



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología Clínica

Para una genealogía del autismo. Una lectura foucaultiana de la nosología del autismo.

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestría en Psicología Clínica

Presenta:

Elsa María Herrera Díaz

Dirigido por:

Dr. Luis Tamayo Pérez

Dr. Luis Tamayo Pérez

Presidente

Dr. Carlos Gerardo Galindo Pérez

Secretario

Dra. María Laura Sandoval Aboytes

Vocal





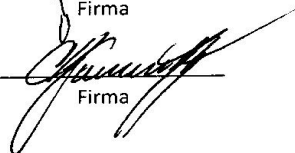
Dra. Gabriela Ordaz Guzmán

Suplente

Mtro. Luis Ángel Aguado Hernández

Suplente

Dr. Luis Enrique Puente Garnica
Director de la Facultad


Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
México, Querétaro, Qro.
Septiembre 2015

RESUMEN

Según diversas estadísticas, los casos de autismo se presentan con cada vez mayor frecuencia en el mundo, al grado de que podría considerársele una epidemia e incluso una pandemia. Y eso es terrible pues el autismo lastima y desestructura familias enteras, ocasionando que los padres y madres de los niños autistas busquen desesperadamente una salida a tan grave situación. Y mientras esto ocurre, la literatura científica presenta informes de lo más diversos y contradictorios respecto al denominado *espectro autista*: desde aquellos que lo consideran un fraude, es decir, una noción carente de referencia clara, hasta aquellos para los cuales es una noción tan evidente que hasta puede identificarse la causa genética. En el presente trabajo se hará un recorrido desde el panorama bioquímico con Andreas Kalcker que plantea al autismo como una *toxicidad parasitaria*, el área neurológica-clínica y psiquiátrica, hasta el campo “psi”, donde notamos al *autismo* vinculado con la psicosis o, al menos, muy cerca de la psicosis. Con personajes como Eugen Bleuler, el psiquiatra que en el siglo XX introdujo el término, como una característica de la esquizofrenia. Años después Leo Kanner, lo separa de la psicosis y lo establece como un síndrome diferente, el *autismo infantil precoz*. Muy poco después Hans Asperger habla de una *psicopatía autista* claramente separada de la esquizofrenia. Bruno Bettelheim, un brillante discípulo de Freud, para quien las madres de los niños autistas eran “frías como refrigeradores. Desde una visión genealógica, se presentan los diversos discursos entorno al autismo desde ámbitos sociales, las neurociencias, psicologías, nutriólogías hasta el discurso cotidiano, en la radio, televisión, internet, en la misma calle y familia, y en todos ellos son evidentes las discontinuidades discursivas que suscita el fenómeno, lo cual muestra que el mismo discurso de poder (desde la perspectiva foucaultiana) está en todas partes, y que todos formamos parte de él y lo alimentamos. Con ello podemos decir, también, que la ciencia y la teoría no están sólo en los laboratorios o en las universidades sino que permean todo, estamos empapados de ellas, es decir, nos constituyen.

(Palabras clave: autismo, genealogía, discursos)

ABSTRACT

According to various statistics, cases of autism occur with increasing frequency in the world, to the degree that he could be considered an epidemic and even a pandemic. And that's terrible because autism pity and unbalances entire families, causing the parents and mothers of autistic children desperately looking for a way out of this grave situation. And while this is happening, the scientific literature reports of the most diverse and contradictory with respect to the so-called autistic spectrum - from those who consider him a fraud, that is to say, a notion which lacks clear reference to those for which it is a notion so evident that until you can identify the genetic cause. In the present work there will be a tour from the panorama biochemist with Andreas Kalcker that it poses to the autism as a parasitic toxicity, the area neuro-psychiatric clinic and, until the field "psi", where we have noticed the autism linked to psychosis or, at least, very close to the psychosis. With characters as Eugen Bleuler, the psychiatrist in the twentieth century introduced the term, as a feature of schizophrenia. Years after Leo Kanner, separating it from the psychosis and sets it as a distinct syndrome, the early infantile autism. Very shortly after Hans Asperger spoke of a autistic psychopathy clearly separate from the schizophrenia. Bruno Bettelheim, a brilliant disciple of Freud, for whom the mothers of children with autism were "cold as refrigerators". From a genealogical vision, presents the various speeches around the autism from social areas, the neurosciences, psychologies, nutritionist until the daily discourse, on the radio, television, internet, on the same street and family, and in all of them are obvious the discursive discontinuities that raises the phenomenon, which shows that the same discourse of power (since the Foucaultian perspective) is everywhere, and that we are all part of him and are nourished. With this we can say, also, that the science and theory are not only in laboratories or universities but that permeate everything, we are saturated with them, that is, we are constituted.

(Key Words: autism, genealogy, speeches)

A la Familia Bot

INDICE

INTRODUCCIÓN	6
PRIMERA PARTE	
Capítulo 1: Estudiar genealógicamente al autismo	11
Capítulo 2	
La mirada según Foucault y las miradas sobre el autismo.	15
Conclusiones	26
SEGUNDA PARTE	
El autismo en el ámbito psi (psiquiatría, psicología, psicoanálisis)	
Introducción	27
Capítulo 3	
Las causas del autismo	31
3.1 Teorías organicistas	42
3.2 Teorías socio-ambientales	50
3.3 Teorías psicoanalíticas	52
Capítulo 4	
Tratamiento y cura del autismo	59
4.1 Concepciones eclécticas (médico-conductuales)	59
4.2 Concepciones conductuales	60
4.3 Concepciones alternativas	66
4.4 Concepciones psicoanalíticas	67
Capítulo 5	
Testimonios	74
-Entrevista con la Psicoanalista Ana María Fabre del Rivero	84
Capítulo 6	
Conclusiones	89
Referencias y Bibliografía	95

INTRODUCCIÓN

No hay una sino múltiples realidades

J. Lacan¹

El 6 de julio del 2007 el diario *La Jornada* hacía del conocimiento público una alerta internacional: el autismo se presenta con cada vez mayor frecuencia en el mundo desarrollado, al grado de que incluso podría considerársele una epidemia.²

Bebés que no siguen a sus mamás con la mirada. Cuando las tienen cerca, tampoco las ven a los ojos. Parece que están sordos. La mayor parte del tiempo mantienen sus rostros serios. Así son los niños con autismo, tercer trastorno mental más común en la infancia, cuyo diagnóstico y tratamiento en México sólo es posible obtener en una institución pública y algunas privadas.

Son innumerables las investigaciones científicas que ubican el origen de esa enfermedad como falla de los cromosomas cinco y 15, aunque nada se puede afirmar con exactitud, explicó Jorge Escotto Morett, presidente de la Asociación Mexicana para el Estudio del Autismo y otros Trastornos del Desarrollo (Autismex). (...) El autismo no se cura. A lo máximo que pueden aspirar los papás de niños que padecen ese mal es a que sus hijos logren ser autosuficientes en su cuidado personal. Si sus condiciones neurológicas lo permiten, en la edad adulta podrán desempeñar alguna actividad u oficio y tener cierta independencia económica. (...) Algunas investigaciones científicas estiman que hay un caso por cada 500 o 600 individuos, lo cual significaría que en México existen alrededor de 40 mil. Aunque en el más reciente Congreso internacional de investigación en autismo, celebrado en el Distrito Federal del 5 al 7 de julio pasado, los especialistas aseguraron que existe uno por cada 165 personas.³

Y tal “autismo” es una epidemia terrible pues desestructura familias enteras. Casi al mismo tiempo, la literatura científica presentaba informes de lo más diversos y

¹ Lacan, Jacques, “Simbólico, Imaginario, Real. Conferencia del 8 de julio de 1953”, *La nave de los locos* 7, México, 1984.

² La Clínica Mexicana del Autismo (CLIMA) calcula que existe un niño autista por cada 150 nacimientos, lo que indica que el problema es más frecuente que el cáncer infantil, la diabetes y el sida (*La jornada*, 6.7.2007).

³ Cruz Martínez, Ángeles, “El autismo es el tercer trastorno mental más común en los niños”, *La Jornada*, 2.12.2007.

contradictorios respecto al denominado “espectro autista”: desde aquellos que lo consideraban simplemente un fraude, es decir, una noción carente de referencia clara, hasta aquellos para los cuales era una noción tan evidente que hasta podía buscársele la causa genética.

Indican los investigadores de la historia de la psiquiatría⁴ que el vocablo “autismo” (del griego αὐτός: sí mismo) fue introducido a principios del Siglo XX por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler, como característica central de la esquizofrenia. Años después Leo Kanner desarrolló el concepto de manera independiente de la esquizofrenia y por tal razón el Journal of Autism and Childhood Schizophrenia (fundado en 1971) se convirtió, en 1979, en el Journal of Autism and Developmental Disorders. Los niños que sufrían dicho “autismo” comportaban tres características básicas: déficit del lenguaje, déficit en la capacidad para establecer relaciones sociales y obsesión por el orden. Muy pronto el concepto fue aceptado por la comunidad psi y comenzó no sólo a diagnosticársele con frecuencia sino a establecer tratamientos específicos para él.

Sin embargo, como antes indicamos, dado que la noción de autismo definía solamente una serie de cualidades fenoménicas no tardó en generar problemas. Como veremos más adelante, y sólo para poner un ejemplo, para algunos especialistas del asunto (Kanner, Bettelheim, Doltó) las madres de los autistas eran “frías como refrigeradores” y por ende responsables en alguna medida de lo que ocurría a sus hijos, mientras que para otros, el papel de los padres era simplemente irrelevante. Podrían ser increíblemente cariñosos y, sin embargo, dado que el autismo era un problema genético o causado por un factor ambiental (vacunas, sustancias contaminantes), podía ocurrir que ocurriese un niño autista en su familia. Asimismo, para algunos autores el autismo era incurable mientras que otros daban cuenta de curaciones razonables, extrañas o milagrosas. Esas experiencias opuestas generaron dudas respecto a la claridad de la definición del concepto.

⁴ Schreibman, Laura, *The Science and Fiction of autism*, Harvard, 2005.

En este estudio revisaremos cuidadosamente tales contraposiciones y lo haremos siguiendo el enfoque abierto por Michel Foucault, la genealogía del concepto, esa que –según indica en su estudio sobre la moral en Nietzsche–⁵ no se preocupa por el origen de las ideas o valores ni intenta construir un desarrollo lineal sino simplemente mostrar las fuentes diversas de las nociones en juego, las cuales derivan de la contraposición de relaciones de poder.

La genealogía de Foucault “deconstruye la verdad” y por ende muestra el carácter relativo de ella. Tal genealogía deriva de la aplicación del “método arqueológico”, el cual sostiene que las diversas “epistemes” (o “formaciones discursivas”, es decir una manera muy cercana a lo que la tradición denomina “Weltanschauungen”: concepciones de mundo) poseen reglas implícitas, las cuales no son conscientes ni lógicas y sin embargo modelan los discursos. El método arqueológico desentraña los elementos nimios presentes en las diversas *epistemes* y a partir de ellos establece sentidos antes insospechados.

Y al poner el énfasis en los elementos nimios, el método arqueológico abre la posibilidad de la existencia de los diversos “puntos de vista”. Bien sabemos que en este mundo no se puede negar la existencia de las cosas pero también debemos saber que nuestro punto de vista sobre ellas no es el único válido o posible, existen también otros puntos de vista que también se generan a partir de eso que llamamos *hechos* o *fenómenos*, y afirmar uno u otro punto de vista tiene consecuencias. Y al hablar de consecuencias nos referimos a aquellas que derivan del uso de los conceptos y, sobretodo, cuando a alguno de ellos se le considera irrefutable e inmóvil. Es por ello que, con Foucault, podemos preguntarnos: ¿Será que el conocimiento del mundo se genera en el momento mismo de la interacción con la realidad? Y, por lo tanto, como todos interactuamos de maneras distintas con ella... es evidente que tendremos diversas maneras de conocer al mundo y no habría ninguna que, necesariamente, tuviese preponderancia sobre las demás o que debiese ser considerada a priori como correcta o, como dice mucha gente, como la “normal” (sin darse cuenta de

⁵ Foucault, M. *Nietzsche, La genealogía, la historia*, Ed. Pre-textos, España: 2000

que lo “normal” no define sino los elementos más comunes al interior de una curva de Gauss).

El ámbito de la clasificación reposa, sin embargo, en una normalización⁶ y tal es su función dentro de la cultura (científica, epistemológica, clínica, metodológica), es decir, culmina en una especie de juicio de valor que aprueba determinadas posiciones y califica como “anormales”, es decir, como “incorrectas”, todas las demás. Ese afán normalizador ha sido fuertemente cuestionado y criticado por muchos pensadores, Foucault entre ellos.⁷ Y dicho tema, aplicado a la noción del autismo, despierta muchos cuestionamientos e interrogantes respecto a su validez y sus fundamentos teóricos.

En el presente trabajo revisaremos el *término, concepto, fenómeno, trastorno o espectro* llamado *autismo* el cual juega un papel destacado en las comunidades tanto educativa, clínica, médica, psicológica, psiquiátrica e incluso en cierto “psicoanálisis”.

Ponemos entre paréntesis este último ámbito pues con Bernard Casanova y Luis Tamayo no podemos sino cuestionar al afán clasificador de donde deriva la noción de autismo como una “inyección de psiquiatría” al interior del psicoanálisis:⁸

Es de todos conocido que el modelo epistémico de la nosología psiquiátrica corresponde al modelo de las ciencias naturales, es decir, al modelo taxonómico propio de tales ciencias.

De cabo a rabo la nosología psiquiátrica surge del anhelo de clasificar a esos entes denominados “locos” y que tan extraños resultan en particular a aquellos que, por no haber incursionado en el psicoanálisis, no se han permitido mirarse a sí mismos. De tal manera, desde Hipócrates hasta los compiladores del DSM-IV, (pasando por nosólogos de la estatura de Kraepelin, Kretschmer, Jaspers, Serieux y Capgras y de Clérambault, entre muchos otros), la psiquiatría nos ha

⁶ Cfr. El Capítulo 1, “Clasificar en psiquiatría”, en Braunstein, N., *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis*, Siglo XXI, México, 1980.

⁷ Foucault, M., *Los Anormales*, Texto del Informe del curso de 1974-1975 dictado por Michel Foucault en el College de France, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006.

⁸ Tamayo, L., La voz del analista, una de las voces del analizante, en *Carta psicoanalítica 4*.

ofrecido clasificaciones muy variadas de la locura. Han aparecido y desaparecido vocablos: “vesánicos”, “paranoicos”, “hebefrénicos”, “ciclotímicos”, “fronterizos”, etc.; algunos otros, incluso, sólo se han transformado: los “ciclotímicos” ahora se llaman “bipolares”, los “melancólicos” se denominan “trastornos depresivos”, etc.

Es de resaltar que todas esas clasificaciones están basadas en categorías perceptibles. La nosología psiquiátrica categoriza a los locos por lo que les ve hacer o por lo que les escucha. Aún no se logra, sino de manera muy pobre e insatisfactoria (al grado de que algunos psiquiatras como el Dr. José Guimón,⁹ lo consideran imposible), establecer una clasificación génica de la locura.¹⁰ Para el Dr. Guimón la locura es “multigénica”, lo cual significa que no hay un gen responsable de cada cuadro psicopatológico. Si esto se demuestra exacto la nosología psiquiátrica estaría condenada a la carencia de un fundamento preciso.¹¹

En este estudio, por tanto, inicialmente indicaremos, en la Primera parte (Capítulos 1 y 2), algunos elementos clave que nos servirán como base en la aplicación del método genealógico a la noción de autismo. La segunda parte (Capítulos 3, 4 y 5) versarán sobre el autismo tal y como es manejado en el ámbito psi (psiquiatría, psicología y psicoanálisis), estudiando no solo su manera de definirlo sino las hipótesis sobre sus causas, los tratamientos propuestos para el “trastorno” y algunos testimonios de los afectados y terapeutas. Finalmente, en el capítulo 6, plantearemos una serie de conclusiones que permitan a aquellos que trabajan en el ámbito de la clínica de infantes orientarse de mejor manera ante el fenómeno.

⁹ Psiquiatra español. miembro de la Organización Mundial de la Salud.

¹⁰ La revista *Nature* de agosto del 2008 incluye un artículo donde investigadores de la Universidad de Columbia apuntan que es muy presumible que el gen 22 sea clave para la generación de la esquizofrenia y, por ende, que en el futuro se contará con la terapia génica de tales trastornos. En el caso de que tal afirmación sea válida, la cuestión es ¿cuál será el costo psíquico que implicará la dependencia de tales fármacos? ¿qué se perderá del sujeto cuando le sustraigan lo que “cae” con él, es decir, su síntoma? (No olvidemos lo que enseña la etimología griega del vocablo síntoma: *sin* —con— y *pipto* —caer: el síntoma es lo que “cae” conmigo, lo que “acaece” conmigo, por ello, como decía Lacan: “no hay que quitar un síntoma demasiado pronto”).

¹¹ Tamayo, L. No hay nosología psicoanalítica, *Revista Gran Diván 1*, Taller de Investigaciones Psicoanalíticas, México, 2015 (en prensa).

Primera parte

Capítulo 1. Estudiar genealógicamente al autismo

Como antes indicamos, lo primero a aclarar es que en este estudio no se hará una descripción, ni tampoco se buscará la esencia más nítida y verdadera de la cosa (del autismo). Mucho menos se tratará de seguir un método de investigación meramente cronológico tratando de buscar objetivamente los hechos “empíricos”, “verídicos” o “científicos” para demostrar y arribar “progresivamente” a la “correcta” noción del autismo en la actualidad. Tampoco calificaremos los distintos diagnósticos clínicos o teorías o discursos circundantes sobre el autismo como buenos o malos ni propondremos un nuevo diagnóstico o una nueva propuesta terapéutica.

Por el contrario, lo que, siguiendo a Foucault, pretendemos hacer es realizar un esbozo genealógico del autismo, es decir, buscar los disparates, los elementos absurdos, los desatinos o las contraposiciones presentes en dicha noción, así como sus continuidades, algo muy parecido a lo que en algún momento Kuhn¹² expuso en su estudio acerca de las revoluciones científicas, esa manera nueva de entender la historia de la ciencia, una que mostraba que eran los diversos paradigmas los que *hacían visible* uno u otro fenómeno. Dicha historia marcaba sus diferencias respecto a la historia común, es decir, de aquella historia lineal que solamente sumaba conocimientos y pretendía mostrar un progreso continuo, una especie de evolución del conocimiento desde el pasado hasta el presente. Al contrario, para Kuhn la ciencia no es progresiva ni acumulativa, sino que presenta cortes, rupturas no necesariamente racionales, es por eso que señala que la historia de la ciencia no es sino la del cambio de los paradigmas. Foucault, sin embargo, da un paso más allá en cuanto a esta nueva concepción de historia, e inspirado en Nietzsche nos dice acerca de la genealogía que:

¹² Kuhn, Thomas, *Estructura de las revoluciones científicas*, FCE, Octava reimpresión, Argentina: 2004

“... no será jamás partir de la búsqueda de su “origen”, despreciando como inaccesibles todos los episodios de la historia; será, al contrario, insistir en las meticulosidades y azares de los comienzos; prestar una atención escrupulosa a su irrisoria mezquindad; prepararse a verlos surgir, al fin sin máscaras, con la cara de lo otro...”¹³

Luego entonces, al realizar estudios genealógicos al estilo foucaultiano se deberá indagar en las luchas continuas, en los detalles, en aquello por lo que el historiador común no se interesa y que, además, le estorba para su descripción. Según Foucault no se trata solamente de acumular miles de conocimientos y teorías y vaciarlos en una cubeta para llenarla, sino que se trata más bien de actuar como se hace con un rompecabezas, apreciar la totalidad confusa e intentar apreciar las relaciones y los vacíos.

En este estudio, por tanto, se pondrá el énfasis y el interés en todo aquello problemático, contradictorio, azaroso del discurso en torno al autismo, a los diferentes ámbitos que se han visto involucrados y que nos develarán su genealogía.

El trabajo genealógico, indica Foucault¹⁴ implica la búsqueda de la *procedencia que no fundamenta*, esa que, al contrario, agita lo que se percibía inmóvil, fragmenta lo que se pensaba unido; muestra la heterogeneidad de lo que imaginábamos conforme a sí mismo. Es decir, se buscará con una mirada no científica, no con la positivista de lo completo e irrompible, esa que piensa al “autismo” como algo ya dado e inmóvil, sino por el contrario, desde nuestra mirada lo tomaremos como una cosa llena de discursos, prácticas, debilidades, enfrentamientos, disciplinas y todo un contexto social que lo rodea. La historia será *efectiva* en la medida en que introduzca lo discontinuo en el mismo ser...Y lo haremos de esta manera porque, como bien indica Foucault, el saber no está hecho para comprender, está hecho para *zanjar*¹⁵. Al respecto indica Foucault:

¹³Foucault, M., *Los Anormales*, Texto del Informe del curso de 1974-1975 dictado por Michel Foucault en el College de France, Ed. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2006. (p.23)

¹⁴ *Ibidem* (p.29)

¹⁵ *Ibidem* (pp. 51,52)

El sentido histórico tiene también el poder de invertir la relación de lo próximo y lo lejano tal como lo establece la historia tradicional, en su fidelidad a la obediencia metafísica...La historia efectiva, por el contrario, dirige sus miradas hacia lo más próximo-(...)-; indaga las decadencias; y si afronta las épocas lejanas es con la sospecha -no rencorosa sino jovial- de un hormigueo bárbaro e inconfesable. No teme mirar hacia abajo. Pero mira desde arriba- abismándose para captar las perspectivas, desplegar las dispersiones y las diferencias, dejar a cada cosa su medida y su intensidad.¹⁶

Así pues, tendremos que partir del presente, de lo que se piensa actualmente acerca del autismo, pero sin hacer un seguimiento cronológico, sino mirando a partir del conjunto de los discursos y prácticas actuales para, desde ahí, poder “mirar hacia abajo” , es decir, captar todo aquello, que le antecede y que de alguna manera apoyará la indagación sobre su genealogía. Dejaremos, por ende, hablar a los diversos discursos sobre el autismo, colocándonos desde una mirada lo más desprejuiciada posible, lo cual nos llevará probablemente a muchos ámbitos del saber y sucesos fortuitos que no guardan ninguna finalidad, en contraposición de la idea disciplinar histórica que fortalece las relaciones de poder.

La genealogía foucaultiana tampoco busca el destino, ese que en la Grecia clásica radicaba en el *Telos*, en una finalidad prescrita para cada dios y cada hombre. Dice Foucault que las cosas suceden y que es la genealogía la que se encarga de mostrarlas... pero, a diferencia de la historia, la genealogía no pretende buscar una relación única, absoluta ni final de los acontecimientos, pues evita discriminar entre los acontecimientos importantes y los nimios o banales (aparentemente banales, o mejor, banales para un determinado punto de vista).

Todo esto da como resultado un ámbito que no solamente entrelaza la historia¹⁷ con muy diversos ámbitos del saber, sino que, además, problematiza todo movimiento que se base en institucionalizar “la verdad”, sea, en el caso que aquí nos ocupa, la verdad en torno al autismo o a la normativización.

¹⁶ *Ídem*

¹⁷ Entendida como búsqueda de origen y causas a partir de éste.

El método genealógico aplicado al autismo intentará encontrar todas aquellas aberturas, todos aquellos vacíos, del fenómeno referido. Tendremos también que encontrar los vínculos del autismo con otras estructuras ya clasificadas en el ámbito del saber médico y hacer un análisis comparativo con tales “enfermedades” (como la esquizofrenia antes referida) para evidenciar las modificaciones y los distintos ámbitos en donde se han dado, además de las teorías y los diferentes combates teóricos referente a ellos y no sólo en el ámbito clínico, sino también en el plano educativo, social, familiar e incluso político.

Capítulo 2. La mirada según Foucault y las miradas sobre el autismo

Al abrir la enorme mayoría de los estudios sobre el autismo parece que el fenómeno está claramente establecido ¿Por qué problematizar algo que muchos ya lo han definido, “estudiado” y “comprendido”?

