a través de mis observaciones clínicas sobre la familia del niño psicótico.

El estudio de caso tendrá el siguiente propósito:

1. Demostrar que el niño psicótico se encuentra atrapado en el Edipo de los padres.
2. Demostrar que no basta que exista la falla edípica en uno de los padres, sino que éste empuja a los otros dos a ocupar la posición del padre y de la madre.

Sófocles en su tragedia, nos muestra los efectos del incesto; así, Edipo que ha accedido sexualmente a la madre, decide cegarse y, si le fuera posible, ensordecerse para no percibir el mundo. Así, el niño que accede incestuosamente a la madre también se ciega y ensordece en una psicosis. Pero hay otro fenómeno, Edipo es hermano de sus propios hijos; así, sus dos hijos buscan poseer el trono del padre, el lugar vacío que ha quedado en el lugar del padre. Así, cuando el hombre accede incestuosamente a su madre, alcanzando sólo a su esposa, se coloca como hermano de sus propios hijos, desapareciendo el padre y dejando el lugar vacío. Cuando Edipo conoce la ambición que sus hijos tienen por el que era su trono, los maldice.

4.1 Caso E. (El niño en el lugar del rival)

E. asistió a consulta conmigo a cuando él tenía aproximadamente 4 años, a los tres años de edad fue diagnosticado con autismo. Unido al autismo, poseía una lesión cerebral en el lóbulo occipital. No existía lenguaje al inicio de las sesiones. Sostuvo una sesión por semana durante aproximadamente año y medio. Aproximadamente a los 5 años, E. ya tenía lenguaje, aunque aún manifestaba retraso en el lenguaje y problemas de articulación. También ya poseía juego simbólico y se preocupaba por tener amigos.

4.1.1 El Edipo del padre

El padre narra que cuando era niño y una vez que aprendió a leer, su padre quería que él fuera un genio, un intelectual, así que lo ponía a leer textos de platón, no recuerda en sí cuál texto, pero sí recuerda que luego de terminar la lectura, su padre le pedía que le explicara lo que había leído, y si su explicación no era acertada, su padre estallaba en cólera contra él, regañándolo y diciéndole burro y retrasado.

Durante la adolescencia dice haber tenido varios problemas por su carácter. Así que sus padres decidieron llevarlo con un psicólogo, el cual, dice el padre de E. resultó ser psicoanalista. El padre de E. cuenta que siempre se colocaba en riesgo físico, y en una ocasión, tuvo un accidente de moto. Esto lo comentó al analista quién le dijo: “quieres hacerte daño para dañar a tu padre”. Dice que a partir de esa ocasión entendió que no debería arriesgarse por su padre. También llegó a expresar que hubiera sido bueno saber como reaccionaría su padre si su accidente hubiera sido de consecuencias más graves. Los problemas con su padre (del padre de E.) estuvieron siempre presentes, el padre del padre de E. se mostraba decepcionado de su hijo, ya que éste no era el intelectual que hubiera querido; esta situación aún continúa.

El padre de E. decide romper totalmente relaciones con su padre cuando en una ocasión, siendo que él ya estaba casado y tenía a su primer hijo (E), su padre los echa de la casa y del trabajo que le había dado a su hijo; entonces se quedan sin dinero y sin casa. A partir de este momento, el padre de E. no vuelve a buscar a su padre.

Cuando el padre de E. dice que le hubiera gustado conocer la reacción de su padre si el accidente hubiese sido de gravedad, nos está diciendo que tenía interés de conocer si el padre de él era capaz de mostrarle amor. Deseaba confirmar ese amor. Hasta que entendió, cuando echa a su familia de su casa, que

él no era querido por su padre. Este hecho viene a mostrarnos el sentido que él le otorga a su mujer. Él narra que cuando conoce a su esposa se sintió atraído por ella y la invito a salir; después, sintió la necesidad de no esperar tanto y asegurarse de su amor inmediatamente; por lo tanto, a los pocos días de salir, le escribe en un papel la cantidad de ingreso que posee, y le dice: “eso gano, te quieres casar conmigo”. Dice él: “no quise esperar; quería saber si me quería o no”. Esto hace recordar la situación a con su propio padre, de quién tiene esa pregunta; al hacerle la propuesta de matrimonio es como si le hubiera dicho a su padre: “Así es como soy, ¿me amas?”.

Aquí es donde se nos muestra el Edipo del padre. Su esposa ocupa el lugar de su propio padre, y ha logrado tener acceso sexual al él, a través de su esposa, es decir, aunque sólo alcance a su esposa. Ahora su hijo deberá ocupar el lugar del rival. Veamos como esto sucede. El padre de E. se siente una persona muy inteligente, por lo menos más que la mayoría de las personas, y aprovecha cualquier ocasión para burlarse de las personas que son, para él, menos inteligentes, es decir, se burla de la ignorancia de las personas. Esto nos muestra que el padre de E. se identificó con su propio padre. Así, cuando nace E. él se siente un padre orgulloso porque sabe que su hijo será una persona muy inteligente, en palabras de él, deseaba que su hijo fuera un genio.

