

# Distintos subtipos o distintas evoluciones dentro del diagnóstico del TEA.

## Un interrogante en el acompañamiento a nuestros pacientes

– Margarita Alcamí Pertejo <sup>1</sup> –

**Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de Niños y Adolescentes. Hospital Universitario La Paz. (Madrid)**



### JUSTIFICACIÓN

Al final de 2020, sumidos aún en el golpe de la Pandemia por Sars-Cov2, recibo la petición de colaborar en la Revista *eipea*. El tema propuesto no es fácil... pero eso es signo de identidad de la Revista.

En el nº 6 (2019), desde el Consejo Editorial realizaron una supuesta sencilla pregunta a un grupo de profesionales: “¿Qué define estructuralmente el autismo?”... en 200 palabras. Las respuestas que fueron recibiendo les mostraban las diferentes miradas, los distintos planteamientos respecto a lo que definía para esos profesionales el autismo... y “todos los escritos nos acercaban a la respuesta que buscábamos y nos ayudaban a reconsiderar, una vez más, esa pregunta”.

En su respuesta a esa pregunta, Josep Maria Brun deja planteado cómo nos lanzamos a hablar de conceptos que nos han ayudado a comprender y posicionarnos más adecuadamente, pero pocas veces dirigimos nuestra mirada al “trasiego emocional que despiertan en nosotros el contacto y la convivencia con el autismo...”.

He tenido la oportunidad de encontrarme con el autismo en las diferentes consultas de la red asistencial en que ha transitado mi quehacer profesional (consultas hospitalarias, Servicio de Salud Mental, Hospital de Día, urgencias...). Desde hace años mi lugar de encuentro es desde un Hospital terciario de alta complejidad médica pediátrica. No realizo tratamientos específicos con los niños/as con TEA y sus familias, sino consultas de seguimiento. En un número reducido de ellos he conseguido mantener actividades terapéuticas grupales. Se me ha permitido caminar junto a ellos y los interrogantes respecto a si lo que veía eran distintos subtipos o distintas evoluciones ha estado siempre en mi encuentro con el autismo. Como respondía Lúcia Viloca a la pregunta de 2019, la relación con las personas con TEA o autismo “te aporta una profundidad inexplicable y te ayuda a mantenerte en la búsqueda del enigma, a la vez que te permite sentir vivencias de inaccesibilidad que te hacen más humilde”. Animo a quien quiera adentrarse en la lectura de este artículo a realizarlo desde la humildad de buscar interrogantes más que encontrar respuestas; desde la renuncia a tener el saber en nuestras manos.

### COMIENZO DESDE LA HISTORIA DEL AUTISMO

Kanner en 1943 describe a once niños con lo que denominó “Trastornos autistas del contacto afectivo”. Plantea que “el desorden fundamental, patognomónico, sobresaliente, es su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida”.

En la actualidad, el autismo está conceptualizado como un Trastorno del neurodesarrollo de tal forma que “el problema central en el autismo, más que ser un retraso en la adquisición de competencias esperadas, es un desarrollo atípico de esas competencias” (Muratori y Calderoni, 2019).

Manzano (2010) nos planteaba que “cualesquiera que sean los factores que intervienen (lesionales, genéticos, conflictos, etc.), los trastornos del desarrollo no son jamás una simple expresión de esos factores, sino reorganizaciones -o ajustes- del programa para continuar el desarrollo a pesar de las alteraciones”. Lejos de que ello nos permitiera dar por finalizada nuestra actitud terapéutica, nos señalaba que “puesto que se trata de ajustes adaptativos del programa no son jamás rígidos ni inmutables” y nos alentaba a que “pueden evolucionar de nuevo en la interacción”.

Cada vez avanzamos más en el estudio del desarrollo infantil y los conceptos de intersubjetividad nos ofrecen una forma de comprender el inicio del autismo que Kanner (1943) explicó como una “extrema soledad desde el nacimiento, no respondiendo a nada que proceda del mundo exterior”. La vitalidad interaccional del bebé emerge del cerebro humano innatamente social y el encuentro con el cuidador/es que, a través de los cuidados somatosensoriales y afectivos, “cataliza” su desarrollo (Schore, 2001).