Sin duda esta pregunta nos lleva a muchos más cuestionamientos y sobre todo nos traslada y nos obliga a retomar uno de los elementos más importantes en la obra de Michel Foucault, a saber, el tema de la “mirada”. Cuestión ampliamente trabajada por Sartre¹⁸ e incluso por Fédier.¹⁹

Como menciona Michel Foucault (2004), la mirada tiene que ver con discursos que establecen una lucha singular, un enfrentamiento, una relación de poder, una batalla de discursos y al interior de los discursos.

El tema del “autismo” ha sido ya revisado y vuelto a revisar por innumerables médicos, psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos o simplemente por las personas afectadas o interesadas (padres, parientes, amigos de autistas) los cuales han querido plasmar en palabras sus cualidades y naturaleza y que, por supuesto, han dado pie a múltiples discusiones y comentarios en muchos ámbitos del saber y decir cotidiano.

Y cuando se consideran tales miradas, miradas que “se dicen” en ámbitos tanto escolares, médicos, psicológicos o sociales, se revela que el autismo ni es algo ya dado e inmóvil, sino por el contrario, es una cosa tejida de manera contradictoria en muy diversos discursos, prácticas, enfrentamientos conceptuales, disciplinas y en todo el contexto social que los rodea.

Al respecto afirma Raquel Capurro, parafraseando a Foucault:

Se despliega el análisis del cuerpo, convertido no sólo en lugar de síntomas que conciernen a la medicina, sino en un terreno en donde operan las relaciones de poder que lo marcan, lo domesticar, lo

¹⁸ Cfr. el Capítulo 6 de *El Ser y la nada* de Jean-Paul Sartre (Alianza Editorial, México, 1980).

¹⁹ F. Fédier, *Regarder voir*, Seuil, Paris, 1990.

*torturan, lo someten a trabajos y ceremoniales con el objetivo de fabricar, a la vez, un cuerpo productivo y sometido*²⁰

Para Foucault la mirada deriva de discursos, es decir, el discurso es performativo, *hace al sujeto* y no inversamente. En ese sentido, el autismo, el autista, es producto de todo un andamiaje de discursos, de relaciones de poder-saber, de teorías y decires comunes, así como de acontecimientos sociales.

Foucault avanza estas ideas poco a poco en *El nacimiento de la clínica*, estudio que comienza diciendo: *Este libro trata del espacio, del lenguaje y de la muerte, trata de la mirada*²¹. Con ello coloca pues, en un primer lugar el *espacio*, es decir, el lugar donde está el objeto, la cosa –el enfermo– y, desde luego, todo aquello que lo rodea (contexto social, discursos); y en segundo lugar el *lenguaje*, es decir, el discurso de lo que se ve, lo que se percibe y es nombrado, por ejemplo, se denomina al fenómeno que nos atañe no sólo como “autismo” sino de múltiples formas: Esquizofrenia infantil, Psicosis infantil, Síndrome de Asperger, Síndrome de Kanner. Dependiendo de cada una de las denominaciones se *miran*, se perciben *diferentes* objetos.

Acto seguido, Foucault indica en el estudio antes referido la enorme diferencia que existe en la definición de la histeria según Pomme y Bayle. No es la misma histeria la definida a mediados del siglo XVIII por Pomme, esa que ocurría porque la afectada tomaba baños “excesivos”, que la descrita por Bayle cien años después como “meningitis crónica”, entre ellas hay un cambio total. Un cambio que no sólo se podría llamar de tipo estilístico, es decir, no solo es solamente una forma diversa de llamar a las cosas. En el caso de Bayle se ha dejado de lado ese carácter imaginativo, mítico, y pleno de discursos aproximativos establecido por Pomme para establecer un discurso supuestamente más exacto, el propio de una medicina positiva, a saber, la mirada deriva de la manera como se enuncian las

²⁰ Capurro, Raquel, *Del sexo y su sombra. “Misterioso hermafrodita” de Michel Foucault*, Epeeel, México:2004 (p.22)

²¹ Foucault, Michel. *“El nacimiento de la clínica”. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México: 2007 (p.1)

cosas. Y aquí vale la pena preguntarnos: ¿cómo influye la mirada en la construcción de un concepto, de eso que se nombra e incluso de la manera en cómo se nombra?

Indica Foucault²², que el espacio donde el médico trabaja, no ha desaparecido, sino que ha sido desplazado, es decir, los instrumentos, los anteojos con que son vistos y mediante los cuales son construidos los fenómenos, encierran la singularidad del enfermo del lado de la región de los síntomas subjetivos, todo lo cual define para el médico no ya el modo del conocimiento, sino el mundo de los objetos por conocer.

Ese mundo de objetos por conocer es aquello que indica y define el lenguaje subjetivo, discurso del paciente acerca de su síntoma y de su sentir. Luego entonces, el saber del médico y el sufrimiento del enfermo, convergen en un vínculo mucho más complejo, pues aquél discurso subjetivo del paciente es de alguna manera reducido al discurso objetivo del médico, basado ahora en su mirada positiva. Sufrimiento y saber que han sido distribuidos de nuevo en el espacio donde se cruzan los cuerpos y las miradas²³. Podríamos pensar en éste momento al médico como una especie de lector asiduo del discurso mismo del paciente, mientras que el paciente estaría inserto en ése discurso metafórico acerca de las dolencias de su cuerpo, el cual es nombrado por el médico.

¿A partir de qué, ese discurso imaginativo se ha convertido en racional? ¿Hasta qué grado la semántica revela ese cambio de mirada?

Para comprender cuándo se ha producido la mutación del discurso, sin duda es menester interrogar algo más que los contenidos temáticos o las modalidades lógicas, y recurrir a esta región en la cual las “cosas” y las “palabras” no están aún separadas, allá donde aún se pertenecen, al nivel del lenguaje, manera de ver y manera de decir. Será menester poner en duda la distribución originaria de lo visible y de lo invisible, en la medida en que ésta está ligada a la división de lo que se enuncia y de

²² *ídem*

²³ *Ibidem* (p. 3)

*lo que se calla: entonces aparecerá, en una figura única, la articulación del lenguaje médico y de su objeto.*²⁴

Es donde las “cosas” y las “palabras” aún no están separadas, donde son una para la otra,²⁵ donde lo que dice el médico y su objeto forman algo unificado y único. Entonces: ¿cuándo se da ésta rotunda separación entre lo visible y lo invisible? ¿Qué lugar ocuparía aquello que se nombra, en éste caso, el autismo?

De suerte que es en el siglo de la medicina moderna donde hay una reorganización a partir de lo percibido que cambia y donde surge ese más allá de lo enunciable y visible, es decir, aquello invisible, aquello que está fuera del dominio de la palabra médica. A estas nuevas formas médicas, nuevas formas de percibir, le precede un primer acercamiento concreto y directo con el cuerpo, para luego, abrir el espacio de la experiencia para dominar a la palabra a través de la mirada atenta.

A fines del siglo XVIII, ver consiste en dejar a la experiencia su mayor opacidad corporal²⁶, es decir, supondría que en las cosas mismas está la verdad, por lo que para encontrarla sólo sería necesaria la concentración de la mirada en la especificidad del cuerpo mismo. La mirada sería capaz de encontrar la verdad que está ya en ese objeto, en el cuerpo del sujeto. De este modo, este discurso racional da origen al dominio y al límite de la experiencia, es decir, a aquella división entre lo que se puede y no se puede ver... aunque de lo que tal vez sí se puede decir algo.

Y aquí podemos hacernos una pregunta esencial: ¿cómo podríamos pensar la mirada clínica actual en torno al autismo?

En razón de la pregunta anterior, no está de más reflexionar con base en lo que Foucault nos enseña cuando nos dice que la mirada no es ya reductora, sino

²⁴ *Ibidem* (p. 4)

²⁵ Cfr. Foucault, M., *Las palabras y las cosas*, Cap. 1, FCE, México, 1980.

²⁶ Foucault, Michel. “*El nacimiento de la clínica*”. *Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México: 2007 (p.7)

fundadora del individuo en su calidad irreductible²⁷. Es por eso que existe un “lenguaje racional” y el discurso no es el sujeto mismo, ni tampoco pertenece al mismo, sino que el discurso hace al sujeto. Es esto, indica Foucault, lo que abre la *experiencia clínica*. Experiencia clínica que sin duda debemos ligar fuertemente a todo aquello que tiene que ver con el autismo –el tema que nos ocupa–, pues es esa experiencia clínica la que devela todos los avatares de poder que hay detrás. Por esta razón, es que podemos argüir que hay una tarea clínica infinita, una clínica que no acepta sus propios límites y que al mismo tiempo a través de ese trabajo ilimitado, crea al nombrar al objeto, al sujeto clínico.

En la actualidad se ha construido un discurso casi inacabable acerca del autismo, pues siempre hay algo que decir de lo que ya se ha dicho, ya sea repitiéndolo de otra forma o construyendo algo “nuevo” gracias a ello. Trabajo ilimitado, que ha llevado al autismo a constituirse en otro objeto-sujeto de estudio, colocado en muy diversos ámbitos y donde han sobrevenido un sinnúmero de investigaciones acerca del mismo, estudios que sin duda ponen en alto el supuesto avance de la ciencia. Algunos de ellos, son los efectuados por las áreas neurobiológicas, psiquiátrico-médicas, como lo veremos más adelante, que han puesto un gran empeño en encontrar ese “algo” tangible y observable en el cuerpo.

Es así que el médico y el enfermo están, indica Foucault, en una situación común, pero no recíproca. El médico “trata” de tener una idea objetiva acerca del otro, del enfermo y “ nombra” algo derivado de su observación, ya no es como en aquel primer acercamiento en donde se abría el cuerpo para mirar sus cualidades, ahora la observación es más sutil y se superpone al sujeto mismo como si se tratase de una lámina. Aventurándonos un poco podríamos conjeturar que en la actualidad el DSM-IV-R, es como una guía para diagnosticar, una especie de resonancia magnética u otro análisis de laboratorio.

En la actualidad, dado que a todo se le pone nombre, ya no se trata de obtener una idea objetiva del otro, del enfermo, sino que se trata más de un acercamiento a la propia certeza de que se conoce la cosa, es decir, a la afirmación de que se

²⁷ *Ibidem* (p. 8)

conoce al sujeto y a sus complejidades (a pesar de todos los impedimentos evidentes) y de que se es capaz de traspasar todo aquello invisible, aquello que otros piensan como inalcanzable. Gracias a ello, ahora “todo” sería cognoscible y clasificable.

Ahora bien, no podemos dejar de preguntarnos: ¿Se conoce todo acerca del autismo? ¿Es posible tener una idea objetiva del autista, como lo pretende la psiquiatría, por ejemplo?

Esta forma de ver médica es una mirada similar a una lupa que, aplicada a las diferentes partes de un objeto, hace aún notar en él partes que no se percibían sin el uso de ella ²⁸. Lupa, que podríamos equiparar tal vez con todos los artefactos científicos utilizados hoy en día para encontrar aquello que ha impedido al sujeto ser “normal”.

Asimismo, Foucault indica que hay una primera mirada que ayuda a la organización de las enfermedades mediante una especie de jerarquización, por ejemplo, entre géneros, especies, etc. Después ocurre una segunda mirada que tiene como propósito localizar en el cuerpo aquello dañado, aquello patológico, pero ahora con una mirada clínica, aparentemente con mayor y mejor campo de visibilidad.

El paso de una mirada a otra establece para Foucault un nuevo posicionamiento entre el significante y significado, que estructura la experiencia médica. En la primera mirada operaría la pregunta ¿dónde le duele? Ahí la observación directa sigue jugando un papel esencial. En la segunda mirada habría un cambio radical, porque ya no hay tanto interés por el sujeto enfermo, sino por la enfermedad misma y por supuesto por los síntomas y signos que la componen. Esta mirada culmina en un: “yo sé lo que Usted tiene”, “yo nombro lo que tiene” y, al final, “Sufre de autismo”.

²⁸ *Ibidem* (p.33)

Habría que pensar en qué sentido estas miradas realmente se sostienen en el caso del autismo, pues si pensamos en la primera mirada, la derivada del decir del enfermo no aplica en el caso del autismo. Muchos de los denominados autistas no pueden decir dónde les duele ni qué es lo que sienten. Bajo ésta lógica, en un primer momento la palabra del enfermo, palabra que es interpretada médicamente, no sería la común y tal vez ¿tendríamos que referirnos en el caso del autismo, quizá, a otro tipo de lenguaje, a otro tipo de expresión?

La segunda mirada, en cambio, la propia de aquél que nombra, que diagnostica, se aplicaría de manera mucho más simple pues sólo quedaría en éstos casos “mostrar” aquello que denota “enfermedad”, “mostrar” lo que le ocurre a ese otro que no habla “normalmente”, que balbucea, que se encuentra ensimismado, etc., en fin toda una serie de interpretaciones que vendrían del especialista. Sería como una especie de lectura del cuerpo, tomando quizá a lo que se “mira o escucha” del mismo autista como meras pruebas de que está enfermo, es decir, como síntomas.

Luego entonces, ésta mirada coloca al médico en cierto lugar con referencia al enfermo; pero ¿en el mundo autista (por llamarlo de alguna forma) sólo estaría involucrado el médico?

Es importante preguntarnos lo anterior por la sencilla razón de que es aquello de lo que precisamente nos habla Foucault acerca del poder en “Los anormales”. Según Foucault en toda enfermedad, y sobretodo en las comprendidas en el campo “psi” (psicología, psiquiatría, psicoanálisis), está involucrado lo social, familiar o escolar. Es ahí donde se construyen, donde se han construido y se siguen construyendo toda esta serie de anclajes teóricos, escolares y familiares que han hecho al autista mismo: al sujeto “autista”.

A partir de entonces, la mirada influye a tal grado que indica el lugar donde el médico se encuentra, el momento de nombrar y el momento de su intervención. Foucault nos indica acerca del funcionamiento ideal de la mirada que:

La mirada que observa no manifiesta sus virtudes sino en un doble silencio: el relativo, de las teorías, de las imaginaciones y de todo lo que forma un obstáculo a lo inmediato sensible; y el absoluto, de todo lenguaje que sería anterior al de lo visible. Sobre el espesor de ese doble silencio, las cosas vistas pueden al fin ser entendidas, y entendidas por el mero hecho de que son vistas²⁹.

Lo anterior nos hace pensar acerca de aquella certeza del conocimiento de las enfermedades, de los objetos de estudio, de la cosa, del sujeto mismo, pues aquel doble silenciamiento, aquella mirada ideal, difícilmente podría suceder. ¿Quién podría despojarse absolutamente de todos sus pensamientos, imaginaciones y teorías, dentro de la observación de un enfermo? Y más aún: ¿Quién podría despojarse de todo lenguaje anterior a todo aquello que se ve, a través de la mirada misma? Todo esto reside en la creencia de la transparencia y utilización de la mirada como único instrumento, una mirada libre, correlativa del propio acto de la visión.

Con lo anterior, podríamos pensar con el llamado cuadro clínico tan utilizado hace ya bastante tiempo, que el sujeto sólo es como una especie de acertijo compuesto por un montón de signos que sólo se deben adivinar y así finalmente colocar el nombre, la enfermedad al sujeto, o también con la infinita búsqueda de las causas observables, tangibles del autismo, por ejemplo: según el especialista británico Simón Baron Cohen, el autismo podría ser el resultado de un exceso de testosterona durante el desarrollo fetal, lo que induciría un desarrollo asimétrico del hemisferio derecho versus el hemisferio izquierdo. Aquí, indudablemente hay un problema entre lo que se ve y lo que se dice, ya que eso que se nombra y que se articula en la palabra, que se agrupa en las distintas categorías de las enfermedades, tiene un gran impedimento: la imposibilidad de abarcar el fenómeno o la cosa misma como real, como total, como universal, luego entonces, lo absurdo sería pretender hacerlo, como se hace actualmente con instrumentos médicos como el DSM-IVR, tema que trataremos más adelante.

Tenemos que tener en cuenta que todos aquellos datos científicos, médicos, que se enuncian hoy en día en este mundo sobrepoblado de nomenclaturas, tiene

²⁹ *Ibidem* (p.156)

mucho que ver con lo que Foucault (1966) llama *dispositivos de poder*, es decir, aquellos saberes científicos y médicos son discursos enunciados “con efectos de verdad y poder.” De suerte que contaríamos aquí con una relación entre verdad y discurso, aquello que se dice, que se publica en libros por los científicos, por los psicólogos, médicos, neurólogos, tiene un efecto en la sociedad y ese efecto del que se habla es todo aquello que sabemos sobre el autismo en la actualidad. Es por eso que es muy importante, tener estas ideas en cuenta al realizar nuestra investigación, pues, siguiendo el método foucaultiano, no pretendemos saber cuál es el más verdadero ni cuál el más cercano, sino sólo vislumbrar el terreno discursivo donde estamos parados, entrever esos efectos del discurso, y poder quizá pensarlos como en algún momento Foucault (1966) llamó (refiriéndose al discurso judicial y médico) como *lo grotesco del poder*. Al respecto Foucault escribe:

*(...) se trata de manifestar patente la inevitabilidad del poder, la imposibilidad de eludirlo, que puede funcionar precisamente en todo su rigor y en el límite extremo de su racionalidad violenta, aun cuando esté en manos de alguien que resulta efectivamente descalificado. (...) En su límite extremo, donde se asigna el derecho de matar*³⁰.

Hay en existencia un sinnúmero de discursos acerca del autismo en los cuales que no importa quién los enuncie (sean psicólogos, psicoanalistas, médicos, charlatanes, brujos, etc.), en todos ellos el uso del poder siempre será inevitable, ineludible, pues siempre se producirá algo, en éste caso autistas y demás trastornos “claros y evidentes”. Estaríamos hablando de muchos “sujetos de saber” de esos a los que hace muy bien mención Lacan, sujetos que detentan un saber, un saber sobre las cosas. Y a los que, acto seguido, los demás les suponen el saber. Y el poder. De suerte que, no estamos aquí hablando de cualquier poder, sino sólo de aquel poder del que habla Foucault, poder que no se sitúa en alguna parte específica, en algún grupo de personas ni mucho menos en una, sino que es algo que escapa a nuestros ojos porque permea todo.

Es en *Los anormales*, donde Foucault despliega estas ideas, un libro dedicado especialmente a los fuera de lugar, los excluidos, raros, a los enfermos de una

³⁰ *Ibidem* (p. 27)

sociedad y que de alguna forma y al mismo tiempo son excluidos pero se enraízan de manera febril a su mundo e influyen de manera determinante en él. Debemos mencionar que Foucault alude en esta obra a tres tipos de anormales: el primero es el “monstruo judicial”, el segundo “el pequeño masturbador” y por último “el indisciplinado”. Cada uno de ellos tiene, según Foucault una relación muy particular tanto con el saber como con el poder, cuyas implicaciones se verán reflejadas y permeadas por completo en toda práctica social. Aquí, como se ha mencionado, nos abocaremos más a lo referente al tema del autismo, pues es éste el que está presente, como muchos otros, en muchas aseveraciones teóricas en cuanto a la clasificación de las enfermedades en muchos ámbitos del saber, no sólo en la medicina, sino en la sociedad misma que hace uso de sus conceptos.

Podríamos decir que todo habla, todo dice algo, todo intenta controlar, en el sentido de que no sólo las palabras, sino también los lugares y las cosas en derredor develan ahora, tal como en los siglos XVII y XVIII, el supuesto peligro al cual conduce el uso del cuerpo en el placer, en la masturbación. Parafraseando a Foucault, es donde nadie habla de ello donde todo habla de ello. Así es como comienzan a surgir libros, textos, folletos, investigaciones, institutos, etc., en donde se habla de todos aquellos fenómenos a los que se les ha asignado un nombre, y en ellos está incluido el autismo. Aunque hay que tener bien en cuenta que no podemos comparar a la masturbación con el autismo, sólo se intenta hacer un acercamiento (tal vez un poco arriesgado) de ésta relación de poder con sus efectos con la actualidad. Pues si bien, pudieron haber cambiado muchas cosas, y pudieron también haber descubierto muchas otras, siempre existe una *continuidad* detrás de aquello que parece tan diferente.

¿Podríamos pensar a éste intento de clasificación, de ponerle nombre a todo, esta tarea del DSM-IVR entre muchos otros, como la prueba de que actualmente pasa algo similar de lo ocurrido en los siglos anteriores? ¿No estamos en la actualidad permeados de medicinas, comerciales, folletos, libros, modos saludables de vivir, de construir nuestras casas, de vigilar nuestra salud?

Pues bien, prosiguiendo con Foucault, en ése tiempo aparecían los médicos, colocándose la vestimenta de “salvadores” y como los dueños del “saber” frente a

esos males que sufría la sociedad. Y, en consecuencia, proliferaron toda una serie de discursos teóricos y prácticos para guiar a los padres acerca de cómo se debía cuidar o más bien vigilar y custodiar a sus hijos. Y aparece, indica Foucault:

*Entonces, por una parte, la fabulación científica de la enfermedad total; en segundo lugar, la codificación etiológica de la masturbación en las categorías nosográficas mejor establecidas; por último, organización, con la guía y la dirección de los propios médicos, de una especie de temática hipocondríaca, de somatización de los efectos de la masturbación, en el discurso, la existencia, las sensaciones, el cuerpo mismo del enfermo*³¹.

Esta escena que nos enseña Foucault es muy interesante pues nos muestra un acto que no sólo forma parte del discurso médico sino del todo social, asimismo –y esto es muy importante– ha construido un sujeto enfermo articulado perfectamente a dicha situación. Un sujeto que se vive como enfermo a causa de su masturbación y que realmente piensa que la causa de todos sus males es la masturbación y que por ende necesita de los médicos.

Nos encontramos aquí, con una “fabulación científica” como la llama Foucault, la cual invade todo el campo de las patologías, hasta la muerte misma. Pues como ahora hay campañas contra el “sida”, el “cáncer de mama”, el “papiloma” contra el “stress”, etc., en esa época y en los lugares referidos por Foucault había una “campaña antimasturbatoria”, una campaña en la que toda la sociedad burguesa participaba.

¿No estamos nosotros mismos en un callejón sin salida? En el intento continuo de quedar exentos de las enfermedades, de los trastornos, siempre caemos y somos nombrados como enfermos por alguien –médicos, psiquiatras, psicólogos– los cuales, en su afán clasificatorio no dejan títere con cabeza. Quizás habría que pensar de otra manera, que siempre hay algo que escapará a la ciencia, algo más de lo que no tenemos control alguno y de lo que constantemente somos presas. Foucault evidencia el poder del saber de la ciencia, de los científicos y médicos y lo considera un poder “ficticio” tomado por algunos cuantos (médicos, psiquiatras, gobernantes y más) y del cual, en realidad, ellos mismos son presa y producto.

³¹ *Ibidem* (p. 225)

Foucault denuncia que es ése poder el que ha constituido un espacio real, una realidad y a determinados sujetos: ¿Qué sujetos se han construido o existen en la actualidad? ¿Podemos nombrar al autista como uno de ellos?

Pues bien, como se mencionó anteriormente, antes de comenzar los diversos discursos del autismo, es importante reiterar que con esa revisión no pretendemos saber cuál de ellos es el más verdadero ni cuál el más pertinente sino sólo vislumbrar el terreno discursivo donde estamos parados, entrever esos efectos del discurso y poder de los que nos ha hablado Foucault.

Conclusiones

Siguiendo el modelo metodológico de Foucault, hacer una genealogía del autismo nos obliga a, primero, hacer una historia *eficaz* (como la denomina Foucault) a partir del discurso actual sobre el autismo y cómo es que las prácticas sociales pueden llegar a engendrar dominios de saber que no sólo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer, además, formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimiento.³² De tal manera revisaremos las variantes discursivas sobre el autismo en el ámbito psi-
-psicología, psiquiatría, psicoanálisis- indagando mucho más a fondo en éste último pues, según Foucault (1980), el psicoanálisis es la práctica que replanteó de la manera más fundamental la prioridad del sujeto, esa que se estableció en el pensamiento occidental a partir de Descartes. Psicoanálisis que, en la actualidad, sigue teniendo un papel importante y sobre todo un efecto discursivo sobre la sociedad. Finalmente resumiremos lo más relevante de tema, mostrando las transformaciones y los diferentes usos de la noción de autismo, así como las encrucijadas del mismo y, por supuesto, de su uso clínico.