Posteriormente, la madre lleva a E. a con un especialista debido a que no ha aprendido a hablar; el diagnóstico es de autismo infantil. El padre de E. expresa que le hirió en su orgullo, porque ya no tendría ese hijo genio que deseaba; pero, después de razonar, dijo que no le interesaba si su hijo era o no inteligente, o si se desarrollaba o no como los otros niños, lo que me interesa – dijo – es que sea un niño feliz. Estas palabras expresan que al padre de E. no le interesa el desarrollo general de E. Así se protege de la intelectualidad de su hijo, quién al no ser más inteligente que él, no le podrá quitar a su mujer.

El avance de E. tiene semejanzas a con el caso Dick; En E. aproximadamente a los 5 años ya existía la función del lenguaje, aunque con retardo y problemas de articulación, pero el niño ya se daba a entender y se preocupaba por tener amigos; además tenía juego simbólico. La semejanza a con Dick es que E. comenzó a representar en su juego la situación edípica normal, llegó a decir: “voy a destruirlo (tomando un monito con su mano) porque me quitó a mi mamá”. En sesiones posteriores dirá: “lo odio porque me quita a mis novias”.

4.2. Caso V. (El niño en el lugar de amado)

La primera consulta llega la mamá, el papá y el niño, este último contaba con cuatro años de edad. El niño mostraba problemas de coordinación para caminar, no estimando adecuadamente la profundidad de los escalones, incluso, su cuerpo hacía movimientos de vaivén como si a su esqueleto le costara soportar su cuerpo. En esa edad el niño no mencionaba ninguna palabra. Su diagnóstico fue de autismo infantil. La familia ha sido muy constante en el tratamiento del niño, el cual se imparte diariamente excepto los fines de semana.

Durante las primeras sesiones de tratamiento, la mamá era quién llevaba al niño a las sesiones. Durante las sesiones el niño caminaba por todo el lugar sin poner atención a las personas o a las cosas; si en determinado momento un objeto se le atravesaba en la mano lo tomaba para llevarlo directamente a la boca. El autismo de V. fue categorizado como autismo profundo; y los tratamientos médicos y educativos no lograban mejorar la condición de V.

4.2.1 El Edipo de los padres

La madre ha hablado poco acerca de su infancia, pero narra que tuvo un padre con problemas de alcoholismo y que no era responsable en la casa. Aun el

padre continúa sin ser productivo para su casa. Conoció a su esposo en la preparatoria. De entrada afirma que al conocerlo no sentía simpatía por él, de hecho no soportaba su presencia por ser un estudiante mal portado, desastroso y gritón. Posteriormente, se enamora de él y queda embarazada. Se casan y se van a vivir a la casa de los padres de su esposo.

La madre comenta que durante el embarazo se sintió un poco incómoda por el hecho de haber salido embarazada, siendo ella la hermana mayor; pero fuera de eso no hubo preocupaciones; dice sentir durante el embarazo a su hijo como parte de su propio cuerpo, como si fuera uno sólo. En sesión ha comentado que se siente culpable porque su hijo tenga autismo; ella recuerda que el médico le pedía que pujara para que el niño saliera, pero no pujó y el médico le volvía a insistir. Ella piensa que le faltó oxígeno a su hijo porque ella no lo sacó rápido.

La relación con su hijo es muy próxima. La madre nunca deja a V. solo en las terapias educativas, ya que al ser abandonado por la madre V. cae en crisis de llanto y pataletas; sin embargo, cuando la mamá lo pone a trabajar tiene la misma reacción. El comportamiento de V. es de vagar por los salones, y no se le puede interrumpir porque inician sus rabietas. Por este motivo, el niño no tiene avances en ningún tipo de intervención educativa, ya que no puede mantener la atención ni siquiera por cinco minutos. Un trabajo conductual fue empleado para separar al niño de la madre y aumentar el tiempo de atención pero se fracasó.

La madre estaba tan apegada al niño que en una ocasión la habían aceptado en un empleo, al cual ella únicamente asistió un solo día y renunció, alegando que no le había gustado el trabajo. En una entrevista, reconocerá que no pudo soportar la idea de no estar con su hijo en el tiempo que ella trabajaba, así que mejor renunció. En ese momento, le pregunté: ¿Cómo sientes a V.? y su respuesta fue que lo sentía como parte de ella. Confesó que era muy celosa con V. Sentía muchos celos cuando V. decía una palabra nueva o hacía algo nuevo ante otra persona, quería que V. hiciera todos sus avances solamente para ella;

dijo que le daba celos que le dijera apá a su padre, que no quería que le dijera porque V. era de ella. Por otra parte, la madre no cela a su esposo y frecuentemente bromea diciendo que ojala se fuera con otra mujer; en algunas ocasiones, ella a estado a punto de dejarlo a él, por discusiones que, según ambos, son irrelevantes.

