

CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO:
UN CASO DE AUTISMO.

Autores

Dra. Zuccato, Paula.

Psiquiatra Infanto Juvenil.

Lic. Auguste, Leandro.

Psicólogo Infanto Juvenil

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.
Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Resumen

**ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO:
UN CASO DE AUTISMO.**

Mediante la descripción de un caso clínico de un paciente de 5 años con Trastorno Generalizado del Desarrollo, se realiza una breve descripción de las diferentes nosografías imperantes a lo largo de la historia y en la actualidad. Se realiza un recorrido de la historia del diagnóstico de Autismo describiendo las características que cada autor consideró fundamentales para arribar a este diagnóstico. Se enriquece la descripción con un breve desarrollo del tratamiento psicoterapéutico de un paciente con este diagnóstico.

Palabras clave: Autismo, Trastorno Generalizado del Desarrollo, Psicosis, Desconexión, Psicosis Precoz.

Autores

Dra. Zuccato, Paula.
Psiquiatra Infanto Juvenil.

Lic. Auguste, Leandro.
Psicólogo Infanto Juvenil

Abstract.

Among the decision, the deficit and disorder: A case of autism.

A description of a patient of 5 years old with Pervasive Developmental Disorder, and a brief description of the different nosography prevailing throughout history until today.

An analysis of the history of this diagnosis is done by describing the characteristics that each author considers essential. The report is enriched with the description of psychotherapy development of a patient with this diagnosis.

Key Words: Autism, Pervasive Developmental Disorder, Psychosis, Disconnection, Early Psychosis

Authors

Dra. Zuccato, Paula
Psiquiatra Infanto Juvenil

Lic. Auguste, Leandro
Psicólogo Infanto Juvenil

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.
Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

Entre la decisión, el déficit y el trastorno: Un caso de Autismo

G., un niño de 5 años, llega a la consulta traído por sus padres con una nota de derivación de una neuróloga infantil que dice “agradeceré 10 sesiones de psicopedagogía para evaluar al niño G. quien presenta T. G. D.”

G. ingresa al consultorio con un muñeco de un zorro en la mano. Lo acerca y lo aleja de sus ojos al mismo tiempo que aletea con sus manos. Por momentos fija la mirada en el juguete y permanece así unos minutos. No es una mirada perdida, es una mirada concentrada donde se pierde el mundo todo. Ni el “Hola G.” logra distraerlo, “acá tenés juguetes” dispara nuevamente. G. toma un tren de la caja y comienza a (hacerlo) andar. “Estamos listos, es el juguete que más le gusta” afirma el padre, “le encantan los autos, los trenes y los aviones”.

“G. es solito, no tiene hermanos, no tiene contacto con otros nenes, además no le interesa hacer amiguitos, juega solo” dice el padre. Ante la pregunta de si hay otros niños en la familia, los padres contestan casi al unísono “es hijo único, nieto único y sobrino único”, luego ríen, y el padre agrega “ya está el diagnóstico, es único”.

Durante toda la admisión G. se mantuvo jugando con el tren al tiempo que leaba3 cosas inentendibles.

Ante la pregunta de por qué consultan en este momento los padres refieren cierta preocupación respecto de que G. no controla esfínteres, “lo que nos preocupa es el tema del pañal”, y además, algo que los preocupa más aún, “algo que se repite mucho ahora y es que se frota mucho (los genitales)”.

Al finalizar la entrevista el padre continúa preguntando “Por qué se da T. G. D?”, “Se puede curar?”, “Se puede hacer algo?”. Al despedirse, agradecen la atención, y agregan “vinimos acá buscando la salvación”.

Diagnóstico / s

G., al momento de la consulta, cumplía con los criterios para ser diagnosticado como T. G. D. de tipo autista. (1) Según el DSM-IV (APA 1994) para realizar este diagnóstico es necesario encontrar las características A, B, y C que se mencionan a continuación:

A. Un total de seis o más manifestaciones de (1), (2) y (3), con al menos dos de (1), al menos una de (2), y al menos una de (3).