³² Foucault, Michel, *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa. Barcelona:1991

Segunda parte. El autismo en el ámbito psi (psiquiatría, psicología, psicoanálisis).

Introducción

En la actualidad el autismo despierta, y ha despertado desde hace mucho tiempo, un gran interés. Producto de ello son las innumerables teorías, discursos del saber, prácticas clínicas, intentos de explicación e intentos de cura y tratamiento que hasta el momento han surgido. Sin embargo el éxito no siempre ha coronado los esfuerzos. Para explicarlo nos permitimos plantear la hipótesis de que, en que en la actualidad, el concepto de autismo ha tomado variedades y formas tan distintas, tanto clínica como teóricamente, que ha dado pie a innumerables fisuras y problemas teóricos. Desde nuestra lectura, el problema principal es que nos enfrentamos con una gran variedad fenómenos agrupados por un concepto –el de “autismo”– que no es precisamente claro. Y a pesar de esa falta de claridad se han generado una infinidad de “terapias” y “tratamientos” tanto médicos como psicológicos y psicoanalíticos, los cuales, de una u otra forma, han tenido una gran repercusión tanto teórica como clínica y social.

Es menester estudiar cuidadosamente todas las concepciones que tenemos en la actualidad de “autismo”: cómo se formaron, qué variaciones conceptuales han existido entre uno y otro autor a través del tiempo, a qué influencias estuvieron expuestos tales pensadores y de qué manera su posición teórica tiene influencia en las tendencias ideológicas de su tiempo ya que, muchas veces, los conceptos se vuelven tan ambiguos y amplios que caben muchas otras “afecciones” dentro del mismo.

Luego entonces, y una vez expuesto lo anterior, comenzaremos con una muestra de la gran variedad de discursos existentes en torno al autismo, no sin antes recordar la noticia publicada por *La Jornada* el 6 de julio de 2007, la cual planteó que en México hay un caso de autismo por cada ciento sesenta y cinco personas, es decir, el autismo es entonces el tercer trastorno mental más común en la infancia. ¡Hay más de cuarenta mil niños mexicanos con autismo! (no tomando en cuenta, dicen los expertos, todos aquellos casos que no son diagnosticados).

En nuestros días se habla del autismo en casi todos los ámbitos sociales, desde las neurociencias hasta el discurso cotidiano, en la radio, televisión, internet, en la misma calle y familia, y en todos ellos son evidentes las discontinuidades discursivas que suscita el fenómeno, lo cual muestra que el mismo discurso de poder está en todas partes, que todos formamos parte de él y lo alimentamos. Con ello podemos decir, también, que la ciencia y la teoría no están sólo en los laboratorios o en las universidades sino que permean todo, estamos empapados de ellas, es decir, nos constituyen.

En consecuencia, dirigiremos ahora nuestros reflectores a los discursos “psi”, esos que incluyen a la psicología, el psicoanálisis y a la psiquiatría, los cuales han tenido y tienen sin duda un papel importante en nuestra sociedad actual. Y que también han sido los principales dispositivos de poder para colocar los nuevos fenómenos “psi” en el mundo, por ejemplo, plantear a las diversas formas de locura como enfermedades, es decir, el nombramiento de todo aquello que no encaja con el estado “normal” que es impuesto como “insano” a la sociedad.

Es de gran importancia no olvidar que aunque se han separado estos discursos, ello sólo se debe a un fin metodológico, lo cual requiere este estudio para que tenga cierto orden y límites. No dejamos de recalcar, sin embargo, la imposibilidad de abarcar absolutamente todos los discursos, pues con ello estaríamos pensando que la realidad discursiva actual y presente, estaría estática, inmóvil y por lo tanto ya dada. Hechas estas consideraciones podemos ir con calma y recabar toda la información teórica y epistemológica. Sabemos de antemano que la realidad está “dada-dándose” y que nos obliga a trascender del plano teórico epistemológico para situarnos también en el plano político-social que nos enfrenta con lo actual del autismo, pero que también se ancla en esa constante reconstrucción teórica-epistemológica, obligándonos a un constante devenir que considera las distintas relaciones y posibles hechos conectados con el fenómeno y la genealogía del autismo y, por lo tanto, con los distintos mecanismos que constituyen a los sujetos y sus también distintas subjetividades. Dicho más brevemente: intentaremos nunca perder de vista que nos encontramos en una realidad compleja y en constante movimiento, y ahí reside la importancia de

delimitar el presente esbozo, pues éste estará sujeto a constante construcción y revisión.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos argüir que las cosas van cambiando con base en la tecnicidad del concepto y a la normatividad político cultural que domina cada momento, es decir, el significante “autismo”, bajo cierta lógica y mecanismos estructurales, es preso del lenguaje.

Ahora bien, dando cuenta de otro de los campos que sin duda no se han escapado de toda esta terminología y mecanismos normativos de la sociedad, nos dirigimos al campo “psi”. Para comenzar haremos la siguiente pregunta: ¿hasta qué grado es importante e influyente, nombrar a ese fenómeno de una o de otra manera? ¿Realmente ahí –en el nombrar algo de una o de otra manera– radicaría la diferencia o el problema?

Todo esto, sin duda, tiene que ver con el uso que se le da a esa palabra, pero –hay que aclararlo– no a la palabra misma, es decir, tal vez no importaría tanto si en lugar de autismo se le llamara con cualquier otra palabra, sino más bien, como mencionamos anteriormente, tendría que ver con el “uso” de la palabra, es decir, como aquello que denomina al fenómeno, enfermedad o trastorno, del cual la sociedad se ha apropiado... aunque también lo podríamos pensar de manera inversa y preguntarnos: ¿quién se apropia de quién?

Con respecto al *autismo*, concepto disciplinador y tan difícil de atrapar porque está en todos y en ningún lado al mismo tiempo, es decir, estamos hablando de algo que no está claro, que no pertenece a ningún lugar específico sino que está difuminado desde el discurso cotidiano hasta el discurso científico y, además, es puesto en evidencia en el cuerpo “autista” de miles de sujetos. Situación en la cual se evidencia la afirmación de Foucault de que estamos regidos por dispositivos de poder, todo lo cual nos lleva a colocar toda aquella gama de clasificaciones dentro del dispositivo psiquiátrico-médico y neuropatológico, para los cuales la explicación científica principal del fenómeno tiene su origen en el cerebro.

Para abordar de una manera un poco más sencilla los discursos sobre el autismo, es necesario que realicemos una división de los distintos discursos sobre el autismo en los diferentes ámbitos de conocimiento.

En primer lugar estudiaremos los discursos referentes a las posibles causas del autismo, provenientes sobre todo de campos científicos como la medicina (neurología, neuropediatría, psiquiatría), la psicología y el psicoanálisis.

En segundo lugar revisaremos los discursos acerca del posible tratamiento o cura del autismo: médicos, psicológicos, educativos, psicoanalíticos y sus variantes.

En tercer lugar expondremos algunos testimonios de los llamados autistas, así como de algunas personas o grupos que conviven o trabajan con ellos.

Finalmente, se tratará de elaborar un cierre temporal donde puedan contrastarse en forma general la variedad de discursos actuales sobre el autismo.

Capítulo 3. Las causas del autismo

Para incursionar en la génesis del autismo, recordaremos un poco la historia de la psiquiatría infantil de las últimas cuatro décadas del siglo XX. Leo Kanner, quien por cierto fue uno de los pioneros en utilizar el término de *autismo*, resume dicha historia de la siguiente manera:

1ª década. Divulgación de los trabajos psicométricos de Binet. Con S. Freud, aparecen las tendencias dinámicas en psiquiatría. Los juristas siguen estas orientaciones y se crean tribunales especiales de menores.

2ª década. Se abren los primeros centros de reeducación para delincuentes infantiles. Hogares para niños que están en peligro moral y escuelas especializadas en enseñanza individualizada.

3ª década. Se fundan centros de orientación infantil dirigidos por médicos, sociólogos y asistentes sociales que trabajan en equipo. Los educadores no piensan sólo en retraso intelectual y tratan de definir métodos educativos apropiados. Se organizan las primeras agrupaciones de padres de alumnos.

4ª década. Se establecen y generalizan métodos psicoterapéuticos, especialmente los basados en la interpretación de los juegos, según la doctrina freudiana.³³

En este pequeño esquema podemos entrever cómo socialmente se fue introduciendo al niño en el mundo de las enfermedades y de los trastornos e insertándolo como objeto de estudio, yendo así de lo educativo al mundo “psi”, es decir, al mundo de las enfermedades y de la locura. Algo que merece la atención mencionar aquí es la “responsabilidad” de los padres en el mal comportamiento o la “inadaptación” de su hijo, cuestión que como vemos, sigue vigente, aunque con ciertos matices, en la actualidad.

Ya en el siglo XIX con la institucionalización de la psiquiatría, Kahlbaum, Morel, Magnan, Kraepelin y otros, comenzaron a tratar de definir y describir los distintos

³³ Cecchi, V. *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles*, Lumen, Buenos Aires: 2005 (p.17)

tipos de psicosis.

Fue Bleuler quien abordó más profundamente el estado de las psicosis, tomando a la psicopatología para describir los síntomas fundamentales que formaban y caracterizaban en general a las psicosis. En esa época los psiquiatras hablaban de una única psicosis, la cual poseía tres características primordiales:

1) *La Spaltung de las funciones psíquicas en complejos independientes que comprometen la unidad de la personalidad, estando dominada ésta ya sea por uno u otro de tales complejos;*

2) *trastornos asociativos;*

3) *trastornos afectivos.*³⁴

Aquí podemos apreciar una de las primeras menciones de ese tan utilizado término en psicoanálisis, tanto en el psicoanálisis freudiano como en el lacaniano: la *Spaltung* que viene de la raíz griega Σχιζεῖν (skinzein) que fue traducida sobre todo por los traductores franceses como hispanohablantes como “escisión”, “disociación” o “dislocación”³⁵. La *Spaltung* según algunos psicoanalistas se refiere a esa escisión tan esencial en cada uno de los sujetos, que les hace sentirse como partidos, faltos, escindidos. En la concepción de Bleuler, esa *Spaltung* estaría ausente, o mejor, aparentemente ausente, en el sujeto psicótico (que se vive como completo).

Por su parte Bleuler, citado por Garrabé, menciona al autismo como “una lesión particular y completamente característica de la enfermedad, es la que concierne a la relación de la vida interior con el mundo exterior. La vida interior adquiere una predominancia morbosa (autismo)³⁶.” He aquí la forma en cómo Bleuler describe al autismo, precisamente como una característica muy particular de las esquizofrenias comparándolo teóricamente y clínicamente con algunos postulados que perneaban en su tiempo como el “autoerotismo” de Freud y con lo que Janet

³⁴ Garrabé, J., *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, México:1996 (p. 56)

³⁵ *Ibidém* (p. 56)

³⁶ Bleuler, E., Citado por Garrabé, J., *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, México:1996 (pp. 7-58)

llama “pérdida del sentido de la realidad”, ya que según él, en los esquizofrénicos habría hasta cierto punto una pérdida del sentido de la realidad, pero a diferencia de Janet, no completamente:

Los esquizofrénicos prueban cada vez que para ellos el sentido de la realidad no está perdido, que sólo está abolido relativamente por ciertos contactos.³⁷

Pues bien, he aquí un punto determinante para colocar al *autismo* dentro del discurso, pues es justamente después de esto, que Leo Kanner, un reconocido médico psiquiatra austriaco, quien, según la historia nos revela, “descubre” el autismo en el año de 1942. Ello marcaría el comienzo fantástico de la inclusión del autismo en el discurso teórico-práctico de la psiquiatría, lo cual se aprecia en el interés desmesurado de muchos otros estudiosos, el cual llega a permearse de manera desmedida casi todos los ámbitos del saber y le otorga un status en la actualidad.

Pues bien, a Kanner le debemos la primera descripción del autismo como algo diferente y separado de la esquizofrenia, así como también el primer estudio sistemático de la enfermedad:

*Los rasgos característicos consisten en una retirada profunda de todo contacto con personas, un deseo obsesivo de preservar la identidad, una relación muy hábil con los objetos, la retención de una fisionomía inteligente y pensativa, además de mutismo o de un tipo de lenguaje que no parece destinado a la comunicación interpersonal.*³⁸

Kanner, citado por Bettelheim, concebía a los niños autistas como principalmente constituidos por una incapacidad innata biológica, la cual les impedía establecer un contacto afectivo normal con las personas en comparación con los demás niños. Con respecto a ello, Kanner subraya entonces esta parte como una de las más cruciales e importantes para la constitución y el buen funcionamiento del

³⁷ Garrabé, J., *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, México:1996 (p.58)

³⁸Kanner, L., Citado por Bettelheim, B. (2001), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Paidós, Barcelona: 2001 (p.528)

psiquismo. Esto lo obliga por supuesto, a establecer una comparación descriptiva del autismo con la esquizofrenia descrita anteriormente por Bleuler que consideraba al mismo sólo como un síntoma secundario de la esquizofrenia, insistiendo que el autismo se refería más a una perturbación con la realidad. En 1950 Bleuler nos menciona:

Los esquizofrénicos más graves, que han perdido todo contacto con el mundo exterior, viven en un mundo propio. Se han encerrado con sus deseos y anhelos (que consideran realizados) o se ocupan en los pormenores o milagros de sus ideas persecutorias; se han aislado cuanto han podido de cualquier contacto con el mundo exterior. El apartamiento de la realidad, junto con el predominio relativo y absoluto de la vida interior, es lo que nosotros llamamos autismo.³⁹

De forma contraria Kanner (1943) coloca al autista como un sujeto que no conseguido entrar a la realidad, en cambio el esquizofrénico se ha retirado de ella:

En tanto que el esquizofrénico intenta solucionar su problema abandonando un mundo del que había formado parte y con el cual mantenía un contacto, nuestros niños llegan progresivamente al compromiso consistente en el tanteo prudente de un mundo en el cual han sido extraños desde el principio.⁴⁰

Aquí podemos ver un acercamiento con respecto a lo dicho por Freud en 1924 en *La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis* enfatizando las diferencias entre uno y otro teniendo la neurosis como base la *fantasía* y la psicosis el *delirio* que reconstruye en su totalidad el mundo exterior. Sin embargo, Leo Kanner no llega a este grado de comprensión, pues hay que recordar que él le atribuía a esta exclusión primordialmente a una causa orgánica, es decir, a una lesión innata que se mostraba y comprobaba en el comportamiento del niño.

La psicología también hace una comparación entre autismo y esquizofrenia tal como lo hace Kanner en relación a lo que mencionaba Bleuler anteriormente, pero

³⁹ *Ibidém* (p.529)

⁴⁰ *Ibidém* (p.530)

para la psicología en comparación con la psiquiatría, las diferencias radicarían en cuanto a la edad de comienzo, además de la historia familiar de cada una de ellas es diferente, fenomenológicamente en el autismo son raros los delirios así como las alucinaciones, también en cuanto a su evolución pues en la esquizofrenia existen períodos de normalidad mientras que en el autismo no.

El siguiente cuadro ilustra estas diferencias de manera esquemática:

AUTISMO

Incidencia: 4/5 x 10.000

Aparición temprana: primera infancia

Predisposición familiar: infrecuente

Fenomenología: ausencia o rara presencia de delirios y alucinaciones

Evolución: persistencia de autismo

Crisis epilépticas: frecuentes en ¼ población

ESQUIZOFRENIA

Incidencia: 8/10 x 10.000

Aparición tardía: adolescencia

Predisposición familiar: muy frecuente

Fenomenología: frecuentes delirios y alucinaciones

Evolución: cíclica con períodos de normalidad

Crisis epilépticas: infrecuentes

En cuanto al lenguaje del niño autista “no era un síntoma de lesión orgánica, sino la expresión significativa de la experiencia personal que tiene el niño del mundo”⁴¹ Posteriormente Kanner renuncia (aparentemente) acerca de esta idea acerca de que los autistas no establecen relación con los demás de forma tajante, sino que crean relaciones con objetos y con personas pero con la diferencia de que no lo hacen de la forma habitual.

Otro de los puntos cruciales en la teoría de Kanner es la que se refiere a las características de los padres de los autistas, en 1948 escribe:

*En el pasado de estos niños... los padres, abuelos y familiares colaterales aparecen muchos médicos, científicos, escritores, periodistas y artistas. No es fácil valorar el hecho de que todos nuestros pacientes provengan de padres muy inteligentes. De lo que estamos seguros es de que en la historia familiar solemos encontrar un síntoma obsesivo.*⁴²

⁴¹ *Ibidém* (p.531)

⁴² *Ibidém* (p.532)

Este tipo de explicación será desde luego muy recurrente sobre todo en el campo de las psicologías, muy bien lo vemos, por ejemplo, en el discurso actual, en el que algunas explicaciones sobre la génesis del autismo, se refiere a la herencia familiar, pero no biológica (como lo piensa Kanner) sino un poco más psicogenético, haciendo sobre todo referencia a la posición subjetiva de los padres respecto a los hijos, teniendo en cuenta cierto tipo de relaciones como las causantes de éste tipo de fenómenos. Un ejemplo muy claro de ello, es cómo la psicología conductista explica las características de los padres que provienen de familias neuróticas graves, que manifiestan rechazo consciente o inconsciente, frialdad ó sobreprotección así como híper-ansiedad y suelen ser excesivamente intelectuales, de nivel ocupacional muy alto refiriéndose a su profesión por ejemplo.

Hoy en día tenemos a la mano muchos estudios en autismo infantil por parte de los conductistas paralela a la historia de la psicopatología del desarrollo. Ahora bien, todos los esfuerzos por comprender al autismo en la actualidad dependen de los conceptos o principios que permean esa investigación un tanto “experimental”. Uno de los recursos que utilizan los psicólogos conductistas, son las investigaciones comparativas, es decir, grupos controlados en los que se compara cierto fenómeno y posteriormente se extraen de ellos ciertas afirmaciones. Pues bien, una de las explicaciones según algunos psicólogos conductistas radica en un déficit en las funciones de ejecución que consisten en aquellas operaciones mentales necesarias para una conducta dirigida a una meta tales como conductas de planificación y secuenciales, mantener un ajuste adecuado, comprobar la eficacia de las estrategias, e inhibir respuestas inadecuadas. Una serie de estudios han demostrado que los sujetos autistas de todos los niveles de desarrollo tienen dificultad en las funciones de ejecución, por ejemplo, esto se demuestra porque algunos niños autistas pequeños tienen más problemas con las tareas de alternancia y tareas en las que tienen que cambiar

claves que los niños deficientes mentales del mismo nivel de desarrollo.⁴³ Aquí sigue existiendo una explicación visible de lo que pasaría en el cerebro del niño, es decir, hay algo que falla en él y prueba de ello es su comportamiento.

Aunque por otro lado también podemos encontrar cierta continuidad con lo que Kanner decía acerca de esta génesis biologicista con esta tendencia a querer encontrar en el cerebro, en el SNC (sistema nervioso central) por parte de los neurólogos todas las respuestas al comportamiento humano. No podemos dejar de ver, por ejemplo esta continuidad discursiva puesta en escena con los neuropsicólogos que han colocado su foco de estudio e interés en el cerebro, manteniendo esta relación con la psiquiatría focalizándolo por ejemplo en el tálamo y el estriado.

Ahora una pequeña reflexión sobre el autismo: ¿construido o biológico?

¿Realmente se padece la enfermedad o el fenómeno autismo? ó ¿eso no sería más que un constructo inventado por los psiquiatras?

A lo largo del tiempo nos hemos dado cuenta de que existen enfermedades *transitorias*, es decir, enfermedades que sólo aparecen en cierto tiempo y lugar determinado que nos llevaría a preguntarnos si éstas estarían relacionadas con la cultura de esas épocas y lugares. “El ejemplo clásico de la histeria en Francia de finales del siglo XIX. Está también la personalidad múltiple en la Norteamérica reciente. Está la anorexia- de la que pueden llegar a morir las chicas jóvenes-, que está bastante localizada a través de su historia: en el momento actual es más virulenta en Argentina que en cualquier otro sitio.”⁴⁴

Ahora bien, Hacking al hablar de la enfermedad mental, menciona la existencia de una constante renegociación de la noción de realidad es interesante este concepto porque abre la visión de las cosas, al haber una renegociación de la realidad, es muy difícil que exista algo concreto, inmóvil, pasivo, sería más bien

⁴³ Sigman, M. (1993). *Departamentos de Psicología y Psiquiatría. Universidad de California Los Angeles*. Recuperado el 03 de Junio de 2009.

⁴⁴ Hacking, Ian (2001). *¿La construcción social de qué?*, Paidós, Barcelona: 2001 (pp.169,170)

algo que va surgiendo en cada momento y que está en constante cambio. En el autista, se supone la existencia de una realidad distinta a la nuestra, una realidad inexistente, suena un tanto contradictorio, pero así se le nombra entre líneas, él como sujeto autista ve la realidad distinta, distorsionada, evadiendo así el contacto con ella; pero como se podría hablar de realidades distintas cuando ni siquiera el concepto de realidad es algo fijo, cuando ni siquiera el concepto de la “realidad normal” está definido claramente, solo es una noción que se ha catalogado como imperante. Como nos dice Foucault (1980) al hablar de la polivalencia de los discursos, que los efectos del discurso dependerán de quien lo diga, así como su posición y su contexto constitucional pero que aun así esta posición no esta determinada, puede cambiar.

En una interesante reflexión, Hacking examina enfermedades como la esquizofrenia y el retraso mental, diciendo que si bien el nombre “esquizofrenia” no fue inventado hasta 1908, habría quien diría que la esquizofrenia a pesar de ello, es una condición “real”, por otro lado otros dirían que son constructos sociales. Con mucha frecuencia las discusiones se plantean expresamente como: X es real- No, X es construido.⁴⁵ Pues bien, Hacking cuestiona éstos dos términos: lo “real” y lo “construido”.

Nos dice que en el contexto de la enfermedad, durante los últimos dos siglos, hemos estado renegociando nuestra noción de realidad, un ejemplo actual y muy claro de esto es que hoy en día la mayoría de los investigadores consideran que en el fondo la esquizofrenia es un trastorno bioquímico, neurológico o genético y en mucho casos una combinación extraña de las tres. Y por otro lado, algunos otros investigadores piensan que la esquizofrenia ha sido socialmente construida, es decir, como una especie de “control social” (tendencia para darle explicación a casi todo lo que pasa hoy en día, por ejemplo hace poco con el fenómeno de la *influenza AH1N1*). Es importante mencionar que aquí no se piensa calificar como bueno o malo unas u otras posturas sino más bien ilustrar de alguna manera éste espacio de discursos aparentemente diferentes que existen hoy.

⁴⁵ *Ibidem* (p. 170)

No obstante- nos dice Hacking- esta distinción básica oculta un problema muy difícil. La dificultad está en que las ideas *interactúan* a menudo con estados, condiciones, conductas, acciones e individuos. Recordemos el bien conocido libro de Philippe Ariès *Centuries of Childhood*. A raíz de ese libro, la infancia ha sido llamada un constructo social. Alguna gente quiere decir que la idea de la infancia (y todo lo que implica) ha sido construida. Otros quieren decir que un cierto estado de una persona, o incluso un período de la vida de un ser humano, un lapso concreto, ha sido construido. Algunos pensadores pueden incluso querer decir que los niños, tal como existen hoy, son construidos. Los estados, las condiciones, las etapas del desarrollo y los mismos niños son objetos del mundo, no ideas.⁴⁶

Ciertamente, en base a lo anterior, podríamos arriesgar una primera reflexión: sin duda los niños no son los mismos que hace 100 años, también podríamos decir, que desde que Sigmund Freud llamó a los niños como *perversos polimorfos*, como seres *sexuados* hizo que se tomaran distintas medidas entorno a ellos y por lo tanto también la proliferación o emergencia de distintos comportamientos.

Pero ahora, viendo esto del lado de los fenómenos actuales tan recurrentes y diagnosticados hoy como: niños hiperactivos, niños con déficit de atención, niños autistas: ¿son diferentes a los de hace un siglo?