Es posible pensar que el autismo clásico sea el estadio final de un trastorno primario de la intersubjetividad y del sí dialógico que no permite a los compor-

<sup>1</sup> margarita.alcami@salud.madrid.org

tamientos sociales simples, aun estando presentes en distinta medida también en los niños pequeños con autismo, evolucionar hacia comportamientos dialógicos más complejos. Y estos mismos comportamientos sociales simples, dado que no entran en las secuencias intersubjetivas más complejas, tienden sucesivamente a desaparecer (Muratori, 2009).

La capacidad descrita también por Kanner (1943) de “establecer y mantener una excelente, intencionada e inteligente relación con los objetos...” y el poderoso deseo de invariabilidad -“su mundo está constituido por elementos que una vez experimentados en una secuencia no pueden tolerarse en otro marco, de aquí la obsesiva repetitividad...”- se entendería como una consecuencia de esa falta de intersubjetividad. Gergely (2001) propone que el pasaje de la contingencia perfecta a la imperfecta sería un factor a considerar en las disfunciones de base.

Probablemente hay muchos más elementos a considerar en el desarrollo de ese cerebro repleto de sinapsis “expectantes de experiencia”. El conocimiento de la plasticidad cerebral y los avances en la comprensión del desarrollo nos seguirán ofreciendo pequeñas ventanas para asomarnos al enigma del autismo.

### SIEMPRE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tanto Kanner (1943) como Asperger (1944) fueron interpelados desde su quehacer clínico a describirnos unos niños a los que se negaron a enmarcar en las opciones diagnósticas de su época.

“Desde 1938, nos ha llamado la atención un número de niños cuya condición difiere de manera tan marcada y singular de cualquier otra conocida hasta el momento, que cada caso merece y espero que recibirá con el tiempo una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades” (Kanner, 1943).

“En lo que sigue, describiré un tipo de niño particularmente interesante y fácilmente reconocible. Los niños que presentaré tienen todos en común un trastorno fundamental que se manifiesta en su apariencia física, en las funciones expresivas y en la totalidad de su conducta. Este trastorno conlleva unas severas y características dificultades en la inte-



Árbol de la vida, tras dos meses de confinamiento. Fotografía cedida por Carola Méndez.

gración social. En muchos casos, dicha dificultad es tan severa que eclipsa todo lo demás. En algunos casos, sin embargo, los problemas se compensan por el alto nivel de pensamientos y experiencias originales. Esto con frecuencia puede conducir posteriormente en la vida a excepcionales logros” (Asperger, 1944).

Se trataba de niños que habían sido considerados débiles mentales o con esquizofrenia infantil.

Las diferencias con la esquizofrenia serán planteadas desde el acercamiento al mundo: “Mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo” (Kanner, 1943).

Evidentemente, el concepto del autismo nace en el encuentro con niños gravemente enfermos. Desde el mundo del psicoanálisis, autores como Melanie Klein (1987), Margaret Mahler (1984), entre otros, se habían acercado directamente a la atención de niños graves y hacían sus contribuciones desde el concepto de la psicosis.

Mahler, en la introducción de su artículo de 1965, *Psicosis infantil temprana*:

na: *los síndromes simbiótico y autístico*, refería: “En mi práctica me vi a menudo frente a casos de niños a los que no era posible encuadrar en ninguna de las categorías nosológicas tradicionales: trastornos de la conducta primarios, trastornos neuróticos, desviaciones psicopáticas del carácter, perturbaciones de los impulsos; como tampoco en la imprecisa categoría de las amencias dependientes de causa orgánica (lesión cerebral)”. “Fue a principios de la década de 1940, cuando el concepto de Kanner de ‘autismo infantil precoz’ hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en niños pequeños resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo. Pero esa aceptación de un ‘autismo infantil precoz’ tuvo una perdurable consecuencia: cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad en un niño pequeño era automáticamente designado como ‘autismo’” (Mahler, 1984).

Desde el psicoanálisis y desde la psicopatología psiquiátrica clásica, los términos de psicosis probablemente no son equivalentes. ¿Cómo debemos mirar a nuestros pacientes con TEA cuando al acompañarles clínicamente en su desarrollo hemos comprendido que tienen

“otra forma de estar en el mundo”, pero que a su modo también lo desean?

La dicotomía déficit o defensa ha confrontado posturas teóricas en años previos. ¿No será la combinación de ambas realidades la que nos puede dar las pistas para hacer congruente nuestra comprensión como clínicos del niño/a con TEA?