- Trastorno cualitativo de la relación, expresado como mínimo en dos de las siguientes manifestaciones:

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: Dra. Zuccato, Paula. y Lic. Auguste, Leandro.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- a. Trastorno importante en muchas conductas de relación no verbal, como la mirada a los ojos, la expresión facial, las posturas corporales y los gestos para regular la interacción social. G. en todo el momento que duró la entrevista de admisión nunca respondió cuando se lo llamaba, ni dirigió la mirada a los ojos.
- b. Incapacidad para desarrollar relaciones con iguales adecuadas al nivel de desarrollo. Los padres refieren que no tiene “ni le interesa” tener contacto con otros niños.
- c. Ausencia de conductas espontáneas encaminadas a compartir placeres, intereses o logros con otras personas.
- d. Falta de reciprocidad social o emocional.

2. Trastornos cualitativos de la comunicación, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Retraso o ausencia completa de desarrollo del lenguaje oral (que no se intenta compensar con medios alternativos de comunicación, como los gestos o mímica). G. lala y tararea armonías, solo dice algunas palabras, y casi siempre por iniciativa de sus padres.
- b. En personas con habla adecuada, trastorno importante en la capacidad de iniciar o mantener conversaciones.
- c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje, o uso de un lenguaje idiosincrásico.
- d. Falta de juego de ficción espontáneo y variado, o de juego de imitación social adecuado al nivel de desarrollo.

3. Patrones de conducta, interés o actividad restrictivos, repetitivos y estereotipados, expresados como mínimo en una de las siguientes manifestaciones:

- a. Preocupación excesiva por un foco de interés (o varios) restringido y estereotipado, anormal por su intensidad o contenido.
- b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos y no funcionales.
- c. Estereotipias motoras repetitivas (por ejemplo, sacudidas de manos, retorcer los dedos, movimientos complejos de todo el cuerpo, etc.).
- d. Preocupación persistente por partes de objetos.

B. Antes de los tres años, deben producirse retrasos o alteraciones en una de estas tres áreas:

(1) Interacción social, (2) Empleo comunicativo del lenguaje o (3) Juego simbólico.

C. El trastorno no se explica mejor por un Síndrome de Rett o trastorno desintegrativo de la niñez.

Como vemos, según este Manual, G. podría diagnosticarse como Trastorno Generalizado del Desarrollo de tipo autista.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

LA HISTORIA ÚNICA O EL NIÑO SIN TAPIZ.

“Somos grandes, estábamos bien estando solos, y bueno, quisimos intentar”. Fue la respuesta a cómo habían decidido tener a G. “El embarazo fue bueno” asegura la madre. Luego agrega “me enteré que estaba embarazada una semana después del fallecimiento de mi papá”.

El padre cuenta que dos meses antes del nacimiento de G. “me echaron del trabajo y entró en un bajón”. Recién hace un año que consiguió trabajo nuevamente, “fueron tres años de bajones”. “G. nos conectó con la vida” apresura la madre.

En el desarrollo de los primeros años los padres no observaron nada significativo. “Lo que sí nos llamaba la atención era que tenía dos años y medio y todavía no hablaba”. Fue entonces cuando decidieron consultar a un pediatra. Este les dijo que “había que esperarlo”. A los tres años consultaron nuevamente. Allí fue derivado a un neurólogo, y éste lo derivó a una psicóloga. Comenzó una psicoterapia que se extendió por un año “hasta que la psicóloga renunció al centro y G. se quedó sin terapia”.

Los padres cuentan que G. comenzó a hablar recién el año pasado “gracias a que lo estimulamos”, “el tema del estímulo está constante en nosotros”.

G. fue al jardín durante un mes cuando tenía tres años y medio. Luego lo retiraron de dicha institución porque se sintieron ofendidos cuando le realizaron una evaluación psicológica a G. sin avisarles. Esta fue realizada porque en el jardín observaron que G. se aislaba y no compartía los juegos.