Pues bien, lo anterior es importante de reflexionar, pues acerca del autismo, como se ha visto en los párrafos anteriores, hay innumerables teorías acerca de la génesis, una de ellas es la concerniente a la relación problemática entre la madre y el hijo en un período decisivo de la maduración del niño. Pero sin duda, no podemos negar que en la actualidad, una de las tendencias teóricas que están en boga es la referente a la investigación cognitiva, la psicología cognitiva. Ellos colocan al niño autista en una serie de déficits lingüísticos y de otras clases (descrito anteriormente) que en resumidas cuentas carecen según los conductistas, de una “teoría de la mente”. Nos dice Hacking:

⁴⁶ *Ibidem* (p. 172)

“Un sencillo e ingeniosos experimento sugerido originalmente por los filósofos ha engendrado toda una producción experimental. Esto ocurre con frecuencia en psicología, donde las nuevas ideas experimentales son tan poco frecuentes y tan difíciles de inventar como las demostraciones matemáticas o los trucos de magia realmente nuevos... Así, leemos frase como ésta: “El retraso mental no es algo que tengas, como los ojos azules o un corazón en mal estado”, “El autismo es la forma como son las personas”, más que, “una cosa que las personas tienen”.⁴⁷

Obviamente, lo que estamos viendo aquí es otra cara del autismo, es decir, pensar al autismo posiblemente como algo construido o no, como algo realmente existente en la naturaleza del hombre o no...

Comenzaremos por colocar a lo “psi” dentro de dos tipos de discursos con respecto a la génesis del autismo. La primera de ellas nos habla de un *origen orgánico* que son las teorías que sostienen que el autismo puede transmitirse genéticamente y que se desencadenará por ciertos factores ambientales. Uno de los ejemplos más recurrentes de estos factores orgánicos son: los factores prenatales y perinatales como pueden ser las infecciones, la rubéola, la alimentación materna, la desnutrición, las drogas, los traumatismos, las encefalopatías, etc. Es en éste primer grupo de psicologías donde la base neurológica estaría pues muy influenciada para la explicación de fenómenos como el autismo.

En el segundo grupo tenemos aquellos discursos “psi” que estarían mucho más cargados a un origen emocional, es decir, esta *perturbación* tendría que ver con alteraciones del entorno, recalcando sobre todo las relaciones con los padres como: las características *psicógenas* especialmente relacionado con los padres o situaciones “traumáticas” como los problemas familiares (divorcio, violencia familiar, abandono, muerte, etc.)

Comenzando con el discurso psiquiátrico, cuya influencia se ve reflejada a través de la historia en las diferentes prácticas que aún en la actualidad persisten de formas distintas, como por ejemplo con la forma de tratar a los pacientes

⁴⁷ *Ibidem* (pp.191-198)

afectados: se ha ido de los famosos electroshock a una forma mucho más sutil de conseguir el mismo efecto por medio de sedantes.

Sabemos que la psiquiatría infantil tuvo que esperar algunos años después del surgimiento de la psiquiatría, entre toda una gama de expresiones pedagógicas, tal como nos lo hace ver Velleda Cecchi: “Esto se debe a que los niños eran considerados *seres a educar*. Las dificultades en este aprendizaje desde el comportamiento social hasta la escolaridad, eran pensadas como obstáculos en este proceso y que el mismo proceso debería restañar. Tomar al niño como persona, con sentimientos, conflictos, perturbaciones emocionales, era y es resistido por los adultos.”⁴⁸

Una diferencia muy notoria en relación a la manera de ver al niño y por lo tanto a la manera de tratarlo en la actualidad sería la sobre- preocupación de saber “¡qué tienen nuestros hijos!”, es decir, esa incesante búsqueda de dar con una explicación científico- psicológica llegando la mayoría de las veces a su objetivo principal que es el diagnóstico, respondiendo y dando una explicación a las distintas conductas “anormales” que no encajan con la demanda social colocándoles segundos nombres como: DCM (la disfunción cerebral mínima) o el tan conocido y puesto en boga el ADD (el trastorno por déficit de atención), así como muchas otras puestas en el *mercado* diagnóstico, millones para elegir, así que podríamos decir que hay una, por lo menos que encajaría casi a la perfección con cada uno de los niños sobre todo de la ciudad que, socialmente, estarían mucho más cercanos a toda esta gama de nombramientos y modernidades teóricas de tratamiento, dicho de otra manera, más modernizados.

Estudiemos ahora esas concepciones con detalle.

⁴⁸ Cecchi, V. (2005). *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles*, Lumen, Buenos Aires:2005 (p.16)

3.1 Teorías organicistas

En el mundo de la ciencia (neurología, psiquiatría, genética, neuropsiquiatría, entre otras) en los últimos años han sobrevenido un sinnúmero de investigaciones acerca del autismo, estudios que sin duda ponen en alto el avance de la ciencia. Algunos de los más importantes de ellos, son los efectuados por las áreas neurobiológicas y psiquiátricas-médicas, que han puesto empeño en encontrar ese “algo” tangible observable en el cuerpo.

En torno a ello, muchos neurólogos y neuropsiquiatras han realizado estudios a autistas, siguiendo este esfuerzo por localizar en el cuerpo el daño o las anomalías. Respecto a ello, la mayoría sugiere un origen multifactorial que implica factores neuroanatómicos, neurobioquímicos y genéticos. Poniendo el énfasis, cada uno de ellos, en alguna o algunas partes específicas del cuerpo del autista, teniendo casi todos ellos, como principal área de indagación el cerebro.

Es así que algunos de los estudios más recientes en el área médica, adjudican principalmente anomalías en el Sistema Nervioso Central (SNC), así como disfunciones que tienen que ver con alguna parte específica del cerebro como en las estructuras corticales y subcorticales, otros como Omritz y Courshesne lo relacionan con el cerebelo, troncoencéfalo, tálamo y estriado. Alternativamente, DeLong, Heltzer y Griffin proponen una disfunción de las estructuras temporales mediales, trazando paralelismos entre los síndromes amnésicos, de Klüver- Bucy y el autismo. Damasio y Maurer dicen que gira en torno a una disfunción de las estructuras diana de las proyecciones mesencefálicas dopaminérgicas, es decir, córtex mesolímbico mesial frontal y temporal, cerebroestriado y los núcleos anterior y medial del tálamo. Por otro lado, Deonna y colaboradores presentan algunos casos de regresión autista asociada a patología del lóbulo temporal. Finalmente, las anomalías funcionales reveladas recientemente en estudios metabólicos en las áreas de asociación, han llevado a Minshew a observar el autismo como un trastorno del procesamiento de la información. En este sentido, destaca el artículo

de Shultz sobre las alteraciones de la actividad del córtex temporal ventral en las tareas de discriminación de cara en sujetos con autismo.⁴⁹

Otros, como el presidente de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP), Juan Narbona, explica que el autismo tiene una poderosa base genética que predispone en mayor o menor medida a los paciente, sin embargo, no se descarta que existan factores ambientales y sociales que tengan que ver con el trastorno autista.

También la Dra. Clara Bassi publicó hace poco (2008) en una muy reconocida revista médico-científica llamada: *Clinical Neurophysiology* un estudio donde expuso que el autismo tiene que ver con la epilepsia. Ahí indica:

Los niños autistas sufren un tipo de epilepsia que no se manifiesta con convulsiones y que, por lo tanto, no es clínica -según el lenguaje médico-, sino sólo apreciable mediante ciertas pruebas diagnósticas. Este hallazgo ha supuesto un paso extraordinario en la comprensión neurobiológica del autismo y podría derivar en una nueva forma de tratarlo, que incluiría la detección de esa actividad epileptiforme subclínica y el uso de antiepilepticos. El neuropediatra del Hospital del Mar, José Antonio Muñoz-Yunta, es el responsable del estudio publicado en la prestigiosa revista 'Clinical'.⁵⁰

Para otros, el autismo es un trastorno cognitivo, en el cual, la deficiencia que demuestra en el lenguaje el niño autista, expone uno de sus principales síntomas. Sin embargo, ellos también adjudican a deficiencias del cuerpo su principal causa:

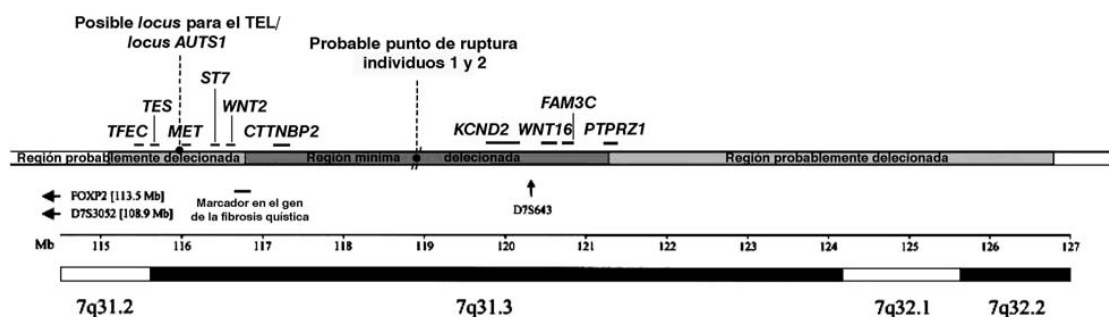
Los genes a los que apunta este tipo de análisis desempeñan diversos papeles biológicos, relacionados con el desarrollo y el funcionamiento del sistema nervioso. En determinadas ocasiones, los loci identificados coinciden con otros que se habían vinculado previamente con distintos trastornos del lenguaje (un caso paradigmático sería el de la región cromosómica 7q31 en relación con el trastorno específico del lenguaje), lo que sugiere que dichos trastornos y el autismo podrían compartir una

⁴⁹ Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc; 2001, 2 (1): 61-67 Ornitz, E.M. *The functional neuroanatomy of infantile autism*. Int. J. Neurosci 1983 ;19 : 85-124

⁵⁰ Dra. Bassi, Clara (2008) Revista médico-científica, *Clinical Neurophysiology*
http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2008/02/26/174826.php

base genética parcialmente común, que explicaría las semejanzas que se advierten entre ellos a nivel fenotípico.⁵¹

El siguiente diagrama muestra un ejemplo de la explicación que los neurólogos ofrecen acerca del posible origen y causas del autismo (con respecto al trastorno del lenguaje relacionado con el campo genético):



Aspectos moleculares más relevantes de las regiones cromosómicas 7q31.2 y 7q31.3 en relación con el autismo y los trastornos del lenguaje. Sobre el mapa genético se ha indicado la localización de los genes más significativos a este respecto relacionados potencialmente con el desarrollo y el funcionamiento del sistema nervioso. Se ha señalado, asimismo, la región en la que se localizaría el posible lugar de ruptura de las traslocaciones descritas por Lai et al [38] y Warburton et al [39] (individuos 1, diagnosticado de autismo, y 2, diagnosticado de TEL), que estaría comprendida entre el marcador existente en el gen de la fibrosis quística y el marcador D7S643. Además del gen CTTNBP2, cuya mutación se ha relacionado con el autismo (v. texto), esta región incluye el gen KCND2, que se expresa fundamentalmente en diversas estructuras subcorticales, como la amígdala, el núcleo caudado, el cerebelo, el hipocampo, la sustancia negra y el tálamo [50,51], y que codifica un canal de K⁺ activado por voltaje de tipo A específico del cerebro, el cual parece desempeñar un papel preeminente en la fase de repolarización que sigue al potencial de acción [50] (la alteración de la homeostasis iónica relacionada con el potencial de acción se ha asociado con una variante del TEL [52]). Dicha región se situaría además dentro de la región mínima delecionada en el paciente descrito por Tyson et al [40] (v. texto), la cual aparece sombreada en el esquema (las regiones flanqueantes, que también podrían delecionarse en dicho individuo, se han sombreado en un tono de gris más claro). Del mismo modo, se ha señalado en el esquema el locus para una forma 'canónica' de TEL que parece existir en esta región y al que apuntan los análisis

⁵¹ A. Benítez-Burraco. *Revista Neurológica*. 2008; 46: pp. 40

de asociación llevados a cabo por O'Brien et al [37]. Este locus se corresponde realmente con una región comprendida entre el marcador D7S3052 y el existente en el gen de la fibrosis quística, de ahí que, además de la porción indicada en el esquema, se incluyan también hasta 6 Mb adicionales en dirección al gen FOXP2 (no representado). Al margen de los genes ST7, WNT2 y MET, que se discuten en el texto, este fragmento contiene dos genes adicionales que podrían relacionarse con el desarrollo del sistema nervioso: el gen TES, que codifica un factor proteínico con tres dominios de tipo LIM y que podría estar involucrado en la regulación negativa del crecimiento celular [53], y el gen TFEC, que codifica un factor transcripcional que funcionaría indistintamente como activador y como represor, dependiendo del tipo celular, y que contiene un motivo principal que presenta una gran semejanza en términos estructurales con el existente en el factor transcripcional MITF [54], el cual interviene en la regulación del desarrollo de determinados tipos celulares.⁵²

Es importante señalar que en el presente estudio no se podrán abarcar todas las investigaciones científicas que en la actualidad se han presentado sobre el autismo, sin embargo, se referirán las mas pertinentes e importantes para que representen a la mayoría de ellas. Por el momento, lo importante a recalcar aquí, es que la mayoría de los estudios neurológicos están basados en estudios de poblaciones de autistas y, basándose en ellos, intentan localizar, y esto es muy importante: “localizar”, aquel “defecto cerebral” del que los diagnosticados sufren.

Es también inevitable apreciar cómo muchos de los estudios realizados, no han aislado al autismo como una enfermedad o trastorno totalmente independiente y con características específicas, sino que lo han relacionado con otras muchas afecciones, como lo veíamos hace un momento: la epilepsia, trastornos del lenguaje, retraso mental, etc. Fenómeno que denota la gran ambigüedad de la afección.

Al respecto me permito presentar algunos de los trastornos que han sido relacionados con el autismo desde 1983:

⁵² Ibid. Pp. 42

Transtorno	Autores	Año
Retraso mental	Rutter	1983
Epilepsia	Ollson y cols.	1988
Espasmos infantiles	Riikonen y Amnell	1981
Anom. cromosómica X(q27)	Wahlstrom	1986
Otras anom. cromosómicas	Gillberg y Wahlstrom	1985
Esclerosis Tuberosa	Lotter	1974
Hipomelanosis de Ito	Gillberg y Akefeld	1990
Fenilcetonuria	Lowe y cols.	1980
Fenilcetonuria	Lowe y cols.	1980
Acidosis láctica	Coleman y Blass	1985
Transtorno de la Purina	Coleman y cols.	1976
Infección rubeólica intrauterina	Chess y cols. Gillberg	1971 1986
Infección herpética postnatal	Witt-Engerström Perry	1987 1991
Sindr. de Rett	Fernell y cols.	1990
"	Gillberg & Steffenburg	1989
Hidrocefalia	Komoto	1984
Sindr. de Moebius	Reiss y cols.	1985
Distrofia muscular de Duchenne	Page y Coleman	2000
Sindr. de Williams		
Metabolismo purínico		

El DSM-IV-R⁵³ refiere precisamente una serie importante de afecciones que contienen al autismo solamente como un elemento más de la sintomatología. Sólo por mostrar un ejemplo recordemos el caso del “mutismo selectivo”:

*El **Mutismo selectivo** es una condición de ansiedad social, en donde una persona que es capaz de hablar es incapaz de expresarse verbalmente dadas ciertas situaciones.*

Descripción:

El mutismo selectivo es descrito como un infrecuente desorden psicológico en los niños. Niños (y adultos) con el desorden son completamente capaces de hablar y comprender el lenguaje, pero no lo hacen en ciertas situaciones sociales cuando es lo que se espera de ellos. Funcionan normalmente en otras áreas de comportamiento y aprendizaje, aunque se privan severamente de participar en actividades de grupo. Es como una forma extrema de timidez, pero la intensidad y duración la distingue. Como ejemplo, un niño puede pasar

⁵³ American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4a. ed. revisada). Barcelona: Masson: 2000

completamente callado en la escuela, por años, pero habla libremente o excesivamente en casa.

Este desorden no se considera como un desorden de comunicación, en que la mayoría de los niños se comunica a través de expresiones faciales, gestos, etc. En algunos casos, el mutismo selectivo es un síntoma de un desorden de desarrollo o un desorden psicótico.

Al realizar el diagnóstico puede ser confundido fácilmente como un tipo selectivo de Autismo o síndrome de Asperger, especialmente si el niño actúa de modo retraído con su psicólogo. Esto puede llevar a un tratamiento incorrecto.

El mutismo selectivo es caracterizado por:

- § Fracaso consistente para hablar en situaciones sociales específicas (por ejemplo, en la escuela, donde existe expectación al hablar) a pesar de expresarse verbalmente en otras situaciones.
- § Interfiere con los logros educacionales o laborales, o con la comunicación social.
- § El fracaso para hablar no se debe a la falta de conocimiento del idioma hablado requerido en la situación social.
- § No se han establecido las causas, pero hay evidencia que existe un componente hereditario y que también es más común en niñas que en niños.

Aspectos positivos y negativos

Negativos

- § Encuentran difícil tener contacto visual.
- § Con frecuencia no sonríen y tienen expresiones vacías.
- § Se mueven de forma rígida y torpe.
- § No pueden manejar situaciones donde se espera que hablen normalmente, como saludar, despedirse o agradecer.
- § Tienden a preocuparse más de las cosas que el resto de las personas.
- § Pueden ser muy sensibles al ruido y al gentío.
- § Encuentran difícil hablar sobre sí mismos o expresar sus sentimientos.

Positivos

- § Tienen inteligencia y percepción sobre el promedio, son curiosos.
- § Son sensibles a los pensamientos y emociones de los demás.
- § Tienen gran poder de concentración.
- § Con frecuencia tienen un buen sentido de lo que es correcto, incorrecto y justo.⁵⁴

⁵⁴ Ibid

Con lo anterior, se muestra una primera problemática dentro del mismo término, ya que como lo muestro en la parte superior, el término en primer lugar ya nos muestra cierta confusión pues aquí vemos muy parecidos a por lo menos tres trastornos o enfermedades que se ven a la vez como diferentes: *Mutismo selectivo*, *Síndrome de Asperger* y *Autismo*. Este ejemplo nos devela cierto vacío en el término autismo.

Los cambios conceptuales de edición en edición en el DSM han suscitado varios cambios. En el DSM-III el término que se utiliza es *autismo infantil*, posteriormente, en el DSM-III-R se cambia por un término más amplio e inespecífico que es *trastorno autista*, en el DSM-IV se incluye en los *Trastornos del desarrollo psicológico* en donde se incluyen: el trastorno autista, el trastorno de Rett, el trastorno desintegrativo infantil y el trastorno de Asperger, todos estos cuadros siempre acompañados de algún grado de retraso mental, finalmente en el DSM-5 se le nombra como : *Trastorno del espectro del autismo*, cito:

Trastorno del espectro del autismo

299.00 (F84.0)

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras persona.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos. (véase la Tabla 2)

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. Ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. Ej., gran angustia frente a pequeños cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. Ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. Eje., indiferencia aparante al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2)

C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).⁵⁵

Dentro de los nuevos criterios diagnósticos que se incluyen en el DSM-5 del espectro del autismo son las alteraciones en la percepción sensorial como un nuevo criterio a considerar por los expertos. También, aquellos que han sido diagnosticados anteriormente con Asperger, serán incluidos ahora por su asociación con el autismo. Habrá que ver, qué diferencias sociales “epidémicas” produce que sea un “espectro”.

3.2 Teorías socioambientales

Dentro de las explicaciones que se escuchan acerca de las causas del autismo, las teorías socioambientales sostienen que el autismo tiene que ver con el ambiente en el cual el niño se desenvuelve y con la misma historia de vida del autista. Estos discursos abundan en muy diversas formas, por ejemplo tenemos algunos Médicos que dicen que se han observado que muchos casos de “acoso escolar” tienen que ver con el autismo, es decir, sucede que el niño predispuesto genéticamente al autismo cuando se enfrenta a algún suceso así, a una causa socioambiental, puede ser llevado a sufrirla, de suerte que, indican los autores, aunque casi siempre habrá detrás un factor genético, el elemento socioambiental puede ser clave en la generación de un autismo.

La psicología por su parte, no se ha preocupado tanto, como los neuropediatras por encontrar las causas exactas del autismo, al menos no lo han buscado en el cuerpo. Más bien, para algunos de ellos, las causas del autismo podrían tener que ver más con su entorno y su medio social, es decir, esos casos en los cuales el niño no recibió afectividad cuando era pequeño, o cuando han tenido padres distantes, fríos o demasiado intelectuales como para poner atención a su hijo. No

⁵⁵ Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5,(2014) American Psychiatric Association

obstante, la mayoría no descarta los avances científicos, es decir, que también pueda existir una base neurológica en el autismo.

En la misma dirección, investigaciones epidemiológicas hablan de una posible relación entre elementos ambientales y la génesis del autismo. En un estudio desarrollado en New Jersey por Brick Township, se encontró que el aumento de autistas podría estar relacionado con “la ingestión de agua contaminada o el nadar en aguas de ríos de la zona”⁵⁶

De igual manera, investigadores de la Universidad Cornell realizaron un estudio en el que relacionan el autismo con el ver televisión. Este estudio fue realizado entre una comunidad normal y una comunidad anabaptista, conocida por su rechazo a hacer uso de la electricidad y los automóviles. Esta investigación se realizó por el incremento desmedido de autismo en muchas partes del mundo. Los autores del estudio concluyen que el incremento del autismo coincide con el aumento del uso de la televisión por cable y los videos. El autismo ha alcanzado niveles récord en el Reino Unido, donde según la Asociación Nacional del Autismo una de cada 110 personas (más de medio millón) padece esa condición.

En Estados Unidos, investigadores señalaron que hace apenas 30 años se pensaba que una persona de cada 2 mil 500 padecía ese desorden; hoy la relación es de una de cada 166, es decir, la cifra se ha multiplicado por 15.

Los científicos quieren investigar si en Estados Unidos la temprana exposición a la televisión por cable ha influido en que más niños presenten síntomas de autismo. Investigadores de la Universidad Cornell, en Ithaca, estado de Nueva York, señalaron que los síntomas en niños con propensión al autismo podrían desencadenarse a causa de factores del ambiente; ver televisión podría ser uno de ellos.⁵⁷

Por otra parte, María Paluszny, una reconocida psicóloga, en su libro “Autismo”. *Guía práctica para padres y profesionales* concibe al autismo como un

⁵⁶ PSICOPATOLOGÍA: EL AUTISMO HOY. *INHRR*, ene. 2003, vol.34, no.1, p.45-45. ISSN 0798-0477

⁵⁷ Thomas, Marie Claude. Conferencia hoy en el Instituto de México. *Francesa aborda autismo desde el psicoanálisis lacaniano*. http://www.nacion.com/ln_ee/2008/febrero/27/aldea1440512.html

síndrome de la niñez que se caracteriza por la falta de relaciones sociales, carencia de habilidades para la comunicación, rituales compulsivos persistentes y resistencia al cambio. Un niño con estas características, indica Paluszny, no se relaciona con las personas que se encuentran a su alrededor y prefiere, en cambio, jugar de manera repetitiva con los objetos, con los juguetes o con su propio cuerpo. En cuanto al lenguaje, nos dice que hay desajustes severos: El inicio de este síndrome normalmente se presenta en la infancia, y algunas veces desde el nacimiento, pero se hace evidente con certeza durante los primeros años de vida.⁵⁸

3.3 Teorías psicoanalíticas

El psicoanálisis no tardó en dar su opinión, por ejemplo, la psicoanalista Marie Claude en una conferencia realizada en el Instituto Cultural de México en Costa Rica, nos dice que:

“No solo la medicina tradicional o los estudios genéticos ofrecen alternativas para las personas que viven con autismo, pues el psicoanálisis también plantea una opción que permite sobrellevar ese padecimiento. El autismo es un trastorno del desarrollo que dificulta el habla en la persona, y la lleva a aislarse del entorno y sumirse en su propio mundo de pensamientos.