Prizant (2018) nos plantea: “En vez de catalogar un comportamiento funcional como un síntoma patológico, vamos a entenderlo como parte de una serie de estrategias de afrontamiento, adaptación, comunicación y relación con un mundo que es percibido como abrumador y aterrador”.

### SUBTIPOS DEL AUTISMO EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se reflejan en los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el *Manual Diagnóstico y Estadístico* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Hasta 1980, el DSM-III no lo reconoce como categoría específica (TGD). El énfasis se da en los aspectos del desarrollo,

al igual que hará la décima edición de la ICD (1992).

El DSM y el CIE manejan el constructo *Pervasive Developmental Disorders*. Término que en castellano (Trastorno Generalizado del Desarrollo) pudiera entenderse como una afectación global (¿uniforme?) de todas las áreas del desarrollo y perder el matiz de que haya un elemento principal que impacta, repercute en el desarrollo “desviándolo” de lo esperable.

En las últimas revisiones de estas clasificaciones (DSM-5 y CIE-11), el autismo forma parte de los trastornos del neurodesarrollo y el énfasis está en la sintomatología autista.

Los planteamientos en el DSM-5 se mueven en el concepto de Espectro que había estado presente en los planteamientos cognitivistas durante décadas previas. Desaparecen así los subtipos reconocidos previamente y no se miran tan globalmente las interrupciones del desarrollo, sino que el término autismo prepondera en la definición.

La idea de que el autismo es un espectro nos ayuda quizás a ver una gradación de dificultades, pero habría que preguntarse si perdemos las especificidades de algunos cuadros que clínicamente hemos encontrado en nuestros pacientes.

El DSM-5 nos ofrece tipificar subgrupos más homogéneos de individuos mediante el empleo de “especificadores” (descriptores). Se plantean así características como una afección médica, genética o ambiental conocida; el impacto intelectual y/o del lenguaje, otro trastorno mental o del comportamiento del neurodesarrollo, o catatonia.

Si hay algo que encontramos bajo el término TEA es una gran diversidad clínica. Un espectro de síntomas, dificultades y habilidades, con un núcleo común: “el deseo básico de soledad e invariabilidad”, según palabras de Kanner (1943).

Las conclusiones del estudio de Lorna Wing y Judith Gould (1979) siguen aplicables en la actualidad: “El autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas. Puede asociarse a muy distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados”.

Aunque se acepta el carácter constitucional de la vulnerabilidad al autismo, solo en el 25% de los autismos se detecta una alteración genética. Existe además un grupo pequeño de estos (4-5%) en los que la alteración genética causa un cuadro complejo en el cual el autismo es un rasgo más. “Constituyen el grupo menos frecuente, pero para hacer una aproximación terapéutica correcta es



Sombreros. Fotografía cedida por Carola Méndez.

importante conocer el resto de rasgos clínicos asociados a cada uno de los síndromes” (Brun-Gasca, 2018). Como plantea esta autora, sorprende la similitud en los síntomas que presentan, señalaría y especialmente, respecto a las concretas autoestimulaciones que comparten, a las características de sus intereses (sensoriales habitualmente) y el estilo de comunicación, así como su comportamiento.

### LA EVALUACIÓN, ¿CÓMO?

Eric Schopler (Feinstein, 2016) diferencia que “una cosa era diagnosticar y otra la evaluación”. “Diagnosticar es el proceso de agrupar, mientras que evaluar es el proceso de identificar los estilos particulares de cada niño”.

Sabemos que, en la actualidad, existe sensibilidad respecto a la detección de signos de alarma de autismo. Aunque ello puede estar favoreciendo un uso excesivo del diagnóstico, también nos permite una atención precoz a niños con dificultades en su desarrollo y, especialmente, si la interacción y comunicación se ven comprometidas.

Partimos de la utilización de diagnósticos como un modelo de comunicación entre profesionales y como una luz que nos señala las áreas que hay que abordar terapéuticamente. Es responsabilidad de los profesionales que la sospecha diagnóstica no oculte las características personales y únicas de cada niño y, especialmente, que no sentencie a un desarrollo inamovible, a un destino único y cerrado.

Es cierto que, en los casos muy graves, incluso en las primeras consultas, intuimos la dificultad de salirse del extremo más severo del espectro. Visualizamos factores acompañantes que ensombrecen el pronóstico respecto a la integración social y la capacidad de autonomía. Por otro lado, se ha extendido tanto el uso del diagnóstico de TEA a casos leves que podríamos encontrar niños que pueden equilibrar sus dificultades iniciales y a los que sus patrones de relación no les generarán limitaciones y desadaptaciones en su vida diaria años después. Repercusión ésta que las clasificaciones diagnósticas al uso señalan como uno de los criterios para poder recibir el diagnóstico.