Primer encuentro

G. ingresa al consultorio con el papá. Toma un tren de la caja y lo hace andar por el escritorio. Luego lo levanta y lo acerca a los ojos, al mismo tiempo que aletea con su otra mano. En un intento de poner palabras, de otorgar sentido, le digo: “chau tren” “hola tren”. G. continúa con su mirada fija en el tren. Le acerco otro juguete, lo pongo al lado del tren pero su mirada parece como adosada al frente del tren. En ese momento el padre toma un caballo de la caja y se lo da a G. pidiéndole “Decile cómo se llama”. G. pone el caballo sobre el escritorio y lo hace caminar.

Comienzo a hacer el ruido de galope con mi lengua. G. me mira. Entusiasmado continuo mi galope. Ahora G. me mira y se sonríe. Continuo la carrera. De repente G. frena el galope y para al caballo sobre sus patas traseras... me demoro unos instantes y me pregunto me estará pidiendo que relinche?, entonces así lo hago. G. se ríe y repite la escena. Finaliza la sesión.

Tres momentos: *decisiones* en tratamiento

El primer momento del tratamiento oscila entre juegos con el tren, poner una barrera y contar hasta diez, hacer andar el tren por las paredes del consultorio, jugar con un avión, aullar y cantar “We will rock you” de Queen.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

El segundo momento del tratamiento se inicia cuando, G. ingresa al consultorio, se acerca al terapeuta, le toma del pelo al mismo tiempo que intenta rasguñar. En el transcurso de esa sesión, G. juega solo y cualquier intervención hacía que se enojara, y diciendo “no, no, no” intentaba golpear al terapeuta.

A la siguiente sesión se repitió la escena solo que al despedirse, desde dentro del ascensor, G. me mira y dice “chau y un esbozo de un nombre”. Durante este segundo momento del tratamiento los juegos se alternan con momentos en los que quiere agredir.

G. comienza a caminar por el consultorio, laleando, hasta que de pronto pateo la pelota, grita gol y busca la mirada del otro. Al no recibir respuesta del terapeuta, se acerca, lo toma de la mano y lo lleva hasta al lado de la pelota. Patea la pelota y grita gol mirándolo. . . esta vez el terapeuta acompaña en el festejo.

Dos juegos significativos aparecen en este segundo momento: patear la pelota y gritar gol al que recién hicimos referencia. También es en este momento cuando G. comienza a ingresar solo al consultorio. Al buscarlo a la sala de espera G. salta de alegría al tiempo que mueve sus brazos, se acerca al padre, le da un beso en la mejilla y le dice “chau, chau, chau” e ingresa corriendo al consultorio.

El tercer momento del tratamiento se inicia cuando posteriormente a una entrevista a padres, la madre se muestra muy entusiasmada “él ha cambiado a su entorno, antes se aislaba”, “habla más, antes no hablaba porque le daba vergüenza no saber hablar”, “los abuelos ahora están fascinados porque es la primera vez que brinda en navidad con la familia”. Cuenta que G. ha comenzado a pedir para hacer pis, dice “pichín”. Luego la madre cuenta los juegos con G. “A mí me gusta jugar a la escondida, yo me escondo y él me busca”, “a veces le da miedo buscarme y le pide al papá que me busque”, “y a veces G. pide pichín para que yo salga del escondite”.

Una preocupación de los padres en este momento es que a G. “le agarra una angustia terrible cuando alguien se va”, “quiere que estemos todos juntos”. La madre pregunta cómo calmar la angustia de G., Al preguntarle sobre lo que ella hace ante estas situaciones responde “no puedo, me cuesta mucho, yo no me banco la angustia de él, me produce dolor”.

A la siguiente sesión, estando en el consultorio, G. me dice “ahora vas a ver” y sale corriendo hacia la sala de espera y se refugia en brazos de la mamá. Ésta me explica que así juegan a las escondidas, ella le dice “ahora vas a ver” y se esconde para que G. la busque.