Durante esa sesión, le recordé a la madre lo que anteriormente había contado en relación de que el médico, al momento del parto, le pedía que pujara, que separaras de tu cuerpo a tu hijo (agregue); le expliqué que en este momento era algo semejante, pero que tenía que separar a su hijo de ella misma para que el niño se sintiera ser una persona separado de ella, y que pudiera formar su propia identidad. La respuesta de la madre fue cortar lo más pronto que pudo la sesión. Curiosamente, después de esta entrevista, la madre no entró ya a las sesiones educativas de su hijo, y su hijo permanece más de 15 minutos trabajando y poniendo atención, sin las rabieta que lo caracterizaba. Algo se movió en la madre, quién en otra entrevista dijo: “no vine anteriormente porque tuve vómitos, parece que el vómito trae patitas”. Por una parte, la madre cela a su hijo, lo quiere sólo para ella, tiene un amor a su hijo; pero un amor que borra al padre. En este sentido es un amor edípico, donde el esposo ocupa el lugar del rival; y lo aniquila, lo anula, ahí no hay padre. Por otro lado, el niño es un vómito, un deshecho del cuerpo, y quizás un animal por el hecho de tener patas. Aquí el niño, en el Edipo de la madre, ocupa el lugar del padre, y el esposo el de la madre.

4.3 El caso J. (El hijo en un lugar vacío)

J. cursó un desarrollo normal hasta la edad de los tres años, cuando comienza a perder el contacto afectivo con sus padres, después de convulsionar por fiebre (se sabe con certeza que las convulsiones por fiebre no producen daño orgánico). Los datos perinatales arrojan complicaciones; J. al nacer sufre un tipo de infección no identificada por lo cual se le realizan varios estudios, tanto en

México como en los Estados Unidos, sospechando sobretodo de meningitis, lo cual fue negativo. El niño permaneció hospitalizado durante aproximadamente una semana, y los médicos le decían a su madre que el niño estaba entre la vida y la muerte.

Después de recuperar su salud, el niño cursa un buen desarrollo hasta los tres años de edad, cuando vuelve a enfermar por infección y tiene crisis convulsivas producidas por fiebre. A partir de ahí, el niño tiene pérdida de la visión, la cual recupera un mes después; la medicina no pudo dar explicación de lo que pudiera estar aconteciendo biológicamente, sin embargo, no fueron aplicados potenciales evocados visuales. A partir de este acontecimiento, J. prefiere estar aislado, se molesta cuando quieren interactuar con él y desarrolla tendencias a la autoagresión, golpeando su cabeza contra las paredes, las puertas y el suelo. Al tocar su cráneo se puede encontrar huellas de los golpes que él mismo se daba. Las pruebas neurológicas no arrojaron lesión cerebral, y las pruebas toxicológicas no encontraron toxicología por metales neurotóxicos.

J. nunca obtuvo control de esfínteres, presentando una peculiaridad cada vez que quiere hacer popó; actualmente tiene 9 años de edad, y aún los padres le ponen pañal. Cuando él se hace popó en el pañal, se mete la mano en las nalgas y se embarra sus dedos, después, a la persona más próxima le muestra sus dedos y las toca con ellos. Este es un comportamiento que molesta mucho a sus padres. La madre ha pensado que J. lo hace adrede, ya que en ocasiones se embarra sus dedos y les mancha los sillones de la sala o la ropa del closet, y cuando es reprendido se echa a correr con carcajadas. Las autoagresiones también se presentan de esta forma, va delante del padre y se empieza a golpear enfrente de él hasta que lo hace enojar, entonces corre y se carcajea.

El autismo de J. actualmente sigue siendo profundo. No existe lenguaje ni medio alternativo de comunicación. Las autoagresiones han disminuido y ya no se golpea con paredes ni puertas ni con el piso, sino sólo con su propia mano. No

existe control de esfínteres y tiene una tendencia de echarse a la boca todos los objetos que entran en contacto con su mano. En una ocasión, inclusive, fue necesario sacarle de la boca una cucaracha. Tiene una tendencia a pellizcar y morder a las personas sin motivo alguno aparente.

4.3.1 El incesto como herencia: los abuelos de la cuarta generación

El discurso que se analizó fue el de la madre de J.

Infancia de la madre de J.

La madre de J. recuerda haberse venido a vivir con su madre (abuela de J.) al año, a la ciudad de Nogales; lugar a donde llegaron solas. La abuela materna de J. deja a su esposo (abuelo de J.) porque no soportó que fuera haragán y tuviera muchas deudas; entonces la abuela decide venirse a trabajar a la frontera. Cuando llegan a Nogales, se alojan en la casa de una tía (de la madre de J.), quién tenía hijos adolescentes. La madre de J. fue agredida físicamente por estos muchachos, le daban cocorrones y le quemaban las manos, la abuela nunca se percató que su hija era maltratada. En una ocasión, la madre de J. pasaba por una tabla que hacía de puente en un arrollo de aguas negras, los muchachos le movieron la tabla y ella cayó de cabeza, batallando para salir del agua. Una viejita vio esto y le avisó a su mamá (la abuela de J.), diciéndole que los muchachos la maltrataban mucho. La abuela decide irse a otra casa y la viejita se ofrece para cuidar a la niña (la madre de J.). Pero la viejita, aunque la trataba bien, tenía dos nietas más grandes, quienes también, a la madre de J., le daban cocorrones y la tomaban de los pies y manos y la aventaban al suelo.