Temple Grandin (1992) describe en sus escritos la sobrestimulación sensorial que ha vivido en su autismo y que determinaba sus conductas y rechazos. Plantea la oportunidad que supone que niños/as con dificultades como las suyas puedan iniciar tratamientos precozmente. “Con frecuencia me pregunto si yo hubiera recibido mayor estimulación táctil de niña, si habría sido menos nerviosa como adulta”. “Al rechazar, puede que no haya recibido la estimulación que se requiere para un desarrollo normal. Posiblemente hay alteraciones del sistema nervioso central que ocurren como resultado de la evitación del niño autista del ‘input’. La posibilidad de daños secundarios al sistema nervioso central puede explicar por qué los niños que entran en programas de tratamiento precoz tienen mejor pronóstico que los que no reciben un tratamiento especial”.

### EVOLUCIÓN DEL AUTISMO

Kanner (1943) plantea que “el deseo básico de soledad e invariabilidad ha permanecido esencialmente inmutable, pero ha habido variaciones en el grado de emergencia de la soledad, una aceptación de al menos algunas personas como parte de su ámbito de consideración y un incremento en el número de modelos experimentados, suficiente para refutar la primera impresión de extrema limitación del contenido ideacional del niño”.

Si nos guiamos por los estudios de evolución en relación al funcionamiento cognitivo, la discapacidad intelectual es un hecho frecuente.

Pero hay otras perspectivas. Desde la preocupación por la estructuración psíquica, por el yo del niño y sus relaciones objetales, nuestra evaluación se dirige por un camino diferente. Si la Identidad, como planteaba Erikson (1972), es el sentido de continuidad con uno mismo y en términos de la interacción con otros, cabe preguntarse: ¿Cómo estructura el niño con dificultades autísticas su identidad? ¿Nos adentramos de alguna forma en conceptos psicopatológicos de la psicosis?

En el texto de 1984 “Estudio sobre las psicosis infantiles”, Manzano y Palacio Espasa nos proponen una clasificación

diagnóstica operacional que toma en consideración el carácter evolutivo de los cuadros clínicos. Reconociendo que “ya no se puede hablar de categorías diagnósticas fijas y establecidas de una vez para siempre”, consideran que “una vez iniciada alguna de las líneas evolutivas, ciertas formas evolutivas tienen un potencial de cambio menor que otras”. Nos plantean respecto a la clínica autista la evolución hacia personalidad narcisista, hacia personalidad esquizoide y hacia el déficit.

En las evoluciones deficitarias, las restricciones de las funciones del yo (motricidad, inteligencia, lenguaje...) serán lo determinante, siendo el porvenir adaptativo el propio de la discapacidad. Los únicos rudimentos de identificación son de naturaleza arcaica con la identificación adhesiva que se caracteriza por la tendencia a atribuirse el funcionamiento yoico del otro. No desarrollan una relación específica o diferenciada con una persona. Con los objetos inanimados se limitan a manipulaciones que les permiten obtener un placer sensorial aislado. No pueden vivir más que angustias catastróficas esporádicas cuando fracasa el retraimiento autista.

En las otras dos evoluciones (narcisista, esquizoide) no es lo determinante su discapacidad intelectual, sino el estilo de personalidad. El tipo de investimiento está en el origen de estas dos diferentes evoluciones.

En la evolución narcisista desde el autismo, se realiza un investimiento de una persona, pasando por una fase “simbiótica”, en términos de Mahler (1980). Posteriormente, progresará en la diferenciación ampliándose la relación a otras personas y a los objetos inanimados, lo que permite a los niños ir saliendo progresivamente de la simbiosis para establecer verdaderas relaciones de objeto. Predominan angustias depresivas ligadas al sentimiento de pérdida del Objeto, que en ocasiones pueden ser catastróficas, pues subyace el sentimiento de destrucción ineludible del Objeto y del Yo y predominan temporalmente las defensas esquizoparanoideas (escisión, proyección, idealización, control omnipotente). Sin embargo, el investimiento

continuo de un objeto diferenciado y el consiguiente conflicto pulsional llevan a desplazamientos simbólicos, lo que sienta las bases para el desarrollo del lenguaje y de la inteligencia.