Este padecimiento mental varía en gravedad, origen y tratamiento: hay autismos moderados y severos; la naturaleza de sus causas oscila entre la genética y la crianza, y los tratamientos son múltiples, aunque ninguno ha encontrado la cura.”⁵⁹

Según la autora citada, fue Bruno Bettelheim, quién indicó que para conocer correctamente al autista primero hay que conocerse a sí mismo. Y recurriendo a Freud, habla acerca de la introspección pues ella nos acerca a aquellas primeras vivencias que no podemos recuperar: *la introspección no nos posibilita recuperar nuestra experiencia más originaria o los orígenes de*

⁵⁸ Paluszny, María. “Autismo”. Guía práctica para padres y profesionales. Ed. Trillas. México. 1991. (p.15)

⁵⁹Thomas, Marie Claude en conferencia realizada en el Instituto Cultural de México en Costa Rica (en línea) http://www.nacion.com/ln_ee/2008/febrero/27/aldea1440512.html

*nuestro entendimiento, condiciones ambas, en gran medida, de todo nuestro posterior desarrollo.*⁶⁰

Esta primera experiencia, nos dice Schachtel (1947, 1959) está dominada por sensaciones táctiles y olfativas, experiencias que con el paso de la niñez a la adultez, quedan ampliamente filtradas, es éste hecho precisamente el que le permite producir más experiencias. Con base en ello, Bettelheim dice que el niño con autismo infantil conserva hasta una edad más tardía “este primitivo modo de percibir y experimentar el mundo y a sí mismo. Algunos niños se quedan detenidos parcialmente en este estadio del desarrollo emocional e intelectual, y otros vuelven a él en parte”⁶¹.

Las reacciones y movimientos expresivos de los autistas son complejos y nos muestran mucho más que los de un recién nacido. Ya que, a diferencia de éstos, los niños autistas, tienen su “sistema nervioso central plenamente desarrollado, ciertas acciones y reacciones, o la ausencia de ellas, no se deben a ninguna carencia de capacidad potencial, sino al hecho de que, por una u otra razón, ese potencial no ha sido actualizado... lo que experimentan no pasa por la mediación de una personalidad compleja, o al menos no tan compleja como la de los niños normales de su edad”.⁶²

Y bajo la premisa de que su SNC está plenamente desarrollado, los niños autistas tienen la capacidad de adquirir su personalidad, personalidad que, según Bettelheim, les falta.

Por lo tanto, si durante el tratamiento esos niños desarrollan rasgos de su personalidad, Bettelheim arguye que se puede saber qué experiencias faltaron en su primera etapa de vida, qué acontecimientos ambientales no operaron en el pasado y qué acontecimientos explican tales o cuales etapas del desarrollo presente de su personalidad... así podremos interferir qué

⁶⁰ Bettelheim, B. (2001), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Paidós, Barcelona: 2001 (pp.8,19)

⁶¹ Bettelheim, B. (2001), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Paidós, Barcelona: 2001 (p.19)

⁶² *Ibidem* (p.20)

períodos son los decisivos para adquirir o llegar a ese estadio particular en el desarrollo de la personalidad.⁶³

La formación de la personalidad para Bettelheim es primordial, ya que desde que el niño se acerca al pecho de su madre se comienzan a formar los indicios de ésta. Es ahí el lugar en donde el niño puede dar cabida a un “malentendido”, en donde el niño malinterpreta las acciones y sentimientos de su madre, está ahí el punto nodal del surgimiento del autismo. Y, al respecto Bettelheim sostiene:

Debido al dolor o la incomodidad y a la angustia que éstos ocasionan, o porque interpreta mal las acciones o los sentimientos de la madre, o bien porque interpreta correctamente los sentimientos negativos de ésta, el niño puede retirarse de ella y del mundo. La madre... puede que responda, no con insistencia dulce, sino con ira o indiferencia ofendida. Esto puede crear nueva angustia en el niño, a la que ahora quizá se añada el sentimiento de que el mundo (representado por la madre) no sólo causa angustia sino que también es iracundo o indiferente, según los casos.⁶⁴

Esta desconfianza precisamente es el impulso que obtiene el bebé para desarrollar su personalidad y actuar sobre el medio. La retirada debilita a un yo joven que emerge de la fase de indiferenciación y conduce a un desequilibrio psíquico aún mayor.⁶⁵ Por lo tanto, la gravedad del autismo dependerá de la mala o peor comunicación que el niño establezca con el mundo exterior, en este caso representado por la madre; y eso provocará en el niño defensas o una burbuja imaginaria que para él sea más gratificadora. En los peores casos, como bien indica, Bettelheim:

Pero cuando las cosas van más lejos, cuando la realidad parece excesivamente destructora, entonces el sujeto deja de probar. Se abandonan los esfuerzos de dominar ciertos aspectos de la realidad y de llegar a una especie de pacto con los demás mediante defensas creadas. A partir de entonces... Toda la energía disponible se concentra en la protección y no queda nada para la construcción de la personalidad. Detrás de todo ello está la convicción de que cualquier

⁶³ *Ibidem* (p.21)

⁶⁴ *Ibidem* (p.116)

⁶⁵ *Ibidem* (p.115)

cosa que sea o se haga producirá inevitablemente una respuesta desastrosa.⁶⁶

Visto desde la vivencia misma del sujeto llamado autista, esta no comunicación es ocasionada por una *angustia aplastante* (p.116) la angustia le conducirá a retirarse de la realidad, la retirada a una angustia aún mayor y, finalmente a una retirada permanente. Así que, mientras el sujeto considere que su angustia es motivada por algo exterior, mantiene cierto contacto, aunque falseado, con la realidad:

Así pues, depende del nivel de angustia, y por tanto de deformación, la posibilidad que tenga de apreciar más o menos correctamente la fuente de su angustia⁶⁷.

Para Bettelheim el lenguaje sólo se desarrolla si el sujeto desea hablar con alguien, comprender algo, interaccionar con el mundo que lo rodea, así como la personalidad sólo se desarrolla si deseamos hacer algo con otro ser humano. Y eso no se logra en el autismo. Bettelheim explica que la razón principal es el desapego entre la madre y el niño, las llama “madres frías” o refrigerador, la comunicación entre ellos falla, ya sea porque hay una irresponsabilidad por parte de los padres para con el niño o hay un malentendido.

Ya desde Winnicott se hacía hincapié en el primer encuentro relacional del niño con su madre como el pilar para que el niño lograra desarrollar las formas de comunicación para su inmersión en el mundo.⁶⁸ Las psicosis serían pues, el resultado de la falta de estructuración entre la función materna y el deseo, por una ausencia materna en su ejercicio entorno al bebé. Si el deseo no se captura en éste, podría suceder una rotura en la estructuración de la relación madre- hijo.⁶⁹

⁶⁶ *Ibid*

⁶⁷ Bettelheim, B. (2001), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Paidós, Barcelona: 2001 (p.116)

⁶⁸ Ráez, Liliana. *Entendiendo el autismo: de Winnicott a la teoría del apego y la intersubjetividad*. En Revista de Psicoanálisis con Niños For-Da. No. 9- Diciembre 2006

⁶⁹ *Ibidem*

A esta relación de madre e hijo autista y en relación a su génesis, el psicoanalista Jerusalinsky⁷⁰ dice que el niño autista se encuentra totalmente excluido de la madre ya que no entra en la ecuación ni siquiera como falo presente:

*“Así, no sólo se registra la ausencia de la función que hace el Otro, sino también de la función derivada de la primera: del espejeamiento. Sucede que el Otro circula en un imaginario que deja afuera al hijo. Todo significativo opera, entonces, lanzándolo al campo de lo real, dejando al niño sin marca”*⁷¹

*“... lo que articula la estructura autistizante en la madre es su imposibilidad de dejar caer el objeto real reconstitutivo de su castración y dar lugar, así, a la constitución o persistencia del deseo materno. Esa imposibilidad se origina en lo que la estructura como sujeto, o en lo que, en el hijo, la obstaculiza, como reiteración, para sostener en él la dimensión simbólica... la madre queda “sujeta” o mejor aún “suelta” en relación con este hijo. O sea que la madre es arrojada fuera de su papel de agente de una función”*⁷²

Por otro lado, Françoise Dolto, en su estudio *La cause des enfants* (La causa de los niños),⁷³ establece una serie importante de tesis que permiten apreciar la manera como una psicoanalista vinculada a la enseñanza de Jacques Lacan comprende el fenómeno y las causas del autismo. En primer lugar, Dolto recuerda que el autismo es un trastorno específicamente humano que ocurre a aquellos "representantes de la humanidad más sensibles y precoces en el nacimiento, los cuales cargan una deuda que no es visible ni comunicable", "una deuda proveniente de uno o los dos linajes"⁷⁴. Para Dolto, los autistas "son niños precoces a los que no se les habla de lo que les concierne"⁷⁵ y, por ende, el

⁷⁰ Psicoanalista, analista y miembro de la Asociación Lacaniana internacional, Analista y miembro de la Asociación Psicoanalítica de Porto Alegre/Brasil, Psicólogo de la Universidad de Buenos Aires, Presidente Honorario de la Fundación para el Estudio de los Problemas de la infancia (FEPI-Argentina), Director del Centro Dra. Lydia Coriat (Clínica interdisciplinaria de los problemas de la infancia y la adolescencia)

⁷¹ Jerusalinsky, A. *Psicoanálisis del Autismo*. Ed. Nueva Visión, Argentina: 1997 (p.16)

⁷² *Ibidem* (p.29)

⁷³ Dolto, Françoise, *La cause des enfants*, Robert Laffont, Paris, 1997.

⁷⁴ *Ibid* (p.384)

⁷⁵ *Ibid* (p.386)

autista "vive negado en tanto ser de comunicación"⁷⁶.

Para Dolto el autista "es un ser del lenguaje, pero todo esta decodificado. Su madre no sabe como amarlo, si a su cuerpo, pero no a su psique" "Los autistas son la imagen de esa humanidad atrapada por la pulsión de muerte del sujeto de deseo, la cual habita en menor intensidad y menor cantidad en cada uno de nosotros"⁷⁷.

Y las consecuencias de ese juego pulsional afectan directamente a la identidad del niño: "Los autistas no saben lo que son. Su cuerpo no es suyo. Su espíritu no se sabe donde está. Su ser en el mundo esta codificado en la muerte en vez de estar codificado en la vida. Ellos están muertos en cuanto a la relación con la realidad de los otros, pero están muy vivos en relación a no se qué indecible imaginario"⁷⁸. Desde esta perspectiva, el deseo es el enganche necesario para articular una relación entre el infante y el ser materno, una falla en la constitución del deseo materno dejaría al infante fuera de la ligazón libidinal con el otro.

Para Dolto, asimismo, el autismo no es de ninguna manera congénito: "El autismo, de hecho, no existe al nacer. Es fabricado. Es un proceso reactivo de adaptación a una experiencia que tiene que ver con la identidad del niño. Un estado traumático que hacer perder al niño la relación afectiva y simbólica con la madre y le impide el establecimiento sensorial. Eso es inducido generalmente en los primeros días de vida, es decir, entre los cuatro y diez meses de nacido; no es de ninguna manera congénito."⁷⁹

Para Dolto el autista simplemente ha escapado a su propio mundo: "El autista huye en el clima solitario de un lenguaje interior. Perdió el lenguaje con el prójimo. Es como un marciano en medio de su familia".⁸⁰

Y esa carencia ocurre más fácilmente si los padres sufrieron de problemas menos graves pero parecidos: "Todos los autistas son superdotados en lo relativo a las

⁷⁶ *Ibid* (p.384)

⁷⁷ *Ibid*

⁷⁸ Dolto, Françoise, *La cause des enfants*, Robert Laffont, Paris, 1997. (p.392)

⁷⁹ *Ibid* (p.386)

⁸⁰ *Ibid* (p.391)

relaciones humanas y sin embargo lo son en un desierto de comunicación. Frecuentemente la persona que se ocupa de ellos fue abandonada también en el curso de su primera infancia y eso lo transmitió a ese bebé que le evocaba esos primeros años”⁸¹. “El autista se convierte en una cosa porque es tratado como si fuera una cosa, por personas que lo manipulan como si se tratase de una cosa”. Es por esta razón que el autismo “es muy raro en niños que fueron amamantados con el seno. Al contrario, es mucho más frecuente en aquellos niños cuyas madres acomodaban el biberón en la almohada para que el bebé pudiese alimentarse solo”.⁸². Y al respecto recuerda un caso de hospitalismo (ese fenómeno descrito por René Spitz en *El primer año de vida del niño*, el cual conduce a la incidencia de muchísimos casos de marasmo y psicosis infantil): “Hace veinte años, en el Hospicio de Saint Vincent de Paul, en la derruida capilla que servía como guardería de los niños abandonados, se podía ver a una enfermera, la cual estaba sola y era la única que se encargaba de todo el trabajo, colocar los biberones en los pliegues de las almohadas de los bebés para, después de haber leído su novela policiaca, recogerlos. Habitualmente estaban llenos en sus tres cuartas partes porque los bebés habían pedido el chupón”.⁸³

⁸¹ *Ibid*

⁸² *Ibid*

⁸³ *Ibid*

Capítulo 4: Tratamiento y cura del autismo

4.1 Tratamientos eclécticos (médico-conductuales)

En el área médica en general, todavía:

No existe, hoy en día, un algoritmo simple de tratamiento, y la evidencia disponible sobre la eficacia de la mayoría de las intervenciones es débil. No obstante, existe un firme acuerdo en que la educación –con énfasis en el fomento de habilidades sociales y comunicativas– y el apoyo comunitario son los principales medios de tratamiento...Estos aspectos se complementarían, según necesidades individuales, con medicamentos, intervenciones conductuales y terapia cognitivoconductual para los problemas psicológicos en personas de nivel de funcionamiento cognitivo alto. El apoyo a las familias y el desarrollo de la sociedad son elementos clave para la calidad de vida de las personas con TEA.⁸⁴

Los investigadores que han relacionado el autismo con otras afecciones como la epilepsia, han optado por comenzar a experimentar con algunos antiepilépticos y con medicamentos relacionados con los trastornos señalados anteriormente.

El campo educativo también ha puesto su grano de arena al asunto. María Paluszny, en su libro *“Autismo”. Guía práctica para padres y profesionales*, expone sus argumentos en torno al desajuste biológico como causa del autismo y analiza aspectos como la responsabilidad educacional respecto de los niños autistas.

Para muchos especialistas, como para Lorna Wign, la educación del niño autista es esencial para su mejora y su desarrollo. Es en *“La educación del niño autista” Guía para los padres y maestros*, en donde nos explica la importancia de ésta educación:

⁸⁴ Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España. *Revista Neurológica*. 2008; 46: pp. 438

- 1) *Ayudar al niño a convertirse en un miembro aceptable de la sociedad para que pueda vivir con su propia familia o en algún ambiente comunitario.*
- 2) *Enseñarle al niño a compensar sus desventajas, pues necesita que le indiquen formas de enfrentar al mundo que están a su disposición y cómo desarrollar plenamente las habilidades de modo que no se sienta frustrado por lo que no puede hacer.*
- 3) *Educarlo para que pueda encontrar alguna clase de empleo y un rol positivo en la vida como adulto.*
- 4) *Ayudar a acrecentar la comprensión del mundo que tenga el niño, para producir algún orden entre el caos y con ello permitirle encontrar algún placer y gocen en la vida.*⁸⁵

Desde luego que hay una gran diversidad de teorías y métodos para la “ayuda” de los niños autistas, incorporaciones, asociaciones formadas por iniciativa de padres de autistas, especialistas como psicólogos, médicos, psiquiatras, educadores, voluntarios, en fin, todas aquellas personas que se quieran unir a la causa. Sin embargo, también han proliferado todo tipo de tratamientos alternos, como por ejemplo: *el Método Tomatis* desarrollado en Chile y fundado por el Dr. Alfred Tomatis. Dicho método aporta, asevera el Dr. Tomatis, “un enfoque diferente al tratamiento de estos niños, ya que a través de la estimulación auditiva, busca despertar y reconectar con el deseo de comunicación que quedó interrumpido en algún momento de su desarrollo”.⁸⁶ Y ello, ha tenido, indican los reportes, cierto grado de éxito, al menos en lo referente al comportamiento social de los afectados.

4.2 Tratamientos conductuales

Ante los aparentes o casi inexistentes tratamientos realmente efectivos para el autismo, Ole Ivar Lovaas (1932-2010) es uno de los psicólogos más citados en el tema de autismo, conocido como el padre de la terapia para autistas

⁸⁵ Lorna Wign. “La educación del niño autista” Guía para los padres y maestros. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1981. pp. 174

⁸⁶ Madaule, Paul L. Ps., *Centro Tomatis México. Autismo*, Enero 2014

o, según Patricia Muñoz de la Llave, una reconocida periodista española, como (sic) el *liberador de mentes*.⁸⁷

Interesado en la psicología, en 1961 ingresó al Departamento de Psicología de la Universidad de California en donde formuló su programa educativo-terapéutico intensivo para niños con autismo, el *Modelo Lovaas* que más tarde fue conocido como *ABA (Applied Behavior Analysis)* y que, posteriormente junto con Nina Wathen, su segunda esposa, sería aplicado en su propio *Instituto Lovaas*.⁸⁸

En 1995, por tanto, fundó *The Lovaas Institute for Early Intervention* para proporcionar servicios, asesoramiento y ayuda en distintos Estados norteamericanos. Dedicó durante más de 60 años a las investigaciones clínicas y estudios centrados en los niños con autismo.

Su método inicial consistía en un trabajo muy intenso para intentar recuperar el lenguaje del niño autista utilizando técnicas conductuales, muy al estilo Skinner, estos métodos que, aunque efectivos (porque el Método Lovaas daba los resultados tangibles e inmediatos más vendidos en el mercado), muy pronto provocaron críticas, ya que sus técnicas se consideraban sumamente aversivas para eliminar conductas disruptivas, autoestimuladas o agresivas utilizando por ejemplo, pequeños shocks eléctricos, restricción física (cachetadas) y un “no” fuerte como estimulación; todo dentro de un ámbito hospitalario en donde se le alejaba al niño de sus padres. Sus objetivos fundamentales eran la implantación del lenguaje y las habilidades básicas del aprendizaje en este tipo de niños.

En los años 60's, en el Departamento de Psicología de UCLA, Lovaas⁸⁹ admite que en su práctica cometió 3 errores fundamentales:

⁸⁷ Lovaas es un científico americano nacido en Noruega en el año de 1927 que llegó a Estados Unidos con una beca de violinista en el *Luther College* en Decorah y obtuvo el doctorado con Bijou y Baer en el *Child Development Institute* de la Universidad de Washington en 1958.

⁸⁸ En 1993 publicó *Déjame oír tu voz*, novela que presenta las memorias de una madre que ha ayudado a sus dos hijos autistas.

⁸⁹ Lovaas Ivar, *The me book*. Prólogo de la Edición española: Doctora Victoria del Barrio, Facultad de Psicología- UNED, Madrid, Agosto de 1989. Pp. 4

- 1) El primero, fue centrar el tratamiento en un ambiente hospitalario, lo cual causó, según Lovaas, que no se generalizaran en el exterior los resultados. Para contrarrestarlo intentar trabajar en casa de los niños y no en un ambiente clínico. Este error Lovaas lo adjudica a las teorías predominantes en torno al autismo que existían en aquél momento:

...manteníamos la postura tradicional que se nos había enseñado de que los niños a los que estábamos tratando estaban enfermos por razones psicológicas y orgánicas. Es decir, se creía que su relación con los padres había sido inadecuada, o que habían sufrido algún daño cerebral orgánico. Por lo tanto, parecía una consecuencia natural que, ya que estaban enfermos, necesitaban tratamiento, idealmente en un hospital.⁹⁰

- 2) El segundo, excluir a los padres de la actividad terapéutica; primero porque Lovaas percibía que los problemas de los niños eran muy complejos y sólo las personas más formadas podían ayudarles. Luego entonces, ante la falta de profesionales para atender a todos los pacientes, se decidió dejar el tratamiento en manos de los adultos de la comunidad natural y cotidiana del niño, los padres y profesores se convirtieron en los principales terapeutas.
- 3) Por último, esperar cambios demasiado bruscos; en su lugar Lovaas se encontró que era mejor una progresión lenta, paso a paso.

En su estudio de 1987, Lovaas demostró que casi la mitad de los niños con autismo que recibían un tratamiento conductual intensivo a edades tempranas, al final de su tratamiento conseguía puntuaciones del Coeficiente Intelectual normales y podía seguir las clases de primaria sin ayuda. Muchos de los otros niños que no conseguían tan buenos resultados, mostraban, sin embargo, grandes avances en su vida diaria.

⁹⁰ *Ibid* (p.6)

El tratamiento de Lovaas (ABA) consiste en un método intensivo de entrenamiento uno-a-uno con duración de 40 horas semanales, con un procedimiento estructurado y sistemático. La diferencia en este primer gran estudio sobre la eficacia de este método ABA era la medición, control de variables, y procedimientos estructurados y organizados para la enseñanza sistemática de estos niños.

Sus aportaciones fundamentales han sido las aplicaciones del Análisis de la Conducta en las intervenciones con niños con retraso, especialmente con autismo, en los programas de tratamiento intensivo que, según decenas de testimonios, ayudan a mejorar extraordinariamente su vida.

El método Lovaas ha sido comprobado por equipos de investigación independientes, y comparado con otros procedimientos estandarizados escolares o bien procedimientos eclécticos para el aprendizaje⁹¹. En todos estos estudios, el grado de recuperación y adaptación de los niños es superior al no tratamiento o a los tratamientos eclécticos. Es el más recomendado por las guías clínicas y educativas para la actuación con niños con retraso y autismo en edades tempranas (0-4 años), y el único con datos que muestran su eficacia como método completo y estructurado.

En su estudio *The Me Book: Manual de tratamiento de niños con trastorno del desarrollo* (1989) Lovaas comienza diciendo que como resultado del seguimiento de sus programas, es innegable que el niño se hace más persona, más individuo, más yo. Lovaas mismo dice que su método:

...va dirigido a profesores y padres que ayuden a las personas con problemas de desarrollo a vivir vidas con más sentido...Uno de los padres bautizó los programas con el nombre de "El libro Yo" del niño. Y acertó en la denominación, porque como resultado del seguimiento de

⁹¹ Howard et al., 2005; McEaching, Smith y Lovaas, 1993; Sallows y Graupner, 2005

*los programas, es innegable que el niño se hace más persona, más individuo, más yo Lovaas.*⁹²

En lugar de considerar al niño como un enfermo, Lovaas acaba por considerarlo como un niño diferente, en el sentido de que el entorno no cubre las necesidades ni posee la estructura necesaria para poder constituir un buen ambiente para la enseñanza o el aprendizaje de estos niños excepcionales. Así que el autismo, retraso, daño cerebral y demás categorías diagnósticas fueron reducidas a otras Unidades de conducta más pequeñas y manejables, como el lenguaje, el juego y las habilidades personales, las cuales valían para todas las categorías diagnósticas. Con lo anterior se redujo el énfasis en las pruebas diagnósticas.⁹³

Otros autores, al interior de la psicología conductual, han elaborado sus propios tratamientos basados en sus teorías, por ejemplo: el tratamiento multimodal del autismo de S. Santo Stéfano,⁹⁴ el cual consiste en trabajar de manera personalizada con 5 áreas específicas:

1. AREA COGNITIVA

(1) Las intervenciones cognitivas se dirigen al niño, intentado que desarrolle las habilidades cognitivas deficitarias supuestamente a la base del trastorno autista. Por otro lado también tratan de orientar a los padres/cuidadores sobre el autismo

(2) Santostéfano (1990) considera que la "atención focal" es uno de los procesos cognitivos deficitarios a la base del autismo. Propone dos programas para desarrollar la atención focal: El "Programa Sigüeme" consistente en estimular el seguimiento ocular y auditivo del niño de estímulos-blancos pasivos y en movimiento posteriormente, y el "Programa ¿Cuál es el grande?, ¿Cuál es el pequeño?" ecaminado a diferenciar/discriminar objetos.

(3) Los padres reciben una información psicopedagógica sobre:

-Que es el autismo.

-Etiología (destacando la contribución neurobiológica).

-Tratamiento integral.

-Planteamientos de dudas sobre el caso

⁹² Lovaas Ivar, *The me book*. Prólogo de la Edición española: Doctora Victoria del Barrio, Facultad de Psicología- UNED, Madrid, Agosto de 1989. Pp. 10

⁹³ *Ibid* (pp. 8,6)

⁹⁴ Santo Stéfano, S : *Terapia de control cognitivo con niños y adolescentes*. Pirámide, 1990.