También cuenta que estas niñas la manoseaban sexualmente. De los golpes recibidos a causa de estas niñas, comienza a tener hemorragias de la

nariz, la cual tuvo que ser controlada con intervención médica. La abuela decide nuevamente irse a vivir a otra casa, donde aloja a una mujer extranjera con sus dos hijas. La mujer extranjera y una de sus hijas se dedicaban a la prostitución, y ambas agredían físicamente a la mamá de J. La abuela se iba a trabajar todo el día. En una ocasión la mujer extranjera se los llevó al cine, pero en el camino un hombre la invitó a subir a una camioneta y ella se subió llevándolos a ellos, entonces el señor tomó vía para el monte y la señora le puso una chamarra en la cabeza para que no viera, y ellos comenzaron a tener relaciones sexuales. Al llegar a la casa, le contó a su mamá (abuela de J.), por lo que su madre corrió a la señora de la casa. Después de esto la mamá de J. marca un cambio en su vida, donde ya no es maltratada, porque su hermano mayor se vino con ellos, al igual que sus tíos; y ya era cuidada por sus propios familiares.

Cuando estaba en tercer grado de primaria, la madre (abuela de J.) como no había quién se la cuidara, decide enviarla a Culiacán con su madre (bisabuela de J.). La madre de J. dice que su abuela no se la soltaba a nadie, ni a sus tías, y que le enseñaba a tejer y cocinar. Dice que sus abuelos fueron para ella como sus padres, porque su madre no podía ocuparse de ella, los abuelos sí y la cuidaban mucho. La abuela era una señora muy coqueta que siempre trataba de verse bien. (Aquí parece haber una identificación con la abuela, ya que reconoce ser como su abuela).

Con respecto al abuelo (bisabuelo de J.), narra que ella lo quería mucho, y que se le sentaba en las piernas y le andaba haciendo cariños. Pero un día, la abuela la envió a llamarle al abuelo para que bajara a comer, y el abuelo estaba acostado en un catre. Cuando ella llega se le sienta en el catre y lo despierta para que fuera a comer, el abuelo la toma y le da un beso en la mejilla, después en el cuello. Cuando le dio el beso en el cuello ella sintió algo en el estómago, lo que le indicaba que algo estaba mal. Luego llegó otra persona que distrajo al abuelo y ella aprovechó para irse, después de eso no volvió a acercarse al abuelo. Esto pasó cuando ella tenía aproximadamente 12 años.

Existe un secreto en la relación de los abuelos. El secreto, que ella supo en su adolescencia, es que los abuelos se casaron sabiendo que eran primos. En los abuelos, podemos apreciar la realización del deseo incestuoso; la abuela de J. fue fruto del incesto. La bisabuela de J. murió en sus ochenta años, por un paro respiratorio. El bisabuelo de J. murió por enfermedad degenerativa, pero cursó en sus últimos años con demencia no diagnosticada clínicamente. Confundía a sus hijos por otras personas, y a sus hijas las confundía con prostitutas, y buscaba tratarlas como tal.

4.3.2 El incesto en los padres.

Cuando la madre de J. tenía 16 años comenzó una relación amorosa con el padre de J., Pero fue hasta los 20 años que comenzaron a tener relaciones sexuales. Ella dice que no las tuvo porque estaba muy consciente de lo que era tener un hijo, ya que ella había cuidado a su hermano menor (con retraso mental: son tres, un hermano mayor, ella, y el hermano menor). Su esposo es menor que ella. (Los 4 años de abstinencia sexual pudiera indicar que ocupaban una posición de parientes, donde está prohibido el incesto, hasta que algo derrumbó esa prohibición).

Al inicio de su actividad sexual, la madre de J. se embaraza de su primer hijo. La abuela materna de J. les da un cuarto para que ellos vivan juntos, pero el papá de J., aunque quiere a su esposa y su hijo que se estaba gestando, decide quedarse a vivir con su madre, y todo el día viajaba de con la madre de él a con su esposa. Actualmente, mantiene el mismo estilo de vida. Hasta que un día, la madre de J. se entera de que su esposo anda en una fiesta y decide ir por él, indignada porque no cumplía su papel de esposo, le exige: “o te vas con tu madre o te vienes conmigo, pero si te vas con tu madre olvídate de mi”. Entonces él decide irse con ella. (El papá de J. se ve entre dos amores, decide irse con su

esposa, pero puede apreciarse que la esposa y la madre del papá de J. están en una misma jerarquía; de hecho la madre de J. se coloca también en ese lugar).

Después el papá de J. comienza a drogarse, por lo que su esposa lo corre de su casa, y le hace saber a todo mundo que lo deja por drogadicto, después de un tiempo decide perdonarlo. Por otra parte, mientras él estudiaba, su esposa le hacía las tareas de la escuela y se iba a trabajar por las mañanas. Hasta que él se tituló, él comenzó a trabajar (Trabajaba, le hacía sus tareas y le arreglaba sus cosas como si fuera su mamá).

En una ocasión, menciono que a su esposo lo conoce desde la secundaria, y que lo conoce tan bien que únicamente le faltó haberlo parido. (Con esto nos queda claro que el lugar que su esposo ocupa a con ella es el de hijo, y ella es el de madre para su esposo; por lo tanto, se ve emerger el incesto).