En la evolución hacia la personalidad esquizoide, el niño/a autista no se encariña preferentemente con una persona, sino con un objeto inanimado. Posteriormente, todo parece ocurrir como si entablaran una relación simbiótica con esos objetos inanimados y la relación con las personas es menos significativa. La evolución solo será más favorable si los investimentos se van desplazando progresivamente de los objetos inanimados hacia las personas. Llegan a vivir angustias depresivas ligadas a la vivencia de pérdida del Objeto, pero evolucionan mucho más rápidamente hacia angustias catastróficas, frente a las cuales recurren a la fragmentación defensiva en lugar de a la escisión paranoide. El investimento de un objeto inanimado conduce a un proceso de simbolización que va a dejar su huella en el lenguaje, el pensamiento y la inteligencia. El lenguaje puede ser muy complejo, tanto en vocabulario como en sintaxis, pero muy poco comunicativo. En lo que respecta a la inteligencia, estos niños presentan disarmonías con picos a veces muy destacados. La adquisición progresiva de valor comunicativo del lenguaje va a la par con el establecimiento de un verdadero proceso de simbolización.

¿Cómo añadir más palabras a las explicaciones de estos autores respecto al camino para salir del autismo? ¿Cómo apoyar la idea de la simbiosis con un otro como salida del autismo? ¿Cómo entender el duro proceso de individuación-separación en los niños/as con TEA? ¿Cómo aportar la idea de la simbolización para que un abismo aterrador se transforme en un “espacio transicional” (Winnicott, 1958)?

Son los pacientes los que nos hacen interrogarnos y los que nos dan las respuestas... si sabemos mirar. Mis únicas explicaciones son ellos.

### PABLO

Pablo acude desde los 2 años a mi consulta. Son revisiones 3 ó 4 veces al año que me permiten acompañar a él y

a sus padres durante su desarrollo; en situaciones de crisis las citas son más frecuentes. Los tratamientos reales, ese encuentro específico con él, lo hacen profesionales del Centro de Atención Temprana o de su colegio de Educación Especial, cuando a los 5 años pasa a una escolarización específica. Sin lenguaje, su aislamiento, mirada perdida y aspecto deficitario son sus señas de identidad. Busca algún juguete que empleará de forma autoestimuladora durante la consulta; nunca me mira ni hace gesto de saludo, aunque reconoce claramente el despacho donde nos encontramos. Cuando se cansa, abre el bolso de su madre y saca algo que comer. Aunque a momentos se aproxima a ella, nunca la mira, ni le muestra algo, como mucho cogerá su mano para poder abrir su bolso o, incluso, se la pone en su propia cara acariciándose e intensificando una especie de sonrisa que dirige hacia su interior, como su mirada. Parece adaptarse a los cambios de entorno con facilidad. Dejar de ir a su primer colegio no pareció ocasionarle ninguna reacción. Nunca hizo ningún gesto que nos hiciera pensar en la vivencia de una pérdida. Cuando tiene 7 años, sus padres se separan. No hay dudas de que él permanecerá en la casa familiar viviendo con la madre y el padre pasa a un régimen muy parcial de visitas. Su madre es claramente ese entorno que le rodea, indiferenciada, como los objetos que utiliza sensorialmente girándolos. Me pregunto por las vivencias de Pablo respecto a la nueva realidad de la ausencia de su padre, que ha formado parte de su entorno todos estos años. Aparentemente, todo sigue igual. Ha seguido con su estilo de funcionamiento, sus rutinas, su media sonrisa y su mirada dirigida hacia sí mismo. Pero la madre contará un hecho significativo. Tras el baño diario, envuelto en su toalla, Pablo se dirige al pasillo y espera en el umbral de la puerta mirando a un lado y otro del pasillo. La madre describe que durante estos años ese era un momento lúdico entre padre e hijo, era él quien le levantaba en brazos y jugando lo llevaba a su habitación. La madre está algo desconcertada por el hecho de que pasan los meses y sigue buscando al padre desde la puerta del baño. Aparen-

temente, ninguna otra señal de esa pérdida en su día a día: ni en el colegio, ni en el parque, ni en los encuentros y despedidas con el padre.