A partir de este momento el juego de escondidas comienza a aparecer en las sesiones, junto con el tren, ahora aggiornado en un juego de “sute” (subte) y una especie de autitos chocadores.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Historia de un diagnóstico: el autismo en Psiquiatría

Eugene Bleuler (2), denomina esquizofrenia (enajenación de la decisión) en 1911, a lo que Kraepelin se esforzó en describir como entidades nosológicas de manera precisa: las demencias (debilitamiento intelectual global, progresivo e irreversible) precoces que consistían en una especie de locura, caracterizada por su progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico y con profundos trastornos de la afectividad (indiferencia, apatía, sentimientos paradójicos) ya que no las considera demencias sino como un proceso de dislocación que desintegra la capacidad asociativa del enfermo y que altera su pensamiento y les sume en una vida “autística”(3).

De esta forma es que utiliza el término esquizofrenia o locura del desdoblamiento, para designar una enfermedad con carácter propio, cuyos síntomas él resume en las llamadas “cuatro grandes A”: alteraciones de la asociación, alteraciones del afecto, autismo y ambivalencia.

Cuando habla de autismo (gr. Autos= si mismo) describe la limitación extrema en que se sume el enfermo en las relaciones con los otros y el mundo exterior, y que parece excluir todo lo que no sea estar sumergido en si mismo.

En 1943 Leo Kanner (en Baltimore) y en 1944 Asperger (en Viena) en forma independiente fueron los primeros en publicar descripciones de este trastorno.

Es interesante que los dos eligieran el mismo término, autismo, para denominar la naturaleza de este trastorno, el cual había sido previamente empleado por Eugene Bleuler, como se describió en párrafos anteriores. De esta forma es que Kanner describe en su artículo titulado “Alteraciones autistas del contacto Afectivo” las características extrañas que presentaban once niños.

Estas características descriptivas son aun utilizadas y valoradas como criterios diagnósticos actuales (4).

Su descripción completa incluye los siguientes puntos:

- 1) Deficiencias para relacionarse con otras personas y una soledad extrema, denominada “soledad autista”.
- 2) Fracaso en asumir la postura anticipatoria cuando se le va a levantar en brazos.
- 3) Trastornos en el habla (mutismo, ecolalias retrasadas, falta de inversión de pronombres.) Literalidad en la comprensión del lenguaje.
- 4) Deseo obsesivo y angustiante por la ausencia de cambios.
- 5) Limitación en la variedad de la actividad espontánea.
- 6) Reacciona ante intrusiones externas como comidas, ruidos, movilidad de objetos.
- 7) Se interesa en los objetos y toma a las personas como objetos fragmentados.
- 8) Se registra excelente capacidad de memoria.
- 9) Hay normalidad física, muestras de muy buen potencial cognoscitivo y una mentalidad seria.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Kanner (5) sostiene que esos niños poseen una inteligencia normal, cosa que no sostienen otros autores los cuales engloban a los autistas en una clasificación que incluye otros cuadros con los que compare el síndrome del denominado retraso mental.

Evolución de la noción de psicosis en el niño:

El problema nosográfico de la psicosis del niño y sus límites han dado lugar a diversas posturas(6).

Las tendencias que parecen desprenderse actualmente son las siguientes: se emplea mucho el término de esquizofrenia para los síndromes precoces; se reconoce el autismo de Kanner como una entidad rara dentro del autismo precoz, en el más amplio sentido del término, las formas entre los 3 y los 5 años son difíciles de clasificar. La mayor parte de los autores consideran que las psicosis adoptan desde el periodo de latencia, características etiopatogénicas que se acercan a la esquizofrenia del adulto.

Ni la historia, ni la organización funcional entre los 5 y los 10 años harán de un autismo de Kanner el equivalente de una psicosis de aparición más tardía.

A diferencia de otras clasificaciones, como la que propone el DSM-IV, la clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA-R-2000)(7), incluye consideraciones psicodinámicas y no solo fenomenológicas o sintomáticas, que dan cuenta de la estructura subjetiva del paciente. Pero además, la integración entre la psicología cognitiva y la investigación en neurobiología, amplían el universo de potenciales utilizadores de la misma a especialistas que se inscriben en otras orientaciones psicopatológicas para estudiar los trastornos mentales del niño y del adolescente.