Lo escrito anteriormente acerca del comportamiento de la madre de J. nos muestra claramente como ella coloca a su esposo en la posición de hijo. Pero no todo es por efecto de la madre. Poco después que ellos iniciaron su noviazgo, el papá de J. pasó por momentos dolorosos relacionados con su padre. El abuelo paterno de J. sufrió un accidente que lo dejó en coma, recuperándose algunos meses después. Al salir de coma, el abuelo de J. reconoce a toda su familia, excepto a su propio hijo (el padre de J.). Cada vez que el padre de J. se acercaba a su padre era rechazado, diciendo éste que no lo reconocía, que no era su hijo. Esto no le pasó con ningún otro hijo. El padre de J. encontró en su noviazgo el afecto que ya no encontraba en su padre. Él se refugiaba en la que sería su esposa, y ella trataba de compensarle la pérdida.

Esto nos muestra que para la emergencia del incesto es necesario que ambos sujetos sean empujados a ocupar posiciones específicas; en este caso, los padres de J. son empujados por ellos mismos a ocupar el lugar del incesto.

4.3.3 El lugar de J.

Después de su primer hijo, la madre de J. se embaraza inmediatamente para tener a su segundo hijo. Posteriormente, la madre utilizó anticonceptivos (diafragma) para no embarazarse, pero una úlcera en la vagina hizo que el médico sugiriera el retiro del dispositivo. También el médico hizo otra sugerencia, les recomendó hacer la salpingoclasia. Cuando el médico pregunta si van a tener otro hijo el esposo contesta que no!, que con la parejita ya estaba bien. Y ella acepta la afirmación del esposo.

Su esposo siempre fue una persona muy saludable, pero fue hospitalizado de urgencia debido a una perforación del pulmón que no se diagnosticó a tiempo. Fue intervenido quirúrgicamente, y debido a lo tardío del procedimiento, los médicos se referían a su estado como grave. Su esposa pensó que lo perdería y se atemorizó mucho. Cuando el salió del hospital, se embarazó de J. Posteriormente, por una complicación, su esposo fue nuevamente internado para una segunda operación de urgencia, y nuevamente pensó en perderlo; pero el esposo vuelve a recuperarse sin complicaciones posteriores. Poco después, confirma que está embarazada y se hecha a llorar. El motivo del llanto fue que recordó cuando su esposo le decía al médico que ya con la parejita estaba bien, entonces pensó que su hijo no era querido por su esposo. La madre reconoce que cuando se hospitalizó la primera vez, pensó en embarazarse nuevamente; como si la pérdida de su esposo fuera ser remplazada por el hijo que venía. Sin embargo, el esposo no muere, sino que vive; entonces, el hijo que viene ya no tiene razón de ser, y ella no puede estar con dos hombres que ocupan un mismo lugar. Por eso concluye que el esposo no lo va a querer, porque venía a ocupar su lugar; pero J. ha quedado en el limbo, ya que el lugar que le era asignado fue retomado por su padre.

CONCLUSIONES

La Psiquiatría ha abandonado la indagación psíquica de la psicosis infantil, y para ello, ha cambiado la nominación del fenómeno por otro más apropiado para la epistemología positivista; y así, enorgullecerse de que es una ciencia. Nombran a la psicosis infantil como Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Para la indagación psicoanalítica el nombrar TGD al fenómeno que estudiamos es inapropiado; ya que éste coloca el lente de la objetividad, apelando a los estándares del desarrollo. Ninguna relación guarda esto a con el psicoanálisis, si acaso, la de síntoma. En este sentido, es importante retomar el término psicosis infantil, ya que nos permite aproximarnos a éste a partir del conocimiento de Freud acerca de la psicosis.

Las inconsistencias de los hallazgos anatómicos, bioquímicos y toxicológicos, permite concluir, de una forma muy fría, que la emergencia de la psicosis infantil se debe a factores psíquicos. Por otra parte, concuerdo con la opinión de Winnicott, quién consideraba que un daño orgánico podría producir retraso mental, pero jamás una psicosis. En la clínica, he visto bastantes niños con sintomatología autista, en el sentido de Bleuler, y niños con retraso mental; cuadros completamente distintos. Pero también he visto niños con retraso mental que padecen de autismo. Esto nos permite hablar de comorbilidad en la psicosis infantil, sin que estas expresen ser causa una de la otra. Así, los hallazgos médicos y el retraso mental pueden ser enfermedades independientes que suelen, en ocasiones, presentarse juntas en una psicosis infantil. Como ejemplo, he atendido niños autistas con ceguera. En ningún momento se pensaría que su ceguera es el origen de la psicosis, ni viceversa, sino que son dos estados patológicos independientes que anidan en el mismo sujeto. En síntesis, la psicosis infantil es del orden de lo psicógeno, esté o no en comorbilidad con otra patología mental u orgánica.