### BELÉN

Tiene 5 años, casi ya los 6. Desde los 2 años, su aislamiento y falta de comunicación no han hecho dudar del diagnóstico de TEA. Es muy inquieta y temperamental. Tanto sus padres como todos los profesionales han trabajado intensamente con ella para que mire, para que haga peticiones, para que se calme. Ya es capaz de utilizar de forma funcional los juguetes y disfruta del juego corporal con sus padres... cuando ella determina que es el momento de realizar ese encuentro. El lenguaje es algo complicado para ella. Mantuvo jerga durante mucho tiempo, ahora sus ecolalias son empleadas con carácter comunicativo. Cuando la escucho me pregunto cómo entiende el lenguaje con el que nos dirigimos a ella. En los últimos meses, la inquietud se ha intensificado, se muestra mucho más opositora y rabietas inmanejables surgen más frecuentemente. Su ya mal ritmo de sueño habitual ha empeorado y descansa muy pocas horas. En la consulta me llama la atención su angustia y desbordamiento. Es el papá el que la acompaña en esta ocasión. No es capaz de entretenerse con los juguetes (cosa que hace habitualmente). Enfadada, utiliza numerosas frases ecolálicas en las que subyace el mensaje de que quiere irse a casa. Acaba agrediendo al padre y llora desesperada reclamándole que se ponga de pie y la coja en brazos, en una aproximación evidente a que van a salir del despacho. El padre cuenta que está así en todos los sitios. En el colegio, ha retrocedido en los avances conseguidos y no tolera estar con sus compañeros, teniendo que pasar más tiempo en el aula TEA donde hay más profesionales para atenderla. Planteo iniciar un tratamiento farmacológico ante la visión de esa primitiva angustia que la lleva a un sufrimiento incontinente. Tanto la familia como la escuela se echan las manos a la cabeza por mi temeridad, pero tras semanas de claro empeoramiento aceptan la propuesta.



Es de noche, ya no es hora de estar en el jardín. Fotografía cedida por Carola Méndez.

Estoy especialmente alerta a la angustia que manifiestan mis pacientes; creo que ello es mi responsabilidad en el tipo de consultas de seguimiento psiquiátrico que les ofrezco. Mis pacientes me han mostrado que con frecuencia conseguimos dotar con los tratamientos las primeras herramientas para que puedan comunicarse con el mundo que les rodea y observarlo. A través de la contención de sus figuras de apego y por el encuentro con sus ojos (a los que ya miran), viven el reclamo de abandonar su aislamiento. Lo que les ofrecemos parece hacerse más atractivo (los niños en el parque ya no les disturban y les gusta ver lo que hacen; imitan...) y empiezan a dar los primeros pasos hacia nuestro mundo. Con frecuencia, parecieran vivir un abismo entre ambos mundos descubriendo una inseguridad que tiende a hacerles retroceder en ese mundo interior que lleva el ritmo que ellos determinan. Pero ven que sus padres y personas importantes con las que quieren estar les llaman desde el otro lado. No ven el puente y los “zapatos lingüísticos” que han empe-

zado a usar no les sostienen tanto como nosotros creemos. La medicación puede ser un puente temporal para cruzar ese espacio.

A Belén, dosis muy bajas de medicación le permiten dormir y se muestra más tranquila en todos los espacios, más pendiente de las cosas que ocurren a su alrededor y menos opositora. Acepta las propuestas de sus figuras de relación y sienten que disfruta de reciprocidad. Dos meses después en la consulta, y aunque sigue siendo inquieta, se entretiene con juguetes e interactúa espontáneamente con sus padres. Me hace peticiones y me muestra lo que ha pintado. Me quita las gafas y se las pone, devolviéndolas cuando lo solicito. Los padres describen que juega mucho a intercambiarles sus gafas, o se las pone ella, en un juego tranquilo con mucho cruce de miradas. Son muy cuidadosos utilizando refuerzos visuales para explicarle situaciones nuevas, pues se sigue desbordando si no le anticipan los cambios. Están preparando el viaje del verano; visitarán a familiares que hace dos años que no ven. El no rotundo inicial y su lloro al hablarle del viaje (“no, avión no”) va cambiando. Le muestran fotos de ella en el lugar y familiares con quienes se encontrarán. Ahora les reclama que le muestren las fotos cuando escucha hablar del viaje. Piden que no retiremos la medicación aún y yo, que comprendan la fragilidad de su lenguaje. Conozco ese efecto “colateral” de la medicación en el entorno del niño/a: la “brusca tranquilización” desdibuja todo lo que se había conseguido previamente con el caminar cuidadoso en la interacción/reciprocidad de padres, familia, terapeutas, escuela. Existe el riesgo de “admirar” el tratamiento farmacológico, considerándolo la solución omnipotente. Los medicamentos deben ser prescritos con el reconocimiento del apoyo que pueden ofrecer en ciertos momentos y con la certeza de que son necesarios de forma temporal, como “bastones” de sostén hasta que ciertos cimientos estructurales yoicos han sido suficientemente desarrollados. En ese otro momento acompañaremos a Belén y sus padres a retirar la medicación y a confiar en esas nuevas herramientas que