De esta forma en el Capítulo 1 del Eje I, "Autismo y psicosis" encontramos la subcategoría "Psicosis precoces" conjuntamente a la denominación de "Trastornos invasivos del desarrollo": la introducción de esta terminología se justifica en que en conjunto se trata de la misma problemática cubierta por los dos términos; sin embargo esto no incluye una adhesión de los psiquiatras infantiles franceses a las teorías etiológicas reduccionistas que han llevado a rechazar el concepto de psicosis tanto en el DSM-IV como en el CIE-10.

1. Autismo y trastornos psicóticos.

1.0 Psicosis precoces (trastornos invasivos del desarrollo)

1.00 Autismo infantil precoz- tipo Kanner.

Comienza generalmente durante el primer año de vida, con presencia de manifestaciones características antes de los tres años.

Asociación de:

-Trastornos mayores en el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

- Alteración cualitativa de la comunicación (ausencia de lenguaje, trastornos específicos del lenguaje, déficit y alteración de la comunicación no verbal).
- Conductas repetitivas y estereotipadas, acompañadas a menudo de estereotipias gestuales; intereses y juegos limitados y estereotipados.
- Búsqueda de inmutabilidad (constancia del entorno)
- Trastornos cognitivos.

Excluir:

- Las otras psicosis infantiles.
- Las demencias.
- Las deficiencias intelectuales disarmónicas.
- Los trastornos complejos del lenguaje oral.

1.1 Otras formas de autismo

Síndrome autístico incompleto o de aparición retardada luego de 3 años de edad.

Incluir: ciertas psicosis de tipo simbólico con rasgos autísticos.

Excluir:

- Otras psicosis infantiles.
- Deficiencias intelectuales disarmonicas.
- Demencias.
- Trastornos complejos del lenguaje oral.

Según esta última clasificación, G. podría diagnosticarse como: **Autismo infantil precoz tipo Kanner.**

Destinos de un diagnóstico en psicoanálisis

En relación al caso de G. lo que se presenta primariamente es la no-mirada, es decir que nos confrontamos a un niño que no quiere nada de nosotros.

Ambos padres refieren que su preocupación por G. surge cuando éste tenía 2 años y medio de edad y todavía no hablaba. La desconexión de G., no observada por sus padres, no mirada no desemboca necesariamente en un síndrome autista característico, aunque marca una dificultad importante en el nivel de la relación especular con el otro. En G. podemos ver que el estadio del espejo no se constituyó convenientemente. Esto pone en evidencia una no constitución de la relación simbólica fundamental, la presencia-ausencia materna.

La consecuencia es la falla en la constitución de la imagen del cuerpo (a través de la relación especular con el otro) y en la constitución del yo.

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.

Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL,
PSICOLOGIA Y PSICOPATOLOGIA DEL NIÑO, ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.
DIR. PROF. DR. HECTOR S. BASILE.**

Bibliografía

1. American Psychiatric Association (1998): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (1998) (D S M IV) Ed. Masson S. A Barcelona
2. Bleuler, E. (1911): "Dementia precoz oder gruppe der schizophrenien". *Traité d'Aschaffenburg*
3. De Ajuriaguerra, J. (1980): *Manual de Psiquiatría Infantil*. 4ta.ed. Ed. Toray-Masson. Barcelona
4. Ey, H. (1975): *Tratado de Psiquiatría*. 7ma. ed. Ed. Toray- Masson. Barcelona
5. Kanner, L. (1943): "Autistic disturbances of affective contact".
6. Kaplan, H. I.: "Tratado de Psiquiatría". Sexta Ed. 1995.
7. Stagnaro, J. C. – Tesone, E. – Fortineau, J.: "Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEAR – 2000)". Ed. Polemos

Datos de los Autores

Dra. Paula Zuccato.
Psiquiatra Infanto Juvenil
(paulazuccato@hotmail.com)

Lic. Leandro Auguste.
Psicólogo Infanto Juvenil
(leandroauguste@hotmail.com)

ENTRE LA DECISIÓN, EL DÉFICIT Y EL TRASTORNO: UN CASO DE AUTISMO.
Autores: **Dra. Zuccato, Paula.** y **Lic. Auguste, Leandro.**