Los estudios psicológicos de estudiosos con orientación psicoanalítica han arrojado luz acerca de los fenómenos psíquicos que acontecen en el niño psicótico. Winnicott nos enseña de la falta de una construcción de la realidad objetiva, síntoma que lo relaciona a las interacciones de la madre con su hijo; específicamente considera que la madre no pudo adaptarse efectivamente a las necesidades emocionales de su hijo. Sin embargo, Winnicott pareciera no abandonar algo de su influencia positivista, y esto guía su teorización acerca de la construcción de una realidad en el sujeto infantes. Lo rescatable es que pone el acento en las interacciones del niño a con sus padres; sin embargo, esto ya se sabía desde 1930, con el trabajo de Melanie Klein. Los trabajos de los exponentes abordados en el cuerpo del texto, nos muestran que los siguientes síntomas están presentes:

- a) Pobreza de simbolismo. A diferencia de un niño neurótico, quién a través del juego muestra sus simbolizaciones que están en relación con su inconsciente, en el niño psicótico, no existe tan rica naturaleza, sino que los intereses del niño son restringidos, casi nulos. Esta naturaleza puede explicar la carencia del lenguaje.
- b) La imagen del cuerpo no está constituida. La tesis fundamental de Tustin nos muestra esto. El niño psicótico posee, en vez de una imagen del cuerpo completo, una imagen del cuerpo fragmentado, tal como se nos revela tan claramente en algunos sujetos esquizofrénicos. En algunos niños psicóticos, como en algunos casos de esquizofrenia, se observa angustia por haber perdido una parte del cuerpo o por el posible daño que pueda sufrir el soma.
- c) El autismo en el sentido de Bleuler: *predominio del mundo interior con poco o nulo interés por el mundo exterior*. No hay un registro del semejante. En algunos niños psicóticos que han avanzado se ha observado que comienzan a rivalizar por el objeto de amor, a con un tercero; pero en

estadios anteriores a estos progresos no se percibe nada en relación al conflicto con un semejante.

- d) Estar sumergidos precozmente en el Edipo. Melanie Klein observó esto en Dick; elaborando la hipótesis de que la genitalidad de Dick se intensificó y entró muy precozmente al conflicto Edípico.
- e) Un estado autoerótico.

En los escritos de estos autores se puede dilucidar que la psicosis infantil está relacionada con el complejo de Edipo, la castración. Por otra parte, los cuatro autores mantienen una actitud favorable para el tratamiento psicoanalítico. Tustin será la más insistente en este sentido, afirmando que con un tratamiento psicoanalítico prolongado la psicosis del niño puede ser curada. Meltzer, por el contrario, hablará de un estado post autista, algo similar a los síntomas residuales del autismo. Sin embargo, ellos concluyen en la efectividad del psicoanálisis para la cura de algunos casos de psicosis infantil.

Conforme a lo que se ha señalado, la psicosis del niño mantiene similitudes a con la esquizofrenia; de ahí la discusión que existió en la época de Kanner de señalar el autismo infantil precoz como esquizofrenia infantil. Pero, cualquiera nominación que se quiera usar, el fenómeno guarda relación en el sentido de lo psíquico. A partir de las elucidaciones freudianas presentadas en el capítulo III, se puede concluir lo siguiente:

Al igual que las neurosis narcisistas, la psicosis infantil se caracteriza por retirar la libido de los objetos y retraerla al yo. Pero a un yo endeble por el grado de madurez subjetivo; la libido encuentra el fin de su camino en el cuerpo y la satisfacción autoerótica. Freud nos dice que esto sucede en la esquizofrenia. En ningún paciente con psicosis infantil he podido escuchar algún delirio que indique megalomanía, por lo tanto, es justificado decir que la libido se intensifica exclusivamente en el cuerpo y su satisfacción autoerótica. En 1915 (pág. 2080);

Freud dirá que el suponer el desligamiento de la libido de los objetos en la esquizofrenia no es del todo correcta, ya que mantiene investida las representaciones verbales, de hecho, el síntoma esquizofrénico es por sustitución de las representaciones verbales, a diferencia de la histeria, donde la sustitución es a partir de las representaciones visuales. A diferencia, en la psicosis del niño, por lo menos la fase de daño profundo, se caracteriza por la carencia total del lenguaje¹¹; es decir, no existe en este estado investidura de las representaciones verbales; ya antes hemos señalado la naturaleza asimbólica que predomina en la psicosis del niño, en el transcurso de la enfermedad algunos emitirán algunas palabras, otros nunca hablarán ni compensarán su deficiencia con otra habilidad comunicativa. Aquellos que llegarán a investir las palabras tendrán un uso muy peculiar y que es tan común en estos estados, el habla se limita a la ecolalia. Un uso del habla que más bien es una forma de satisfacción autoerótica. Así, no hay forma de restituir la investidura de la libido hacia los objetos, porque no hay huellas de los objetos en la psique del sujeto. Algunos sujetos con esquizofrenia viven su enfermedad por episodios; me refiero a que algunos pueden mostrar ausencia de síntomas por un tiempo, para recaer a la enfermedad más tarde. Estos estados de lucidez, o de contacto con la realidad, nunca han sido presenciados en los sujetos con psicosis infantil, quienes muestran una enfermedad siempre constante.

De acuerdo con Freud, la estructura de la psicosis se sustenta en la desestimación de la castración. Ya se ha observado, en la pluma de otros autores, que el niño psicótico se encuentra en un Edipo precoz; de acuerdo con el análisis que Klein hace de Dick, esto es lo que impide la formación de símbolos. Los casos que se presentan en este trabajo, nos muestran claramente como el incesto no está prohibido en los padres del niño psicótico, ocupando los protagonistas una situación extremista, en el sentido del amor y del odio, que incluso llega a borrar la existencia de uno de ellos.

¹¹ Cuando digo lenguaje me refiero no exclusivamente al uso del habla, sino a cualquier medio de comunicación.