ella ya tiene para afrontar la angustia. Los medicamentos nunca serán el pilar del tratamiento y nunca sustituirán a la interacción... y que esa creencia esté presente en nuestro paciente y su familia es responsabilidad de los profesionales que hacemos la prescripción farmacológica.

### RAÚL

Tiene ya 8 años y es un niño muy activo. Se entretiene en los juegos de una forma que fascina a sus padres: ¡le ven tan contento! Ellos interpretan creatividad donde yo solo veo aislamiento. Su mundo imaginativo es la reproducción de historias que copia de dibujos animados y videojuegos. Su vocabulario es aparentemente rico, pero plagado de palabras inventadas que parece que disfruta escuchar. Verborreico, incoherente habitualmente, hay que redirigirle de continuo para que acepte contestar alguna de nuestras preguntas. Puede hablar de Mario Bros y Luigi como si fueran compañeros de clase. Por temporadas, se hace llamar con el nombre del superhéroe que absorbe su interés. Se niega a llamar a su profesora por su nombre y utiliza el que él decide. Durante el período de confinamiento, sus padres teletrabajan a un ritmo que favorece que Raúl pase también todas esas mismas horas con pantallas. Aunque no acepta hacer las tareas escolares y es incapaz de tolerar los encuentros online que el colegio ha organizado, los padres están tranquilos por lo bien que ha aceptado que no se puede ir al colegio porque en la calle está el coronavirus.

### ENTRADAS EN EL AUTISMO / SALIDAS DEL AUTISMO

Los pacientes han quedado enmarcados en el concepto de espectro, pero más que una gradación de autismos parecieran existir diferentes autismos. Los autores que han descrito diferentes formas de entrada en el autismo (Tustin, 1972; Mahler, 1975; Winnicott, 1958; Peral, 1990) parecen respaldarnos en esta idea.

Tenemos la certeza de la vulnerabilidad constitucional en el niño/a que desarrolla autismo. También conocemos el valor del entorno en aquellos que nacen “sin la capacidad innata para la relación”

y la necesidad de la interacción para el neurodesarrollo.

Cabe preguntarse si un entorno vacío de interacción puede favorecer un desarrollo autista en niños con capacidad innata “débil” para la relación.

Sorprenden los resultados encontrados en el seguimiento de la cohorte de adoptados rumanos estudiados inicialmente por Rutter (2001). En ellos se constata que los rasgos autistas que inicialmente se consideró una variante con mejor pronóstico (pues mejoraban claramente a los dos años) persisten como dificultades en adultos jóvenes tanto por los patrones de comunicación como por los comportamientos obsesivos (Sonuga-Barke, 2017). Este tema sobrepasa el objetivo del actual trabajo, señalamos solo algunos de sus resultados para estimular a su lectura. “La exposición limitada en el tiempo a privación institucional durante la primera infancia puede tener un profundo y duradero impacto psicológico a pesar del enriquecimiento ambiental posterior en familias adoptivas”. “Los tres dominios (TEA, apego desinhibido e inatención/hiperactividad) seguían una trayectoria similar y persistente y pareciera constituir un núcleo clínico específico de privación; de comienzo precoz y persistente”.

Respecto a la salida del autismo, cabría preguntarse si las diferentes posibilidades evolutivas señaladas (deficitaria, personalidad narcisista y personalidad esquizoide) son accesibles a todos los niños/as con TEA o si realmente responden a unas características innatas del niño/a y por lo tanto a subtipos del autismo.

A pesar de las limitaciones innatas, creemos en los tratamientos (al decir de Winnicott, “suficientemente buenos”) que se adaptan a la lectura correcta respecto a las necesidades en evolución de cada niño/a.