2.AREA AFECTIVA

(1) La finalidad de las intervenciones en este área tiene como finalidad facilitar la expresión de las ansiedades y temores de la familia sobre el niño y sobre posibles sentimientos de culpa (hacia si mismo/hacia otros/entre ellos), de modo que puedan ser manejados o resueltos. Por otro lado algunos autores psicodinámicos (p.e Doltó) proponen una psicoterapia psicoanalítica adaptada a modificar el aislamiento afectivo del niño/a autista.

(2) La terapia cognitiva o psicodinámica puede ser empleada para trabajar los sentimientos o ansiedades parentales/cuidadores antes referidos

(3) La psicoterapia psicoanalítica adaptada al niño/a autista ha sido empleada por Doltó en el abordaje del aislamiento afectivo autístico .

3.AREA SOMATICA

(1) La medicación se emplea para reducir ciertos síntomas y conductas asociados al autismo que tiene un carácter grave, de modo que faciliten el tratamiento psicosocial

(2) La medicación ha sido empleada para tratar los siguientes síntomas/conductas :

2.1. Anticomiciales (antiepilépticos) = Tratamiento de crisis convulsivas.

2.2. Carbamacepina o ácido valproico = Crisis parciales convulsivas.

2.3. Psicoestimulantes = Tratamiento de problemas atencionales e hiperactividad.

2.4. Neurolepticos = Trastornos de conducta graves o aislamiento extremo.

4.AREA INTERPERSONAL

(1) Los aspectos interpersonales se refieren a la mejora de la socialización y aprendizajes del niño; y se suelen dirigir tanto al colegio (educación especial) como a la familia (orientación y grupos de apoyo)

(2) La educación especial escolar debe contar con un personal especializado en estos trastornos, programas individualizados para cada niño, la participación parental en los mismos y centrado en la adquisición gradual del lenguaje y la socialización

(3) El apoyo de la familia reúne la información/orientación a los padres sobre el trastorno y la participación en grupos de padres o asociaciones de familiares con miembros con autismo

4.3 Tratamientos alternativos

Los *mass media* entregaron hace algunos años una noticia espectacular y muy publicitada: “Una foca de peluche se convierte en el primer robot terapéutico para niños con autismo”⁹⁵



*La foca responde a estímulos de movimiento, voz, tacto y luz -no en vano lleva sensores incluso en los bigotes-, lo que le permite quejarse cuando es acariciada de forma inadecuada y seguir con la cabeza a su interlocutor, entre otras posibilidades.*⁹⁶

Podríamos conjeturar que diariamente hay algo “nuevo” para intentar curar el autismo, alguna noticia refutadora o una esperanza más que pueda lograr la cura definitiva o algún indicio para saber más acerca de la etiología del autismo, por ejemplo en el periódico *La Jornada*, el 6 de junio del 2011, apareció la siguiente noticia: Los lobos marinos han sido integrados a algunas terapias para tratar el autismo.



Foto: Marco Peláez

⁹⁵ www.ageofautism.com

⁹⁶ Ibidem.

En el mismo artículo, se indica que según Carlos Marcía, un experto de la Clínica Mexica del Autismo (CLIMA): “las estadísticas indican que la incidencia del autismo se incrementa 17 por ciento cada año, alcanzando proporciones epidémicas, aunque no se sabe por qué”.

Otros más media también presentan a autistas tratando de construir artefactos, vías o alternativas de salida y mejoras para su afección, por ejemplo, tenemos a la probablemente más famosa autista –Temple Grandin– quien inventó un artilugio semejante a la foca de peluche antes citada: una Squeeze machine (máquina de dar abrazos).⁹⁷ Pensó que esa máquina le proporcionaría el estímulo táctil que tanto necesitaba pero que no podía obtener porque no soportaba el contacto físico humano.

Pues bien, así como éstos tratamientos expuestos aquí, existen sin duda muchos otros, los no expondremos aquí. Hemos expuesto, consideramos, los principales.

4.4 Tratamientos psicoanalíticos

Los orígenes del psicoanálisis están plagados de búsquedas y preguntas, sobre todo, y como en casi cualquier disciplina científica, respecto a “la verdad”. Si recordamos que ese lugar inaccesible es a *grosso modo* un lugar de orígenes, un lugar donde las disciplinas apuntan a los principios para explicar, para sostener, para para encontrar las causas últimas.

Así pues se instaura en el discurso científico la búsqueda suprema del conocimiento: “la verdad”. Y “la verdad” se encuentra con el origen. El origen y la verdad dentro del discurso de la psicología y la ciencia están en general están entremezclados, así que el psicoanálisis nacido en un contexto medico comenzó

⁹⁷ Grandin, Temple, *Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 2, Number 1, 1992 Mary Ann Liebert, Inc., Publishers.

siendo un mediatizador de una nueva verdad, por lo tanto un buscador de los orígenes.

Basta recordar en *Estudios sobre la Histeria* (1895) la teoría del trauma, aquella que explicaba el origen de la histeria basada en situaciones ocurridas en los primeros años de vida y que explicaban las relaciones existentes entre estas y los síntomas, todo lo cual no explicaba el conocimiento/verdad médico.

Así que poco a poco el psicoanálisis intentó encontrar relaciones originales en síntomas “nuevos”, esta relación en marcó, además, al psicoanálisis en función de un saber amo, un amo que ordena, manda y acomoda, nuevos saberes.

La relación entre el psicoanálisis y la genealogía foucaultiana no es poca y no debe de tomarse ligeramente. Entendamos que la genealogía, dentro del *vox populi*, comienza como la búsqueda del origen, en un comienzo no de “la verdad” ni del lugar de “la verdad”, sino del origen de la propia familia, así que más tarde esta búsqueda que se enfocaba en determinar de dónde vengo. La genealogía permuta la búsqueda de la verdad de todo por el comienzo de todo.

Por otra parte, el psicoanálisis de Freud está marcado por la incesante búsqueda de “la verdad” y del origen de esa “verdad”. En los orígenes del psicoanálisis es clave la búsqueda del origen, de la causa de los síntomas y síndromes.

Bruno Bettelheim inspirado en Freud, después de haber pasado de la psiquiatría al psicoanálisis propone un tratamiento radical que entrelaza el pensamiento psicoanalítico y terapéutico. Como director de la llamada la *escuela ortogénica* en Chicago financiada por la Universidad de Chicago y más tarde patrocinada por la fundación Ford⁹⁸, en una entrevista comienza a hablar sobre el tratamiento de los niños psicóticos comparando los hospitales psiquiátricos tradicionales son su clínica diciendo que:

⁹⁸ Organización creada en 1936 por Edsel Ford para financiar programas que promuevan la ciencia, la educación y el desarrollo humano y que le concede la cantidad de un millón trescientos mil dólares después de que su comisión asesora sobre salud mental informara su confianza absoluta acerca de que sin la intervención de Bettelheim, los niños autistas morirían de hambre o terminarían recluidos en instituciones mentales.

El primer mensaje que captan al entrar en un hospital psiquiátrico tradicional es: “Tienes que cambiar” y “La persona importante aquí no eres tú, si no yo o nosotros que nos hacemos cargo de ti”... Además, a éstos se los alberga, o, mejor dicho, se los encierra en dormitorios en los que la gente normal se negaría a vivir...

...Nuestro enfoque es radicalmente diferente. Tratamos de hacer comprender al enfermo que no le pedimos nada en absoluto, que sólo deseamos que su estancia entre nosotros sea lo más confortable posible. Los niños están distribuidos por grupos de seis en los dormitorios, en los que ellos mismos han elegido las cortinas, el color de las paredes. Cada uno tiene un rincón personal, que nadie toca. Las duchas son amplias y cómodas: los baños son un pretexto para volver a descubrir los placeres del cuerpo; no tienen una función de limpieza, pues ello equivaldría a decir que se está “sucio”. El comedor es acogedor, y las salas de estar, numerosas; hay un gran terreno de juegos, y obras de arte en todas partes. Una gigantesca estatua de una mujer acostada, que llamamos “la señora”, ha permitido a más de uno de nuestros niños explorar, sin demasiados riesgos, sus relaciones con la madre, golpean o acarician la estatua, se refugian en su regazo...⁹⁹

Ahí, parafraseando a Bettelheim, los niños permanecían de tres a seis años, tanto como fuera necesario, no había prisa con el tratamiento. Lo importante era saber que era un proceso largo el “reconstruir su personalidad”¹⁰⁰ Esto recordando que la mayoría de los hospitales siempre tienen una incómoda prisa por la mejora del paciente:

Además, respetamos sus síntomas, sean cuales fueren. Constituyen lo más importante, lo más precioso que el enfermo mental ha construido, dado que eso es lo que le ha permitido defenderse, sobrevivir. Reconocer el valor de un síntoma es un primer paso hacia su comprensión y su cura.¹⁰¹

Con respecto a la aplastante responsabilidad que en sus obras ha atribuido a los padres, en especial a la madre en la aparición del autismo, comenta:

Mis principales detractores son precisamente los padres de niños autistas incapaces de reconocer su propia responsabilidad. Es mucho más fácil afirmar: “Es genético, es la fatalidad”. Por supuesto que esos niños son particularmente sensibles. Reinterpretan como una amenaza cada gesto de sus padres, por los que se sienten rechazados, y optan por refugiarse en un aislamiento total. Un niño menos sensible, en las

⁹⁹ Dreyfus, Catherine, *In memory of Bruno Bettelheim*, 1974 (p. 2)

¹⁰⁰ *Ibidem* (p.3)

¹⁰¹ *Ibidem*

*mismas circunstancias, quizá se habría convertido simplemente en un neurótico, un delincuente o un rebelde. Pero es ésta una disputa en la que no quiero enzarzarme. Lo importante es ayudar a los niños. Los partidarios de la teoría genética son incapaces de hacerlo.*¹⁰²

Finalmente, Bettelheim confiere la mayor parte de responsabilidad a la sociedad, misma que tendría que reproducir lo que se da como ejemplo en la Escuela Ortogénica, ya que de acuerdo al número de autistas es imposible atenderlos a todos.¹⁰³

Inspirado en Lacan, Jerusalinsky dice que para encontrar la cura o tratamiento del autismo, es vital diferenciar entre los diferentes tipos de autismo, por una lado los que tienen que ver con problemas constitucionales específicos de lenguaje, los vinculados a configuraciones patológicas genéticas o neurológicas y por último los relacionados con historias familiares complicadas o traumáticas mayormente en el el primer año de vida.¹⁰⁴ Para Jerusalinsky discutir acerca de si es curable o incurable el autismo es caer en la concepción de que el autismo es uno y único, y que por lo tanto tiene una sola causa.

En base a lo anterior, las causas que pueden causar esa ruptura entre el niño y sus padres y que encierra al niño en su mundo fuera del lenguaje, debemos de tomar en cuenta lo siguiente:

- 1) *Con el grado y el modo de incidencia de esas causas sobre el proceso de las identificaciones primarias,*
- 2) *Con las posibilidades de control o supresión de esa incidencia, y*
- 3) *Con la capacidad de la familia de persistir largamente en la reconstrucción de las condiciones que permitan producir el reconocimiento recíproco que se ha perdido; asimismo,*
- 4) *Las causas deben ser sometidas a la prueba de tratamiento, dado que en su mayor parte son supuestas, y*
- 5) *Afirmar desde el comienzo la incurabilidad introduce al niño y a su familia en la trampa de la profecía autorrealizada: nunca puede ocurrir aquello que ni siquiera se intenta hacer (si no se intenta la cura, esta, por cierto, no ocurrirá y así se establecerá la "prueba" de la incurabilidad). Si el intento de cura parte del reconocimiento de su imposibilidad, lo que se*

¹⁰² *Ibidem* (p. 4)

¹⁰³ *Ibidem* (p.4) La escuela ortogénica solo podía acoger a cincuenta niños. La estancia costaba aproximadamente ocho mil dólares por niño al año, esto era factible ya que dos tercios de los niños provenían de familias bastante acomodadas. Bettelheim dejó la Escuela Ortogénica en el año de 1973 después de haberla dirigido durante treinta años.

¹⁰⁴ Jerusalinsky, A. *Psicoanálisis del Autismo*. Nueva Visión, Argentina: 1997, (p.67)

espera del niño y lo que se le pide nunca exceden el círculo de lo posible, es decir, de la persistencia de su patología.

Jerusalinsky nos dice que en la medida en que un modo de funcionamiento psíquico persiste éste va a convertirse en físico y en algunas ocasiones irreversible. Comenta es mejor atender el autismo en los primeros 3 años (en especial en el primer año), ya que posteriormente “esa apertura se cierra de modo vertiginoso a partir del cuarto año, y los tratamientos se vuelven difíciles de abordar...”¹⁰⁵ Con respecto al modus operandi del psicoanálisis para con los autistas dice:

*Ahora bien, en los primeros años, los resultados de las intervenciones psicoanalíticas, llevadas a cabo por terapeutas con experiencia clínica específica en esta patología, logran establecer nuevas condiciones para la constitución del sujeto psíquico que espontáneamente, allí había claudicado. Una observación final, Si la intervención psicoanalítica exige, en el caso de las psicosis, que el terapeuta acompañe el delirio de su paciente, aun cuando no se identifique con sus excesos de sentido, en el caso del autismo la exigencia es más radical: el analista necesita acompañar a su pequeño paciente por el camino de su autoexclusión. Eso implica que tendrá que arriesgar un acto de reconocimiento recíproco (una identificación especular) fuera del territorio del lenguaje, con la esperanza de que su paciente lo siga en el retorno a ese territorio. Ningún ejercicio clínico es tan revelador como el que nos dice (y debemos esta enseñanza a los autistas) que nada somos fuera del lenguaje.*¹⁰⁶

Y respecto al origen y verdad del autismo Françoise Doltó, desde el más puro psicoanálisis de niños, presenta una posición muy radical respecto al diagnóstico y tratamiento del autismo.

Para Doltó, como indicamos en el capítulo anterior, la causa del autismo es localizable con claridad: “Entre los cuatro y nueve meses ocurrió un evento particular: a veces es una ausencia de la madre (por un duelo, por un viaje). Y tal situación significó para el bebé una interrupción brusca de su ritmo habitual de vida, lo cual la madre no le explicó.” (p. 386),

La causa puede ser también la ocurrencia de una situación problemática: “Cuando no se habla al niño, por ejemplo, de la angustia de su madre por engendrar un

¹⁰⁵ *Ibid*

¹⁰⁶ *Ibid*

bebé sin padre, o cuando una madre no puede decir a su hijo que su familia quería una niña y que es un varoncito el que llegó... y esa idea la obsesiona”¹⁰⁷.

El trabajo terapéutico en estos casos, indica Dolto, consiste en permitir al niño recuperar ese pedazo de su historia: “Mi trabajo consiste en hacer que los niños recuperen su historia, gracias a contarles el origen de esa ruptura”¹⁰⁸.

Esa tarea, señala Dolto, de preferencia debe hacerse en presencia de la madre, en una comunicación de a tres (para evitar problemas transferenciales):

“Establecer el circuito de a tres personas es excelente. Muchas madres no saben hablar de ellas mismas a un recién nacido. Cuando ellas miran a alguien hablarle a su bebé de lo que ellas acaban de decir y que, en consecuencia, el bebé observa con atención a la persona que establece el circuito de la palabra de a tres dicen: “¡Es asombroso, parece comprenderla!” Y por supuesto que el bebe comprende el lenguaje pues es un ser de palabra desde el inicio. Esta vivencia las ata muy fuertemente a sus bebés. Por esa razón, dos o tres días después, dicen: “¡Lo logré, le hablé a mi bebé y me escuchaba, me escuchaba! ¡Yo no sabía que podía hablar con un bebé!” es maravilloso.”¹⁰⁹

Y el logro terapéutico de tales prácticas no se deja esperar: “Cuando la madre devuelve al niño todos los detalles del evento desencadenante (ocurrido entre los 4 y 9-10 meses, no lo olvidemos), ella puede hacer salir a su niño de su nube y lo restituye a la situación pretraumática”¹¹⁰.

Sin embargo, cuando las madres son incapaces de hablar con su bebé la comunicación de a tres se convierte en la mejor opción terapéutica: “Es mucho mejor que las palabras que se dicen al bebé lo sean en presencia de una madre que no cesa de sufrir por su deseo consciente insatisfecho. Y digo consciente porque si ella lo alimentó en su cuerpo es porque su cuerpo estaba de acuerdo; su deseo inconsciente era dar la vida a un niño del sexo que no es diferente al que presenta su bebé. El bebé imaginario por el cual ella sufre era otro. Cuando por fin analizamos este asunto ayudamos a los dos, a la madre y al niño”.¹¹¹

¹⁰⁷ Dolto, Françoise, *La cause des enfants*, Robert Laffont, Paris, 1997. (p.386)

¹⁰⁸ *Ibid* (p. 387)

¹⁰⁹ *Ibid* (pp. 389-390)

¹¹⁰ *Ibid* (p. 386)

¹¹¹ *Ibid* (p. 389)

Y Dolto en su estudio *La cause des enfants*¹¹² nos ofrece un ejemplo preciso, el caso de la madre que había soñado con engendrar un bebé del otro sexo: “Si una madre esta triste por haber tenido un niño de otro sexo al deseado no debe ocultarlo, ni se le deben reprochar sus sentimientos. Al contrario, se debe decir al bebé: “ya ves, tu mamá quería tener una niña y tu eres varón. Pero estás bien. Tu eres lo que eres. Pero eso es una sorpresa para tu mamá y es necesario que ella se haga a la idea. La realidad no es lo que uno imagina. Cuando crezcas tu también lo entenderás”¹¹³.

Para finalizar no sobra señalar que para Dolto, asimismo, el autismo se puede prevenir y para ello narra una experiencia realizada en Verona, Italia, donde, con el objeto de abatir la incidencia del autismo infantil, un grupo de puericultores y demás encargados de los recién nacidos modificó la práctica habitual en la cual las madres que acababan de parir eran rápidamente separadas de sus bebés y ellos eran depositados en los cuneros, donde estaban separados de su madre por un cristal donde, a su progenitora, “no podían ni escucharla, ni tocarla (...), no podían escuchar la voz de su madre”¹¹⁴. Tales puericultores, indica Dolto, se dieron cuenta de que “es muy importante que se conserve el continuum, el bebé necesita escuchar la aguda voz de su madre y reconocer sus aromas corporales. Bajo el pretexto de que la madre debía descansar, era otra mujer la que le daba el biberón, la que lo vestía. Eso podemos entenderlo e incluso estar de acuerdo. Pero entonces se debe explicar al bebé todo lo ocurrido”.¹¹⁵ La consecuencia de interrumpir esas prácticas y permitir desde el principio la cercanía de la madre y su bebé implicó una significativa reducción de los casos de autismo.

¹¹² *Ibíd* (p. 388)

¹¹³ *Ibíd* (p. 389)

¹¹⁴ *Ibidem*

¹¹⁵ *Ibidem*

Capítulo 5. Testimonios

En cuanto a los “testigos” abundan también escritos de ellos, hechos por sus padres o en otros casos por ellos mismos, como es el caso de Damián Pérez, un joven de quince años que realizó una ponencia organizado por el “Centro Leo Kanner” en Santiago de Chile en Septiembre del 2003, en donde relata cuál fue su experiencia con el síndrome asperger (un tipo de autismo):

...mi madre dice que a lo mejor la culpa la tiene mi padre de que la haya llevado cuando estaba embarazada de mí a ver al cine la película la mosca de David Cronenberg...

...siento que a veces algunos de mis profesores no creen mi diagnóstico, porque cuando digo que me comporto totalmente normal, es porque me comporto totalmente normal...bueno paso como eso.

...voy a fiestas, me junto con amigas...he perdido toda la timidez, y no hablo con un lenguaje anormal y adjunto en palabras que yo solo entiendo, como cualquier niño asperger...hablo como cualquier joven que me río (a veces no entiendo , y sigo a los otros.) pero me río igual de hecho se podría decir en lenguaje cotidiano , que hasta la llevo de otro modo no podría estar aquí parado hablando frente a ustedes hablando.

...hay mucha ignorancia respecto a esto , algunos me tratan como un enfermo , un profesor me pregunta como me siento...cree que es como una depresión ...bueno a veces paso por tiempos en los que estoy en depresión , pero a veces no entienden que el síndrome de asperger es un conjunto de características que se me asocian, no es que de repente esté asperger y de repente no , soy asperger, y eso significa , que vivo en un constante enredo con la realidad en el sentido de que no entiendo los códigos que tienen todas las personas, que los tienen desde su nacimiento, heredados como instinto , y un asperger debe aprenderlos. A veces lloro sin razón alguna...pero no es que este triste y no sepa por que... simplemente lloro...ni siquiera estoy triste...eso dice mi madre es por que no identifico mis emociones...

...otro factor que siempre me ha dado vueltas es mi desorganización ...soy un desordenado completamente, excepto en lo que me gusta... voy hacer referencia ha a algo que a lo mejor ...no tiene nada que ver ,pero debo decirlo ...soy un irresponsable... sí soy un irresponsable por que no cumplo con lo que se debería hacer a veces por que sencillamente mi memoria...no se acuerda y ando en las nubes

pensando en el cine o en el comic... no cumplo con lo que se me asigna como una obligación (no por que no quiera ,eso sí...) pero con lo que me gusta puedo llegar a ser el mejor....y pasar horas haciéndolo , independiente de los otros.

...desde hace algún tiempo tengo algo llamado ...creo algo por lo que todos los asperger pasan, disritmia cerebral , pues a veces me siento como si estuviera en un sueño ... por culpa de esto mi memoria ah empezado a fallar, e incluso mi vista...pero creo eso debe ser algo mas mental que de mi vista. Siendo las doce del día ,me siento como si fueran las 5 de la mañana y mis ojos se cierran por el sueño...siendo que en realidad no tengo sueño.., al principio no me di cuenta...por que cada vez es peor , siento que no funciona literalmente al cien por ciento. Deseo que esto se me quite... pues estoy mas confundido aun de lo que estaba antes de la disritmia, y como dije no funciona al cien por ciento.

...hay mucho mas metido en mi cabeza que significa harto ...mis miedos ...Mis sueños nocturnos, depresiones, problemas para dormir ...etc ...pero estaría de más hablarlo ...porque en realidad no sé si a los otros asperger les pasa lo mismo que yo, y todos somos diferentes... y en este momento eso es todo lo que puedo decir.¹¹⁶

Es muy interesante cómo Damián describe su propia experiencia con el asperger y cómo éste lo tiene tan presente en su vida. El “asperger” es sin duda un término que ya lo ha encarnado y que a influido ya en todos los aspectos de su vida. Podríamos decir, que Damián ve a ése trastorno ahora como: *su* trastorno, pues él mismo nos da una posible explicación (explicación que le dio su madre) de cómo pudo adquirirlo, también de cómo a mejorado, qué es lo que siente.

Pero, aquí habría que hacernos una pregunta: ¿Desde qué o quién está hablando Damián? ¿Podemos hablar de un poder que está fuera de sus manos, de sus pensamientos? ¿Podríamos hablar de una influencia de la psiquiatría, de la medicina, de la sociedad, de la misma madre, para que Damián sea asperger? Desde luego, estas preguntas quedan abiertas para la reflexión, de ninguna manera hay intención de responderlas directamente.

Tenemos que mencionar a una autista -como lo mencionamos páginas anteriores- probablemente una de las más famosas en la actualidad, ya que a escrito muchos

¹¹⁶ Pérez Damián, Ponencia *Vivir con Asperger* en Seminario “Síndrome de Asperger, un pensar diferente”, Organizado por “Centro Leo Kanner” Santiago de Chile el 5 de Septiembre del 2003.

libros acerca de su experiencia con el autismo como: *Pensar con imágenes: Mi vida con el autismo, Interpretar a los animales, etc.* Temple Grandin es ingeniera agrónoma y profesora de la Universidad Estatal de Colorado, ella recibió el diagnóstico de autista en 1950 y tal vez en parte debido al decidido soporte recibido por su madre, empezó a hablar y mostrar señales de progreso a la edad de cuatro años. En la década de los 60, y tras sus estudios generales, asistió a la universidad para finalmente graduarse con un doctorado en ingeniería agrónoma (*animal science PhD*). Se la considera líder filosófica tanto del movimiento de defensa de la calidad de vida de los animales como del movimiento de defensa de los derechos de los autistas.