En las manifestaciones Edípicas que hemos abordado en el caso de la psicosis infantil, se utiliza la palabra “coloca” cuando se dice que el padre “coloca” a su esposa en la posición de su madre. Esto con la intención de señalar que el Edipo es revivido no únicamente por uno de los padres; sino que ellos mismos se empujan para ser colocados en los lugares Edípicos; es decir, el padre empuja a su esposa a que ocupe el lugar de su madre, mientras que su esposa empuja al padre a que se coloque en el lugar de su propio hijo. Esto puede significar que para que el niño acceda a la psicosis se requiere que él y sus padres ocupen lugares específicos que permitan una congruencia Edípica: el hijo que accede a su madre y el hijo fruto del incesto.

En el caso V, el niño encuentra satisfacción en su madre, en su objeto primario, y no hay un tercero que prohíba esa satisfacción; así, la libido no busca sustitutos para su satisfacción, no tiene necesidad de ello. Por esto no accede a una estructura neurótica, más bien parece anclado en una estructura perversa. Pero aquí, el niño no accede a las identificaciones que conformen un yo: la imagen del cuerpo y la identificación resolutive (ese que está allí no soy yo). Son conocidos esos casos donde el niño psicótico no puede estar separado de la madre, ya que ello genera angustia en el niño; madre e hijo se comportan como si fueran un todo.

En el caso E, el niño se enfrenta a la prohibición de acceso a su madre, en una etapa en que le es necesaria dicha satisfacción, ya que para el lactante existe una endeble diferencia entre la satisfacción libidinal y los instintos de autoconservación. Es despojado por su padre de la fuente de vida, entonces, se enfrenta a la desesperación, la angustia, el horror de saberse inválido y pronto a la aniquilación. Ya Malher ha señalado que algunas psicosis surgen inmediatamente posteriores a la depresión, de allí los inicios del término “Depresión psicótica”.

En el caso J, el niño llega a un lugar vacío de erotismo y de cualquier otra moción; el lugar que el debería ocupar es ocupado por su padre, quién sería su

hermano. El niño es inexistente ante los deseos de los padres. No hay nada para que ese niño se pueda constituirse como sujeto neurótico.

Los padres de los niños psicóticos que he observado no son ni más ni menos enfermos que la población en general. En la mayoría no he observado antecedentes de psicosis ni de retraso mental; los padres de los casos son neuróticos. La desestimación no los alienó a ellos, pero sí hizo síntoma en el hijo. En este sentido, puede comprenderse la imagen del cuerpo fragmentado o la angustia por perder una parte del cuerpo como una reivindicación de la castración del padre. La idea de que el psiquismo de los padres puede ser extensivo a los hijos no es del todo errónea; en el caso Juanito, Freud nos dice que los padres deseaban educar a Juanito con la mínima coerción posible, dejándole que él sólo se formara (1909; pág. 1366), lo que puede traducirse en una existencia con el mínimo de leyes posibles, y así, Juanito a sus cuatro años, tiene problemas con la ley del padre.

Para la madre, el hecho de dar a luz, de separar una parte de su cuerpo en el acto del parto, puede recordar la castración, y denegarla cuando dice que no quiere soltar a su hijo, es decir, separarlo de su propio cuerpo; o ya después de nacido, aún lo mantiene como parte de su propio cuerpo. En síntesis, la desestimación de los padres forma el síntoma del cuerpo fragmentado en el niño. Así, se ve privado del fundamento para constituir una entidad *yoica* que le permita el desarrollo psíquico.

El camino que va desde el incesto a la estructura psicótica del niño debe ser abordado desde las fases preedípicas del niño. La primera forma de incesto que se ha señalado, donde el niño encuentra satisfacción plena a con la madre, y ésta no da lugar para un intruso (el padre), es bien conocida por los seguidores de Lacan, y representa el modelo del psicoanálisis Francés para la psicosis adulta. De acuerdo con Freud (1931; pág. 3085), la renuncia del sujeto a su primer objeto de amor, lo cual le permitirá entrar posteriormente en el Edipo, es permitida por los

celos de los hermanos y por la naturaleza ambivalente del instinto del niño hacia su madre. Recordando el caso Dick, existe en estos niños una contención del sadismo. La madre debe aportar espacios para la no gratificación al pequeño enamorado favoreciendo así su desilusión y su acceso a la ambivalencia, la cual, muy probablemente es producida por los terceros intrusos, pero a los cuales la madre debe dar lugar.

Este modelo preedípico puede ser también sustento para el caso E. que hemos señalado. Sólo que aquí la madre si da oportunidad para introducir un tercero, pero el instinto de muerte del padre es tan intenso que separa a la madre y al hijo de un tajo. Así el niño es privado del objeto antes de que pueda hacer virajes a otros objetos. El caso J. es el extremo de este modelo preedípico. La madre mantiene toda su libido en el objeto incestuoso y no destina sino el único cuidado para la sobrevivencia orgánica del niño, sin procurar su satisfacción.