En la clínica, vemos cómo la tendencia innata al aislamiento de muchos niños autistas interrumpe el fluir interactivo de sus padres. A los padres hay que ayudarles a que recuperen su riqueza relacional, pues ellos también pueden quedar paralizados frente al abismo entre dos mundos creado por sus hijos. Desde que en las últimas décadas el co-

nocimiento del autismo se ha incrementado, las líneas de tratamiento también se han enriquecido. No debemos olvidar propiciar en los padres los aspectos afectivos y el disfrute en la interacción con sus hijos, aunque seamos directivos, por ejemplo respecto al manejo de los síntomas precoces de alarma, que suelen ser maniobras útiles para favorecer la diferenciación.

“Estamos convencidos de que las personas con trastorno autista tienen un lugar en la comunidad social. Como niños tuvieron las mayores dificultades y causaron preocupaciones a sus cuidadores. Posibilidades de integración que uno no hubiera soñado pueden ocurrir en el curso del desarrollo” (Asperger, 1944).

En su texto, Asperger trasluce su fascinación en las habilidades especiales de sus pacientes y, de alguna forma, parece asentar en ellas su capacidad para integrarse en el futuro. Nosotros apeláramos a la capacidad para adquirir una estructura yoica con una buena diferenciación y acceso a la simbolización. Para ello es imprescindible el encuentro con el cuidador. ●

## BIBLIOGRAFÍA

**Asperger, H.** (1991). Autistic Psychopathy in childhood 1944. En U. Frith, *Autism and Asperger Syndrome* (37-92). Cambridge: Cambridge University Press.

**Brun, J. M., Cid, D., Fieschi, E., Jiménez, C., Larbán, J., Palacio-Espasa, F., Ponce de León, E., Ruiz, I., et al.** (2019). ¿Qué define estructuralmente el autismo en un máximo de doscientas palabras?. *Revista eipea*, 6, 30-33. (Recuperado en: [www.eipea.com](http://www.eipea.com))

**Brun-Gasca, C.** (2018). La variabilidad en la expresión del autismo en diferentes síndromes genéticos que cursan con rasgos autísticos. *Revista eipea*, 5, 28-35. (Recuperado en: [www.eipea.com](http://www.eipea.com))

**Erikson, E. H.** (1972). *Sociedad y adolescencia*. Madrid: Siglo XXI Editores.

**Feinstein, A.** (2016). *Historia del Autismo. Conversaciones con los pioneros*. Ávila: Ed. Autismo Ávila.

**Gergely, G.** (2001). The obscure object of desire: “Nearly, but clearly not, like me”: Contingency preference in normal children versus children with autism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 411-26.

**Grandin, T.** (1992). Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals. *J Child Adolescent Psychopharmacology*, 2 (1), 63-72.

**Kanner, L.** (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Nervous Child*, 2, 217-250.

**Klein, M.** (1987). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

**Mahler, M.** (1965). Psicosis infantil temprana: los síndromes simbiótico y autístico. En M. Mahler, *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

**Mahler, M.** (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Ed. Marymar.

**Mahler, M.** (1980). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. (2a ed). México D.F: Ed. Joaquín Mortiz.

**Manzano, J. y Palacio-Espasa, F.** (1984). *Estudio sobre las psicosis infantiles*. Madrid: Ed. Científico médica.

**Manzano, J.** (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141.

**Muratori, F.** (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatología y salud mental*, 13, 21-30.

**Muratori, F. y Calderoni, S.** (2019). Actualizaciones sobre el autismo. *Revista eipea*, 7, 8-15. (Recuperado en: [www.eipea.com](http://www.eipea.com))

**Peral, M. y Gijón, P.** (1990). Trastornos del vínculo. En A. I. Romero Hidalgo y A.

Fernandez Liria, *Formación Continuada en Atención Primaria. Salud Mental II*. Madrid: Bristol-Myers SAE, 109-19.

**Schore, A. N.** (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation & Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

**Prizant, B. y Fields-Meyer, T.** (2018). *Seres humanos únicos. Una manera diferente de ver el autismo*. Buenos Aires: Ed.Fundación Garrahan.

**Rutter, M., Kreppner, J. y O'Connor T.** (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British J Psychiatry*, 179, 97-103.

**Sonuga-Barke, E. J., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W. y Kreppn, J.** (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees. *The Lancet*, 389. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4))

**Tustin, F.** (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

**Wing, L. y Gould, J.** (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism and Developmental Disorders*, 9 (1).

**Winnicott, D. W.** (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.