En una entrevista realizada por Harvey Blume a Temple, algunos de los puntos más relevantes acerca de su experiencia con el autismo, son las siguientes:

HB: *Es cierto, Vd. no me está mirando.*

TG: *Sus ojos no me dicen nada.*

HB: *¿Qué ocurre cuando Vd. me mira a los ojos?*

TG: *Siento cierto rechazo. Los ojos se mueven mucho. Prefiero concentrarme en el timbre de su voz. Quiero escuchar su tono. Esta es mi guía, la misma que usan los animales. Mi pensamiento se parece mucho al de los animales. Los animales son muy sensibles al tono de voz. El contacto visual significa una amenaza o un reto.*

HB: *Oliver Sacks usó como título de su libro *Un antropólogo en Marte* una frase que Vd. utilizó para describirse a sí misma.*

TG: *Tuve que aprenderlo todo sobre cómo actuar y cómo jugar. Cuando era una niña pequeña, sabía que era diferente, pero no sabía en qué. Después fui a la universidad y leí en una revista que los hombres de las cavernas no podían fabricar herramientas a menos que tuvieran lenguaje. Me pregunté por qué necesitaban el lenguaje para desarrollar herramientas.*

*No me di cuenta de la amplitud de esta diferencia hasta que no escribí *Pensando en imágenes*, y empecé a preguntar a la gente. Lo mismo ocurre con los problemas sensoriales. Cuando era pequeña, el sonido hacía daño a mis oídos. No me di cuenta de que había algo biológicamente diferente en mí que me hacía más difícil escuchar los sonidos. Simplemente pensaba que los demás eran más fuertes. No entendía que mi capacidad sensorial era de alguna manera diferente.*

HB: *Está el caso de Jerry Newport, una persona genial que nunca podía conservar un trabajo, en parte porque siempre se llevaba a uno de sus loros al trabajo con él. El programa 60 minutos le dedicó una parte en la que describía que su momento clave ocurrió al ver la película Rain Man. Cuando al personaje autista le pedían que multiplicara mentalmente 4.343 por 1.234 en su cabeza, Jerry Newport dijo en voz alta 5.359.262 antes de que Dustin Hoffman diera la respuesta en la película. La gente sentada delante de él se volvió para mirarle. Y se dijo a sí mismo “Oh, oh, soy autista”.*

TG: *Jerry tiene una habilidad especial propia de un genio para los números; yo no soy capaz de hacer esto. Jerry no es tan visual como yo. Existe una escala continua. En un extremo están las personas como Jerry Newport (no muy visuales, con gran capacidad numérica y mucha memoria). En el otro extremo se encuentran las personas no verbales, con deficiencia severa, que necesitan estar supervisados durante toda su vida. A medida de que te vas alejando de Jerry, los problemas sensoriales tienden a agravarse. Es el caso de Donna Williams (autora de Nadie en ninguna parte: la extraordinaria autobiografía de una persona autista). Sus problemas sensoriales son tan graves que no puede ver y oír al mismo tiempo; no puede hacer las dos cosas simultáneamente.*

HB: *Escribe Vd. sobre autistas que perciben el sonido como un color, que pueden captar y sentirse molestos por un aleteo en una lámpara de luz de 60 ciclos por segundo, y que pueden oír mucho más allá del alcance normal del oído.*

TG: *A pesar de que tomo antidepresivos para calmar muchas de mis reacciones, puedo estar en un hotel y si alguien silba en la calle, literalmente, mi corazón empieza a palpar.¹¹⁷*

Por su parte Bettelheim tuvo infinidad de casos publicados, uno de ellos, fue el caso de un niño que llegó a su famosa casa Ortogénica, que en aquel tiempo tenía una gran campaña publicitaria y en una entrevista lo comentó llamándolo “El caso John”¹¹⁸ que era un niño mudo y replegado en sí mismo, haciendo alusión a la irresponsabilidad o desapego de los padres, menciona:

Sus padres pensaban que era un simple espíritu. Después de cinco años a nuestro lado, empezó a hacer progresos muy lentos: aprendía a leer algunas palabras, que olvidaba de inmediato. Nos contaba una

¹¹⁷ Grandin, Temple y Harvey Blume, *Entrevista con Temple Grandin*. Traducción: Cristóbal Santiago en “EspectoAutista.Info” 2009

¹¹⁸ Dreyfus, Catherine, *In memory of Bruno Bettelheim*, 1974 (p. 3)

serie de sueños en los que caminaba por una carretera, que de pronto encontraba cortada por un muro infranqueable.

Posteriormente conforme al tratamiento, Bettelheim poco a poco comenzó a ver avances en John, ya que él:

Sentía, sin saber por qué, que le era esencial ir más lejos. Comenzó entonces por apartarse del camino central para bordear el muro pero cuando trataba de continuar, surgía un nuevo muro, que avanzaba hacia él y amenazaba con aplastarlo contra el primero. Se despertaba dando gritos de terror. Luego trató de trepar el muro: al llegar arriba, perdía el equilibrio, y por poco se estrellaba al caer... Luego, el sueño experimentó una tercera variación: con su montón de piedras, John se construyó una casa. Meses más tarde, estaba curado.

Actualmente, "el simple de espíritu" es profesor de Universidad. Para salir adelante, tuvo que reconocer el valor de su "muro", de sus bloqueos, aprenderlo a utilizar, de manera constructiva. Bodearlo, franquearlo, limitarse a borrar lo que no servía de nada; equivalía a dejarlo sin protección.¹¹⁹

Joey, caso representativo de Bettelheim que llegó en 1950 a la Escuela Ortogénica, nos dice: "parece un robot accionado por telecomandos", un "niño se diluía en la nada". Su historia comenzó desde los 18 meses cuando Joey comienza a armar y desarmar invariablemente, a Joey solo le gustaban las máquinas y era totalmente indiferente con las personas. Una de las causas a las que Bettelheim le atribuye el autismo de Joey es que antes del nacimiento de Joey, su madre sufre una pérdida de un hombre al que ella amaba, después se casa con un militar (padre de Joey) que también sufrió un mal de amor. Nace Joey y comienza a tener síntomas que para Bettelheim eran dignos de atención, entre ellos: cólicos, golpea violentamente la cabeza y se balanceaba.

Bettelheim, haciendo y mostrando su teoría acerca de la ausencia afectiva materna, expone que la madre de Joey le daba los cuidados necesarios para que sobreviviera, sin embargo, los afectos brillaban por su ausencia. El niño se encuentra con un estado de vacío total y ante la indiferencia materna, él se aleja del mundo social y del lenguaje.

¹¹⁹ *Ibidem*

Luego, a los seis años suceden dos acontecimientos que marcarían la vida de Joey: por un lado lo egresan a un jardín de niños especializado y a un pensionado religioso severo, en segundo lugar, nace su hermanita a quien, dice Bettelheim, sí le dedican cuidados atentos. A partir de estos dos hechos, Joey construye nuevas defensas, su lenguaje cambia, por ejemplo, ahora ya no puede decir mamá y se intenta suicidar. Se suscitan frases que develan que *al niño lo controla una máquina que lo controla por telecomando*. Por ejemplo, los dibujos de este pequeño muestran la *“articulación de aceite” que lo protegía de una evisceración completa y la “transmisión del Binderator (...) que ciega”*¹²⁰

Por lo anterior, Bettelheim explica que el origen del autismo de Joey se deriva de una falta de reciprocidad con el otro, además de una falta de responsabilidad de la madre; actitud del entorno o sucesos específicos que engendra en el niño la convicción de una “amenaza de destrucción total” y desencadena el autismo.

Para Bettelheim hay varios movimientos psíquicos principales: por un lado hay un “retiro de las catexias del mundo exterior” que habla de una defensa contra la angustia de muerte y por otra parte, el niño crea un mundo personal, privado y sólo para él (en el caso de Joey expresado en su relación con las máquinas). Así que por lo tanto, para Bettelheim, la salida de un autista, es por un lado, sentir que puede enfrentar al mundo sin el riesgo de ser destruido y por otro lado, cambiar el mundo para su propio beneficio. Esto a través de la atención adecuada, los afectos, cariño y amor que estuvieron ausentes o malinterpretados por el niño y que ahora a través del acompañamiento de la escuela Ortogénica cambiaron.

Por su parte Jerusalinsky en su libro *Psicoanálisis del autismo*, expone varios casos, uno de ellos es el caso de *Malu: “La Mancha”*, niña de 11 meses de edad que llega a su consulta y dice: “la sintomatología es extraordinariamente clara y abundante y permite un diagnóstico inmediato de autismo”¹²¹ Algunos de los signos y síntomas que presentaba al momento de llegar eran los siguientes: señales de hipotonía generalizada (congénita) y una hipertricosis asociada a la

¹²⁰ *Ibidem*

¹²¹ Jerusalinsky, A. (1994). *Psicoanálisis del Autismo*. Nueva Visión: Argentina (p. 99)

obesidad; “mirada de reojo, balanceo cuando está irritada, se toca los dedos del pulgar e índice entre sí en un constante abrir y cerrar en ambas manos, y manosea la cadena que sujeta el chupete, quedando fascinada, se mira las manos y entra en éxtasis cuando se pone el chupete en la boca, cerrando las dos manos sobre él.”¹²²

Jerusalinsky, coincidiendo con varios de nuestros autores anteriores con respecto embarazo de la madre y por supuesto en el nacimiento del niño convertido en autista. En este caso, por un lado la madre, antes del nacimiento de Malu, la madre sufre una violación de la que queda embarazada y posteriormente se hace un aborto. *Este hecho quedó para ella como “una mancha y un asesinato”... Ella se siente “manchada” hasta hoy..., el término mancha se repite asociado a la hija, adquiriendo una expresión de materialidad que rompe su sentido metafórico.*¹²³

Esta “mancha” contribuye psíquicamente, según Jerusalinsky, a agravar y atenuar el distanciamiento entre Malú y los otros, empezando por sus padres.

Así que, comenta Jerusalinsky: “La madre, a su vez, la trata como una mancha que debe ser limpiada; la cambia inmediatamente cuando se ensucia las bombachas en las sesiones, le limpia la nariz, la baba; y esto la ocupa y la preocupa más que cualquier otra cosa”¹²⁴

Finalmente, vale la pena citar la conclusión de Jerusalinsky en base a los 5 meses de análisis con Malú y su familia, comenta:

La persistencia de un desarrollo intelectual vago, una significativa lentitud en el desarrollo psicomotor y la dureza de muchos de sus síntomas, la presencia de antecedentes en el embarazo y de señales clínicas muy precoces de significación neurológica, muestran la incuestionable presencia de factores orgánicos.

Sin embargo, la rápida evolución presentada por Malú en solamente 5 meses de tratamiento psicoanalítico, suyo y de su familia, evidencia la presencia de factores psíquicos en la dinámica de su autismo. Estos factores psíquicos, en lo que depende de la madre, la devolvían constantemente al campo de lo real; y desde el ángulo del padre, aunque le ofrecieran un espejamiento fugaz, la obligaban, por la propia naturaleza hiper-agresiva del espejamiento, a un distanciamiento rápido y excesivo.

Tenemos aquí un ejemplo de conjugación de factores psíquicos y orgánicos que contribuyen para agravar un cuadro y cuyo abordaje en la

¹²²*Ibid*

¹²³*Ibidem* (pp. 101,102)

¹²⁴*Ibidem* (p. 103)

*perspectiva de la función materna (desarrollada por la pareja parental)
abre el espacio de otra articulación simbólico/imaginaria para Malú.¹²⁵*

En el capítulo “Guerir les autistes” (Curar a los autistas), incluido en su estudio *La cause des enfants* (La causa de los niños, 1997), Françoise Dolto narra el caso de una niña autista tratada por ella y a la cual denomina la “telépata”:

Era una niña autista de cinco o seis años. Su madre me contaba que era intolerable viajar con ella en el tren no sólo porque hablaba sola sino porque le decía sus verdades a las personas que se encontraban en el compartimento... Una vez un pasajero vecino dijo a la mamá: “Voy a Paris a ver a mi marido...” Y la niña la interrumpió diciendo: “No es cierto, no es su marido, va a ver a un señor a quien su marido ni conoce...” La niña hablaba con una voz rara, sin dirigir la mirada, con apariencia de sonámbula.

Esta niña era un caso peculiar de autismo porque, además, era incapaz de usar la parte inferior de su cuerpo; no podía ponerse de pie; era necesario que fuese cargada; no podía ni caminar ni quedarse sentada. Cuando llegaba a algún lugar era necesario ponerla en el piso. De hecho, me parecía que me encontraba, bajo en nombre de autismo, con una histeria extremadamente precoz.

Recuerdo la primera vez que me vino a ver. Llegó cargada por su padre pues era demasiado pesada para su madre. La pusieron en el piso, en el tapete de mi oficina y yo fui a sentarme junto a ella. Yo quería entender por qué razón era incapaz de verticalizarse, dado que el ser humano es un ser que nace vertical. Yo partía de la imagen que el niño tiene de su cuerpo: el tiene una imagen fálica de su cuerpo. Nace parado porque las vías genitales de su madre son como una concha, como un cuerno de la abundancia que es estrecho al principio, en el centro de su madre y se hace cada vez más ancho en la vagina y la vulva; cuando el niño sale, si no pesase lo que pesa, llegaría cara a cara con su madre; eso es el nacimiento.” (p. 392).

Y Dolto continúa con la narración del caso:

La pequeña no se había sentado a la edad habitual, en esos días se creyó que había sufrido una encefalopatía. Yo no guardaba muchas esperanzas al ver por vez primera a esta niña que solo giraba sus ojos y parecía perdida. Si ella no estaba apoyada contra su padre o su madre, tenía las piernas fofas. A primera

¹²⁵ *Ibidem* (pp. 103,104)

vista era necesario que la parte alta de su cuerpo formase parte del cuerpo de su padre o del de su madre para que la parte baja de su cuerpo no fuese como el de una “muñeca de trapo”. Pero un elemento llamó mi atención: cuando era separada del cuerpo de su madre se quedaba completamente fofa y cuando era apoyada contra su padre se ponía dura como una estatua: ya no tenía las piernas de algodón sino rígidas. Por tanto no era parapléjica. Ella estaba injertada en el cuerpo de su madre y no contaba con la parte baja de su cuerpo. En mi consultorio, entonces, estaba en el piso. Yo puse mis dos manos alrededor de su talle –un poco más abajo, a la altura de su ombligo– y, en ese momento, la levanté; hice un pequeño movimiento para que pudiese sentarse; ella se sentó. Después, de golpe, la sostuve por el talle de manera que sus pies pudiesen tocar el piso y le dije: “Es así como te mantendrás parada tu misma”. En la visita siguiente la pequeña caminaba por mi consultorio, tocando todo, pero estaba como ausente y no se dirigía hacia su madre. Ella no sabía como era su cuerpo, era como si ella tuviese la pelvis de su madre y las piernas de su padre (quien la había llevado largo tiempo en los brazos). Yo trabajé con su madre, la cual la acompañaba. Por otro lado, el papá entro en un psicoanálisis. En el castillo paterno él vivía una situación dramática: su padre apenas le pagaba el salario mínimo, era un padre terrible que dirigía una fábrica y él, ingeniero, debía ser su valet. El hijo quería salir de esa situación de objeto, de perro faldero respecto a su padre y hacer realmente funcionar la fábrica (todos vivían de ella). Por otro lado, si él se iba de la fábrica era la ruina de toda la familia pues el padre estaba senil y era incapaz de administrarla bien. La madre, por otra parte, era la hija de un oficial del ejército que estaba siempre a disposición (ella había realizado dieciséis mudanzas desde que era niña) y nunca permanecieron largo tiempo en ninguna guarnición. Pero su madre y hermanas habían siempre sabido instalarse y organizarse en cualquier casa para hacerla habitable; finalmente, como buena hija de oficial no se planteaba cuestiones metafísicas; vivía en un mundo de intercambios materiales, con cortesía y civismo. Y había tenido antes dos hijos sanos. Pero la última –esta niña que yo trataba– había estado muy enferma al nacer y había atrapado esta anomalía extraña que yo juzgué como una histeria precoz. ¿Qué es lo que había pasado? La niña tenía, simplemente, un retraso de dos años: ella fue finalmente retomada por su madre como un bebé de dos años.

Yo le dije que su hija era muy inteligente y que ella debía tener la fuerza para afrontarlo.

Durante dos años recibí a la madre y a la hija juntas. Venían a verme casi cada dos meses. Reconstruimos juntas, en palabras y recuerdos contados por su madre y retomados por mí, todo el camino de su infancia para que la niña se reencontrase con su vida y con el derecho de ser sí misma. Cuando vino aquí al principio no hablaba; pero se puso a hablar muy pronto y justamente a la manera de un bebé que toma la palabra y, telépata, dice a todo mundo sus verdades al mismo tiempo que dice lo que piensa y siente de la realidad de las cosas. A los siete años, la pequeña entró a la escuela maternal, en una escuela privada que la recibió como si ella tuviese sólo tres años mientras que tenía la edad y la talla de una niña de siete años. Y ella se desarrolló a partir de ahí y tuvo una vida social con dos o tres años de retraso escolar y de maduración, por lo que manifestaba los intereses de una niña de menor edad. Y todo se desarrolló bien con esta niña que ahora se convirtió en mujer. Cuando tenía nueve años y medio hubo un pequeño baile de disfraces y la pequeña no quería perderselo de ninguna manera. Ella quería tener un disfraz y dijo a su madre: “Quiero que me hagas el vestido que la señora me hizo –la señora era yo–, la señora que me curó –¿Qué vestido te hizo? –Tu sabes, ella me hizo un tutú de plátano.” Plátano: forma fálica que se come. Era la fantasía que ella había tenido cuando la levanté con mis dos manos tomando su talle para permitir de esa manera a sus pies tocar el suelo. Esa fantasía, la cual le había devuelto la imagen de su verticalidad individuada sobre unas piernas incapaces de llevarla, ella quería que su mamá se la confeccionase. Cuando la mamá finalmente le probó el tutú de “plátanos”, la pequeña la abrazó como nunca lo había hecho y le dijo: “¡Qué buena eres mamá!” Y la niña tuvo mucho éxito con ese disfraz.

Después de esa fiesta, todo estuvo muy bien para ella.” (1997: 392-394).

ENTREVISTA ANA MARÍA FABRÉ DEL RIVERO

Como parte del proceso exploratorio genealógico, se decidió entrevistar a la importante Dra. Ana María Fabre del Rivero, profesor titular en la Maestría en Psicoterapia para Adolescentes en la Universidad Nacional Autónoma de México desde el 2008; además, catedrática, tutora y supervisora del área del posgrado de la Facultad de Psicología y miembro activo y fundador en AMERPI. La entrevista se llevó a cabo en la Ciudad de México en Coyoacán.

Al llegar con la Dra. Fabre, nos encontramos con un espacio lleno de juegos, un hermoso sillón rojo, un diván en el fondo, sillas, una mesa-escritorio lleno de plastilinas, juguetes y cosas curiosas con las que a cualquier niño le gustaría jugar. Había una especie de baúl debajo de una casita de madera con tintes artesanales con muñecos y dinosaurios que la acompañaban.

La Dra. mostrándose amable y profesional al trato, contestó a la primera pregunta acerca de su formación y actividad en el terreno de la psicoterapia infantil:

Acerca de ello comento que su formación principalmente proviene de la Escuela Inglesa. Formación psicoanalítica con argentinos, paraguayos, uruguayos como Esperanza Plá¹²⁶, con quien trabajó temas como la psicosis en adultos y psicosis infantil. Durante mucho tiempo se reunían para comentar, como un grupo contenedor, casos extremadamente difíciles.

También, junto con la Psicoanalista Paraguaya Ma. Eugenia Escobar¹²⁷ trabajó lectura y trabajo psicoanalítico con niños gravemente perturbados. Con la Dra. Manonni presentó varios trabajos en París, quien reconocía mucho el trabajo de la Argentina Arminda Aberastury, por ejemplo.

Mucha lectura de Lacan, grupos de estudio, grupos de trabajo revisando a: Sterbig, Tustin, Klein, Winnicott.

En su formación interna, realizó observación de bebés¹²⁸: *“Si tu no manejas esas angustias tan primitivas no puedes trabajar muy bien.”* Dijo.

126 Médico psiquiatra, psicoanalista de la IPA y de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya y Mexicana. Desde hace 25 años participa de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Psicosis infantil y el Retardo Mental (AMERPI) y, desde hace cinco, del Espacio de Desarrollo Infantil e Intervención Temprana (EDIIT)

127 Miembro de la Ecole Lacanienne de Psychanalyse, de gran trayectoria clínica ha escrito diversos libros y artículos en revistas especializadas.

¹²⁸ Observar a un bebé 2 años como condición para atender a cualquiera.

Acerca de AMERPI (Asociación Mexicana para el estudio del Retardo y la Psicosis Infantil) comentó que se constituyó como un grupo de reunión¹²⁹, un grupo para comentar casos difíciles.

“Todo nuestro grupo ha hecho cosas importantes, por ejemplo: Esperanza fundo EDIIT, Carlos Lomas hizo ITACA¹³⁰, Araceli Franco: REDES, somos un grupo importante. Invitamos gente de España, Latinoamérica y Francia.”

En referencia a la diferencia entre autismo y psicosis. Expuso claramente que el autismo...

...es una forma de relacionarse muy particularmente con la vida, es difícil para los padres. En el autismo hay algo que falla, no solo porque la madre sea “not enough” sino porque muchas veces las madres sufren algo muy traumático y el niño puede resultar afectado, le desencadena cosas psicóticas el embarazo. Por ejemplo, los bebés prematuros que están mucho tiempo en la incubadora.

La salida del autismo es la psicosis, en el delirio, si no quedan como chicos muy limitados.

Desde el psicoanálisis es caso por caso. Es soportar que para el niño no existes, como si fueras una extensión de su cuerpo, es un acompañamiento. Si tú quieres jugar con ellos, hay una limitación, el juego no existe, no han construido la capacidad del juego.

Yo trabajo con el niño y la familia... si es que hay. Regularmente los padres se llenan de actividades y no pueden. Las mamás se vuelven sus ojos, su nariz, sus piernas, las aísla de su vida de pareja.

Son pacientes “limitrofes”, pudieron haber sucedido muchas muertes antes del nacimiento del bebé, por ejemplo.

En una conferencia (Pierre Olarte) habló de una niña autista que parecía muerta: “una niña como la bella durmiente”, debe ser realmente angustiante tener una hija así, como muerta!

Tuve un caso de autismo residual que terminó la secundaria pero no sabe cómo vivir en el mundo.

En el consultorio una paciente llegó y tocó la nueva alfombra que recién había puesto, y dijo que “no” repetitivamente. Es raro, si mueven medio milímetro de un objeto, se descomponen. Caminan como crustaceos, caminan de forma robótica.

¹²⁹ Integrantes de AMERPI-Teseo: Amalia Gómez Cotero, Alma Toledo, Ana Luisa Muñoz, Ana María Fabre, Araceli Franco, Beatriz Olguín, Bertha Loret, Carlos Lomas, Celia Delgado, Clara López Loyo, Emilio Rivaud, Elena Ortiz, Esperanza Pérez de Plá, Eunice Grange, Guadalupe Sánchez, José Gómez, Juan Alberto Litmanovich, Juan Guillermo Rodríguez, Judith Harders, Lizette Uribe, Marcela Barruel, María Rosa Díaz, Mariana Osorio, Marisela Cruz, Martha Duarte, Martha Patricia García, Luz González, Paloma García Alzola, Rossana Zarauz, Vanessa González y Mireya Zapata

¹³⁰ Proyecto de atención, formación e investigación en Acompañamiento Terapéutico

Al preguntarle, ¿cómo fue que se interesó en tratar a estos chicos especiales, a estos casos difíciles? Contesto:

Alguna vez atendí a un chico con malformación de la cabeza, había tenido sufrimiento fetal, cuando su madre lo arrullaba, aullaba como un perrito. Después de ahí me enviaban sordos, ciegos, etc., te haces de un prestigio y después me llegaban muchos casos difíciles. También tuve la capacidad de conectarme con sufrimientos más profundos. Lo que hago es acompañar al niño, solamente.