En síntesis, la desestimación de los padres, a través de la transferencia a con el hijo, produce la no separación de la libido a con el objeto materno, o la produce abruptamente, no permitiendo el desarrollo libidinal. Por otra parte, la desestimación deja al hijo sin un lugar, aniquilado como posible intruso entre el incesto de los padres.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA. 1977. *Psiquiatría Infantil*. Ed. Masson: España.
- ASPERGER, H. 1944. *Autistic Psychopathy in childhood*. Translated and annotated by Uta Frith (Versión inglesa). Uta Frith. 1984. *Autism and syndrome de Asperger*. Ed. Uta Frith.
- ATTWOOD, Tony. 1998. *Asperger's Síndrome. A guide for parents and professionals*. Ed. Jessica Kingley Publishers: Londres.
- BENDER. 1968. Theory and treatment of childhood schizophrenia. *Acta paedopsychiatrica*. 34: 298-307.
- BERNABEI y CAMAIONI. 2001. Developmental profile and regression in a child with autism: a single case study. *Autism*. September; 5 (3): 287-297.
- CASTANEDO, Celedonio. 1999. *Deficiencia mental. Aspectos teóricos y tratamiento*. Ed. CCS: Madrid.
- CORRI. 2002. Relation of childhood gastrointestinal disorder to autism: nested case-control study using data from the UK general practice research database. *BMJ*. August. 24; 325 (7361): 419-421.
- FREUD. 1893. C) El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar). *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo 1. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1894. Neuropsicosis de defensa. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo 1. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1894[1895]. Obsesiones y fobias. Su mecanismo psíquico y su etiología. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo 1. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1895. G) Psicoterapia de la histeria. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo 1. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1909. Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso «Juanito»). *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1910 [1911]. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito. *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo 2. Biblioteca Nueva.

- FREUD. 1914 [1918]. Historia de una neurosis infantil (caso del hombre de los lobos). Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1914. Introducción al narcisismo. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1915. Lo Inconsciente. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1915-1917 [1916-1917]. Vías de formación de síntomas. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1922 [1923]. Psicoanálisis y teoría de la libido. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 3. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1924. La disolución del complejo de Edipo. Obras completas de Sigmund Freud. Tomo 3. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1925. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 3. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1901 [1905]. Análisis fragmentario de una histeria. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 1. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1909. Análisis de un caso de neurosis obsesiva. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 2. Ed. Biblioteca Nueva.
- FREUD. 1931. Sobre la sexualidad femenina. Obras Completas de Sigmund Freud. Tomo 3. Ed. Biblioteca Nueva.
- GRAY y TONGE. 2001. Are there early features of autism in infants and preschool children? J Paediatr Child Health. Jun; 37 (3): 221-226.
- JOHN. 2003. Intestinal pathophysiology in autism. Experimental Biology and Medicine. 228: 639-649.
- KANNER. 1943. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child, vol. 2.
- KANNER. 1965. Infantile autism and the schizophrenias. Behavioral Science. Oct; 10 (4):412-20.
- KLEIN. 1930. La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. Ed. Paidós.
- KLIN. 2003. Asperger's Syndrome. Revista Brasileira de Psiquiatria. 25 (2): 103-9.

KNIVSBER, REICHELT, NODLAND. 2001. Reports on dietary intervention in autistic disorder. *Nutritional Neuroscience*. 4 (1): 25-37.

LEFORT, Rosine; LEFORT, Robert et al. 1971. *Psicosis infantil*. Ediciones Nueva Visión.

MARTÍNEZ-BERMEJO y POLANCO. 2002. Neuropsychological changes in coeliac disease. *Revista de Neurología*. Febrero; 34 (1): 24-33.

MELTZER, Donald; BREMNER, John; HOXTER, Shirley; WEDDEL, Dorren y WITTENBERG, ISCA. 1975. *Exploración del autismo. Un estudio psicoanalítico*. Ed. Paidós.

MILWARD, FERRITER, CALVER y CONNELL-JONES. 2004. Gluten and casein free diets for autistic spectrum disorder. *Cochrane database of systematic reviews*. (2): CD003498.

MUTTER, NAUMMAN, SCHNEIDER, WALACH y HALEY. 2005. Mercury and autism: accelerating evidence? *Neuro Endocrinol Lett*. October; 26 (5): 439-46.

PALUSZNY, María. 1987. *Autismo*. Ed. Trillas: México.

POWERS, Michael. 1999. *Niños autistas*. Ed. Trillas: México.

SHAW. 1998. *Tratamientos biológicos del autismo*. Ed. Great Plains Laboratory: Estados Unidos de América.

SMEETH, COOK, FOMBONNE, y otros. 2004. Rate of first recorder diagnosis of autism and other pervasive developmental disorders in United Kingdom general practice, 1988 to 2001. *BMC Medicine*. November; 9: 2-39.

TUSTIN, Frances. 1972. *Autismo y psicosis infantiles*. Ed. Paidós.

TUSTIN, Frances. 1981. *Estados autísticos en los niños*. Ed. Paidós.

WING. 1981. Asperger Syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*. 11, p. 115-129.

WING, Lorna. 1998. *El autismo en niños y adultos*. Ed. Paidós: Buenos Aires.

WING, Lorna. 2000. Catatonia in autistic spectrum disorders. *British Journal of psychiatry*. 176, 357-362.

WINNICOTT, Donald. 1951. *Objetos y fenómenos transicionales. Estudio de la primera posesión no yo*. *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Ed. Barcelona: España.