Parafraseando a la Dra. Fabre, nos dice que un libro muy recomendable del tema autismo es: *Not welcome child* (1929) de Ferenczi, donde plantea acerca de la psicogénesis del trauma infantil y esto nos puede llevar a explicar algo del autismo. Este trauma puede originarse no sólo por acciones y eventos sino también a causa de la no investidura del niño por parte de los padres. Nos habla de que existe la posibilidad de que los niños acogidos con frialdad y sin cariño mueran fácilmente por voluntad propia, pero si escapan a esto, se quedarán siempre con un pesimismo y disgusto por la vida. Para Winnicott hay un holding, la madre descifra el cuerpo del bebé y Bion habla sobre una ensoñación entre la madre y el hijo, hay una falla en el vínculo de comunicación.

Acerca de las clínicas psicológicas que utilizan la terapia de Lovaas como la de elección, la Dra. opina:

Sobre su delirio se pone otro delirio, es un amaestramiento.

La cuestión aquí es ver si el niño puede descubrir que existe como sujeto. Que te hagan una existencia real.

El autismo está unido a varios elementos: El dolor, por ejemplo; está alterado el esquema corporal y es una cuestión sensorial.

Hay un problema de diagnóstico entre: retardo, problema neurológico, autismo o puede ser una conjunción de ellos. Hay un problema de fonación: hablan como caricatura!!, no pueden contestar a lo que le preguntas, tienen ecolalia.

En el autismo, hay un vínculo psicótico entre la madre y el hijo. Es una locura!

Respecto si el autismo es curable...

Sí!!! Yo he visto como devienen sujetos.

Lo mejor es detectar el autismo más temprano, desde bebés.

¿Cuáles son los síntomas?

Se chupan el cabello, la rodilla, se tocan mucho la cara, cuestionan todo el tiempo.

En “Psicosis Infantil y Retardo Mental”, primera publicación de AMERPI, se refleja la posición teórica y clínica expuesta en la Primera Jornada de la Asociación en febrero de 1988, tratando temas como el síndrome de Down, el autismo y varias psicosis infantiles, el tema de el niño, su familia y la práctica privada e institucional.

En el primer escrito llamado *Infancia y Locura*, La Dra. Esperanza Pérez de Plá habla sobre Martín, un niño diagnosticado como autista desde los tres años

*“... y desde entonces está en tratamiento psicoanalítico. Ha mejorado apreciablemente: habla, está aprendiendo a leer y escribir, juega. Sin embargo durante las sesiones analíticas vemos que persisten serios trastornos psicóticos, que en su desempeño social lo vuelven un niño raro, “atípico”.*¹³¹

(...)

En esta viñeta se manifiestan situaciones clínicas que tienen un gran valor para el tratamiento de niños psicóticos y que también se presentan en el desarrollo normal, que yo he designado como “situaciones en espejo”. Lo que acabo de relatarles nos muestra que Martín tiene serias fallas en su desarrollo temprano y especialmente en lo que Lacan llamó “estadio del espejo” y que ubicó entre los 6 y los 18 meses de vida. Corresponde a una etapa de constitución narcisista en la cual el espejo reflejante es la madre (o padres) o su sustituto. En esta relación narcisista especular se despliegan dos aspectos, uno vital de reconocimiento del sí mismo en la imagen, otro cautivante y mortífero, destructivo.

Las afirmaciones que planteo a continuación tienen sin duda un valor clínico pero en absoluto pretenden dar pie a generalizaciones excesivas.

1. He encontrado que los padres de estos niños, y especialmente la madre, han tenido fantasías monstruosas y/o imágenes de indiferenciación de manera repetitiva precediendo el nacimiento, y éstas se vinculan con figuras significativas de la historia familiar que mueren temprana y/o trágicamente y con las que el niño resulta identificado inconscientemente o en forma explícita.

¹³¹ AMERPI (*Asociación Mexicana de Estudio del Retardo Mental y la Psicosis Infantil*) (1988). *Psicosis Infantil y Retardo Mental*. Volumen I Año I. Grupo Teseo (p.23)

2. Se observan también graves distorsiones de la estructura edípica con alteraciones de la ley de las generaciones y transgresiones incestuosas reales o fantaseadas.
3. El padre desempeña inadecuadamente su papel de tercero que interviene limitando el vínculo entre madre e hijo; no puede entonces ser portador de la ley simbólica.

Capítulo 6. Conclusiones

En las remotas páginas de cierta enciclopedia china que se titula *Emporio celestial de conocimientos benévolos* está escrito que los animales se dividen en a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas.

Jorge L. Borges, *Otras inquisiciones*. (11)

290-294: Psicosis asociadas con síndromes orgánicos cerebrales, 295-299: psicosis no atribuidas a condiciones físicas previamente enunciadas, 300: neurosis, 301: trastornos de la personalidad, 302: desviaciones sexuales, 303: alcoholismo, 304: dependencia a drogas, 305: trastornos psicofisiológicos, 306: síntomas especiales no clasificados en otra parte, 307: perturbaciones situacionales transitorias, 308: trastornos del comportamiento de la infancia y de la adolescencia, 309: síndromes orgánicos cerebrales no psicóticos, 310-315: oligofrenias, 316: desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico manifiesto, 317: condiciones no específicas, 318: sin trastorno mental, 319: términos no diagnósticos para uso administrativo.

*American Psychiatric Association, DSM of Mental Disorders.*¹³²

Gracias a la aplicación lo más rigurosa posible del método genealógico foucaultiano, se han abierto ante nosotros una serie de maneras nuevas de entender el fenómeno del autismo.

Con el objeto de hacer mas claras esas ideas las dividiremos en tres apartados: el referente a la definición del fenómeno, el referente a su diagnóstico y, finalmente, el relativo a su tratamiento.

¹³² Epigrafs tomados del estudio de Nestor Braunstein: *Psiquiatría, Teoría del Sujeto, Psicoanálisis*, SXXI, México, los cuales con su sola asociación muestran el caracter absurdo de esa primera versión del DSM.

De la definición del autismo

Son múltiples los autores que definen a los autistas como "marcianos" (Kanner, Bettelheim). Otros, como Dolto, nos abren nuevas posibilidades de significación cuando nos indican que el autismo es un fenómeno exclusivamente humano, que su carencia de capacidad comunicativa es específicamente humana. Dolto está, por tanto, indicando que no existe el autismo entre los animales. Y aquí podemos preguntarnos... ¿Será cierto? ¿Cómo sería un animal autista? Y respuesta que se nos ocurre es simple: un animal autista es aquel animal de naturaleza gregaria que no se comunica con sus congéneres. Sería como una hormiga que es incapaz de reaccionar como las demás y trabajar en pro del bienestar del hormiguero, o como una abeja que sólo se preocupase por su propio beneficio, es decir, una hormiga sin hormiguero, una abeja sin panal. Un lobo autista sería incapaz de reaccionar como jauría ante una amenaza al clan. Es decir, devendría un lobo solitario, uno que difícilmente sobreviviría al invierno de las estepas.

Pero nosotros conocemos otro tipo de animales que hemos logrado olviden en buena medida sus instintos gregarios, me refiero a los animales humanizados, los animales domésticos, esos incapaces de morder o de reaccionar agresivamente ante los humanos. Un autista entre esos animales humanizados sería como un perrito o un gato que no reaccionase ante nuestras caricias pidiendo más de ellas, sino que simplemente se alejase y no respondiese. Cualquier persona que tiene animales domésticos sabe que sus queridas mascotas reaccionan ante sus cariños. Presentan ese rasgo típico del amor: son recíprocos. Un animal autista sería aquel incapaz de ofrecer una reacción de reciprocidad. Y podría haberlos... aunque no creo que sus dueños aceptasen conservarlos demasiado tiempo.

Y esta digresión nos permite comprender mejor la sensación que tienen los padres de los niños autistas pues nos permite acercar el fenómeno a las patologías del amor. El autista sería similar a una mujer o a un hombre narcisista. Si recordamos el estudio presentado por Freud sobre el tema (Introducción del narcisismo¹³³) sabremos que el narcisista es incapaz de establecer relaciones de objeto, es decir, es incapaz de ser recíproco en sus relaciones vinculares. Como

¹³³ Freud, S (1987) Introducción al narcisismo. Amorrortu, Buenos Aires.

alguien que no es correspondido con el amor de otro.

La sensación de los padres de los autistas debe ser igual de aterradora: ¡sus hijos no responden a sus caricias! Y eso lo sienten, eso se siente. Es muy probable que las madres sean "como refrigeradores" (según Bettelheim y Kanner) como una manera de defenderse ante la ausencia de respuesta de sus hijos... O que ellos sean "como refrigeradores" ante la carencia de respuesta de sus madres... ¿Quién comenzó el desamor? Ese es otro elemento a averiguar.

Sin embargo, consideramos que haber establecido con claridad el punto de la ausencia de reciprocidad como un elemento clave de la definición del autismo puede ayudar a la elaboración del diagnóstico, para lo cual será necesario ahondar en las causas del mismo.

Diagnosticar el autismo

Como hemos podido apreciar a lo largo de este estudio, no es sencillo determinar las causas del autismo, si son más los factores genéticos o los factores sociales, o una mezcla de ellos, los que inciden en la producción de un autista. Parece que existen dos tipos básicos de autistas: por una parte están los autistas en los que sí influyen de forma tajante las afecciones de la corteza cerebral o la subcorteza (los cuales hasta el momento no tienen cura), y por otra parte, aquellos que son autistas o se han convertido en autistas por influencia social, por eventos ocurridos durante su vida, por cuestiones que tienen que ver con la familia, con sus costumbres, problemas psicológicos, que han llevado a los niños a padecerlo. Para éste segundo tipo según estos expertos, sí existe un tratamiento y hasta una posible cura, ya sea por medio de algunas terapias especializadas o gracias al psicoanálisis.

El "autismo", consideramos, desde el punto de vista nosológico es un concepto aun pobremente definido que reúne un fenómeno que puede ser generado por múltiples causas. Para usar un parangón, el autismo es como un dolor abdominal. Un dolor abdominal es, en múltiples ocasiones, difícil de diagnosticar y de plantear la estrategia de tratamiento correcta. La causa del dolor puede ser una afección gástrica (desde gastritis y colitis hasta úlceras gástricas y hernias), del sistema reproductor (infecciones y demás afecciones ováricas) o incluso de otros

órganos que pueden “reflejar” el dolor en esa zona (vejiga, vesícula biliar, columna vertebral, etc.). El dolor de vientre es tan difícil de diagnosticar que algunos doctores prefieren no interrumpir el dolor con analgésicos para poder notar con mayor precisión la fuente del mismo. Y sólo una vez bien determinada la causa el médico se permite desarrollar el programa terapéutico.

En el caso del autismo nos parece que nos encontramos ante un problema similar. El autismo es un fenómeno simple: los niños hablan muy poco, no establecen vínculo social y están obsesionados con el orden. La causa de ello puede ser múltiple: una afección cerebral congénita (genética) que les impide apreciar las muestras de afecto que les son dirigidas, un problema neonatal (anoxia, envenenamiento), una intoxicación por alguna sustancia extraña (contaminantes, vacunas), un problema psíquico neonatal (la separación temprana y prolongada de su madre), una carencia de afecto por parte de sus padres (“madres como refrigeradores”, decepción de los padres ante el sexo del hijo, etc.) o una situación socioambiental muy complicada (duelo, bullying).

Y cada uno de esos “autismos”, dado que tienen causas diferentes, deberá tener tratamientos también diferentes.

Consideramos que los fracasos tanto en el encuentro del “gen causante del autismo” como de los diversos tratamientos derivan de considerar que el autismo es *uno sólo y el mismo*. Muy probablemente ello no es así.

Del tratamiento del autismo

Derivado de los apartados anteriores, podemos concluir que no es sencillo establecer un tratamiento único y válido para todos los casos de autismo.

Es menester por tanto, y en primer lugar, saber a qué tipo de autismo nos enfrentamos.

Si la causa es orgánica derivada de una lesión cortical o de un problema genético, su tratamiento tendría que ser en ese orden. El actual y apresurado desarrollo de la neurología y las ciencias genómicas nos permite soñar con una curación de este tipo de autistas.

Si la causa es orgánica derivada de una intoxicación (la aplicación de una vacuna o la ingestión de una sustancia venenosa) se deberá actuar en contra de la misma o esperar a que pasen los efectos, lo cual no necesariamente ocurre. Es en estos

casos en los que pueden ocurrir curaciones "milagrosas" es decir, derivadas de la resiliencia del organismo a las sustancias extrañas. Pero, lo reiteramos, puede ocurrir que el cuerpo haya quedado tan envenenado que la recuperación sea imposible. Si la causa es psicógena, tampoco el éxito coronará todos los esfuerzos.

En el narcisista podemos apreciar que su patología no es necesariamente recuperable. El Narciso del mito, precisamente, es una muestra de "fracaso terapéutico": después de hacer sufrir a todos aquellos que se acercaban a él (por su incapacidad para responder al amor que se le ofrendaba) termina embelesado con su propia imagen y muriendo a consecuencia del amor por sí mismo.

La amada absoluta, esa que es amada por todos –y a consecuencia de ese mecanismo definido por Pichón Rivière como la depositación¹³⁴– es incapaz de construir una reacción amorosa y, por tanto, de conocer el amor. La amada absoluta, a causa de su narcisismo, no ama.

Afortunadamente los casos de amado o amada absoluta son muy raros y difícilmente llegan al consultorio del psicoanalista.

El narcisismo cuando no es absoluto es factible de cura. En el Seminario de *La transferencia*,¹³⁵ Lacan, refiere la manera como Sócrates liberó al hermoso Alcibiades de su narcisismo. Y lo hizo en dos etapas: primero le manifestó su amor de todas las maneras posibles: lo buscaba, reconocía, alababa... incluso llegó a dormir en el portón mismo de la casa de Alcibiades.¹³⁶ Y cuando el Narciso decidió dar una oportunidad a su amante ofreciéndosele en el lecho, Sócrates no reaccionó aceptando su amor sino que, tal y como denunció un Alcibiades borracho al final de el diálogo *El banquete*: "Sócrates durmió conmigo como si se tratase de mi hermano". Esta no respuesta del filósofo ocasionó en el apuesto y

¹³⁴ En su trabajo con familias de enfermos mentales, E. Pichón Rivière estableció que "el enfermo de la familia" era el depositario de toda la locura familiar, lo cual permitía a los demás estar libres de patología. En consecuencia, tan pronto el enfermo mejoraba gracias al tratamiento, la enfermedad volvía al resto de los integrantes de la familia ocasionando problemas adicionales. De manera similar, cuando, por ejemplo, los padres de una adolescente rechazan abierta y tajantemente al gañán enamorado de su hija lo único que consiguen es que su hija se enamore aún más. Ello ocurre, indica Pichón, porque ellos se han hecho depositarios de la propia capacidad de juicio de su hija, la cual puede, libremente, arrojarse a la pasión, sin juicio ni consciencia que la obligue a reflexionar sobre las consecuencias de sus actos (Cfr. Pichon-Rivière, *Teoría del vínculo*, Siglo XXI, México, 1980).

¹³⁵ Lacan, J., *La transferencia*, Paidós, Bs. As.,

¹³⁶ Platón, *El Banquete* en *Diálogos Socráticos*, Gredos, Madrid.

narcisista Alcibiades una reacción simple: paso él mismo a convertirse en el amante y a perseguir a Sócrates en todas las oportunidades posibles, es decir, a sufrir los efectos del amor. Sócrates logró producir en Alcibiades un cambio subjetivo (de ser amado a amar) y regalarle la posibilidad del establecimiento de relaciones vinculares. Ciertamente no logró convertirlo en un "ser de la filosofía" pues el sobrino de Pericles estaba demasiado destinado a la política, pero si lo curó de su incapacidad de amar. Y aquí no sobra recordar que el amor es, a pesar del sufrimiento que conlleva, una de las máximas aspiraciones posibles de la vida, aquello que nos hace humanos y miembros de una sociedad civilizada. No por nada Freud mismo, cuando se le preguntó al desembarcar en las costas americanas a que podía aspirar alguien que se psicoanalizase respondió que sería capaz "de amar y trabajar".

De este pequeño ejemplo podemos derivar que el tratamiento del autismo psicógeno implica necesariamente dos etapas claramente definidas: la primera de acercamiento e interés por parte del terapeuta y la segunda de toma de distancia, de espera de la reacción del narcisista, de un "hacerle falta". Hacerle falta que no debe ser leído solamente como "no estar presente" sino como "construirle carencia" "hacerle agujero" para que sea capaz de enlazarse con otro. Y aquí no podemos sino recordar la imagen del Lacan que definía el amor, hacia el final de su vida, como dos toros¹³⁷ enlazados... El amor ocurre gracias a que ambos tienen agujero para enlazarse con el otro.

Quizás cada uno de esos "autismos", dado que tienen causas diferentes, deberá tener tratamientos también diferentes. Por lo tanto, los fracasos tanto en el encuentro del "gen causante del autismo" como de los otros y diversos tratamientos, puede derivar de la creencia de que el autismo es *uno sólo y el mismo*. Muy probablemente ello no es así.

Y es que quizá en lo que debemos pensar ya no es en ¿cómo curar el autismo? sino en ¿cómo humanizar a los afectados? Afortunadamente el autismo psicógeno es recuperable y la formación analítica puede permitir establecer, en cada caso, el vínculo adecuado para resolver la problemática y así humanizarlos.

¹³⁷ Nos referimos, por supuesto, no al animal sino a esa figura topológica de dos dimensiones que se asemeja a una llanta.

B I B L I O G R A F Í A

1. American Psychiatric Association (APA), (2000), DSM.IV-TR. Barcelona: Masso
2. Benítez-Burraco, A. (2008), “*FOXP2* y la biología molecular del lenguaje: nuevas evidencias. II. Aspectos moleculares e implicaciones para la ontogenia y la filogenia del lenguaje”, *Revista Neurológica*. 2008; 46: 351-359.
3. Bettelheim, B. (2001), *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo*, Paidós, Barcelona.
4. Braunstein, N., (1980) *Psiquiatría, Teoría del sujeto, Psicoanálisis*, Siglo XXI, México.
5. Capurro, Raquel (2004), *Del sexo y su sombra. “Misterioso hermafrodita” de Michel Foucault*, Epeele, México.
6. Cecchi, V. (2005). *Los otros creen que no estoy. Autismo y otras psicosis infantiles*, Lumen, Buenos Aires.
7. Cruz Martínez, Ángeles,(2.12.2007) “El autismo es el tercer trastorno mental más común en los niños”, *La Jornada*.
8. Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5,(2014) American Psychiatric Association
9. Dolto, Françoise (1997), *La cause des enfants*, Robert Laffont, Paris.
10. Dolto, F. (2004). Seminario de psicoanálisis de niños I. México: Siglo Veintiuno.
11. Dreyfus, Catherine, (1974) *In memory of Bruno Bettelheim*, (on line)
12. Dra. Bassi, Clara (2008) Revista médico-científica, *Clinical Neurophysiology* http://www.consumer.es/web/es/salud/investigacion_medica/2008/02/26/174826.php

13. Foucault, Michel (1991), *La verdad y las formas jurídicas*, Gedisa. Barcelona.
14. Foucault, Michel (1996), *Genealogía del racismo*, Caronte Ensayos. Argentina.
15. Foucault, Michel (1999), *Los Anormales. Curso en el Collège de France (1974- 1975)*, FCE, México.
16. Foucault, Michel (2000), *Nietzsche, la genealogía, la historia*, Pre-textos, Madrid.
17. Foucault, Michel (2007). *“El nacimiento de la clínica”. Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México.
18. Foucault, M., (1980) *Las palabras y las cosas.*, FCE, México.
19. Freud, S (1987) Introducción al narcisismo. Amorrortu, Buenos Aires.
20. Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. Fondo de Cultura Económica, México.
21. Grandin, Temple, (1992) *Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Vol. 2, Number 1, Mary Ann Liebert, Inc., Publishers.
22. Grandin, Temple y Harvey Blume, (2000) *Entrevista con Temple Grandin*. Traducción: Cristóbal Santiago en “EspectoAutista.Info”
23. Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. (2008) Ministerio de Sanidad y Consumo, España. *Revista Neurológica*.
24. Hacking, Ian (1988), “La arqueología de Foucault”, en Couzens, David (comp.), *Foucault*, Nueva Visión. Buenos Aires.
25. Hacking, Ian (2001). *¿La construcción social de qué?*, Paidós, Barcelona.
26. Jerusalinsky, A. (1994). *Psicoanálisis del Autismo*. Nueva Visión: Argentina
27. Jerusalinsky, A. (2002) *Para entender al niño. Claves psicoanalíticas. Memorias del Seminario “Claves para entender a un niño”*, Clínica psicoanalítica con niños que tuvo lugar en Quino, Aedra

28. Lacan, Jacques, (1984) "Simbólico, Imaginario, Real. Conferencia del 8 de julio de 1953", *La nave de los locos* 7, México.
29. Lacan, J., *La transferencia*, Paidós, Bs. As.,
30. Lovaas, O.I. et al. (1989). The Me Book: Manual de tratamiento de niños con trastornos del desarrollo. Edición electrónica <http://www.psicodiagnosis.cat/downloads/librolovaas.pdf>
31. Mahler, M. (1980). Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz.
32. Madaule, Paul L. Ps., (2014, Enero) *Centro Tomatis México. Autismo*, (on line)
33. Ráez, Liliana, (2006, 9 Diciembre) *Entendiendo el autismo: de Winnicott a la teoría del apego y la intersubjetividad*. En Revista de Psicoanálisis con Niños For-Da.
34. Rev. Psiquiatr. Psicol. Niño y Adolesc; 2001, 2 (1) Ornitz, E.M. *The functional neuroanatomy of infantile autism*. Int. J. Neurosci 1983
35. Segal, H. (2008). Introducción a la obra completa de Melanie Klein. Paidós: México.
36. Soler, C. (2008). Estudios sobre las psicosis. Manantial: Argentina
37. Schreibman, Laura, (2005) *The Science and Fiction of autism*, Harvard.
38. Sigman, M. (1993). *Departamentos de Psicología y Psiquiatría. Universidad de California Los Angeles*. Recuperado el 03 de Junio de 2009, de http://www.aetapi.org/congresos/salamanca_93/desarrollo_02.pdf
39. Sartre, Jean-Paul. (1980) *El Ser y la nada*, Alianza Editorial, México.
40. Santo Stefano, S (1990) : *Terapia de control cognitivo con niños y adolescentes*. Pirámide.
41. Ornitz, E.M. (1983) "The functional neuroanatomy of infantile autism", *International Journal of Neurosciences*, 1983 May;19(1-4)
42. Platón, El Banquete en *Dialógos Socráticos*, Gredos, Madrid.

43. Paluszny, María (1991), *Autismo. Guía práctica para padres y profesionales*, Trillas. México.
 44. Pérez Damián, (2003 Septiembre) Ponencia *Vivir con Asperger* en Seminario “Síndrome de Asperger, un pensar diferente”, Organizado por “Centro Leo Kanner” Santiago de Chile.
 45. Tamayo, Luis (2004), *El discipulado en la formación del psicoanalista*, Instituto de Cultura de Morelos, México.
 46. Tamayo, L., La voz del analista, una de las voces del analizante, en *Carta psicoanalítica 4*.
 47. Tamayo, L. No hay nosología psicoanalítica, *Revista Gran Diván 1*, Taller de Investigaciones Psicoanalíticas, México, 2015 (en prensa).
 48. Thomas, Marie Claude. Conferencia hoy en el Instituto de México. *Francesa aborda autismo desde el psicoanálisis lacaniano*. http://www.nacion.com/ln_ee/2008/febrero/27/aldea1440512.html
 49. Kuhn, Thomas, (2004) *Estructura de las revoluciones científicas*, FCE, Octava reimpresión, Argentina.
 50. Utría Rodríguez, Oscar E, et cols., “Factores epigenéticos de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Análisis comparatvo entre Autismo y Síndrome de Asperger”, *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 2001, 2 (1): 61-67
 51. Wign, Lorna (1981), *La educación del niño autista. Guía para los padres y maestros*. Paidós, Buenos Aires.
 52. Cruz Martínez, Ángeles, “El autismo es el tercer trastorno mental más común en los niños”, *La Jornada*, 2.12.2007.
 53. Schreibman, Laura, (2005) *The Science and Fiction of autism*, Harvard.
-