

# **“PSICOSIS INFANTILES. ABORDAJE TEÓRICO”**

**Autor: Ana Barro**

[ana.barro@ymail.com.ar](mailto:ana.barro@ymail.com.ar)

## INTRODUCCION

---

El presente trabajo pretende realizar un recorrido teórico de los autores del psicoanálisis en la teoría y clínica de las psicosis infantiles.

El término “psicosis” aparece en la psiquiatría alemana del siglo XIX para designar a la locura, la alienación y las enfermedades mentales.

Hasta mitad del siglo XIX los primeros escritos sobre psicosis infantiles siguieron la descripción de Bleuler y Kraepelin. Ambos autores realizaron sus aportaciones teóricas sobre la demencia precoz (esquizofrenia). Reconocían que la esquizofrenia podía ocurrir durante la adolescencia temprana pero que era imposible que pudiera surgir durante la infancia.

Bleuler en 1906 planteó que algunos de los enfermos psicóticos adultos ya lo eran de niños. Este autor consideró que el 4% de los casos de esquizofrenia comenzaban antes de los 15 años llegando a explicar que en “la esquizofrenia no es una psicosis de la pubertad en el estricto sentido de la palabra, sin embargo en la mayoría de los pacientes la enfermedad comienza a manifestarse prontamente tras la pubertad”.

En el año 1937, Lutz realizó los primeros conceptos teóricos a los que denominó como “*Esquizofrenia infantil*”. Consideró que el cuadro clínico de los niños psicóticos presentaba: problemas en las relaciones con otros, aislamiento, atontamiento, disociaciones de la afectividad, apatía o excitación impulsiva. Lutz define a la esquizofrenia infantil como una enfermedad endógena autónoma que se opone a las demencias orgánicas.

Algunos psicoanalistas como M. Klein, Mahler, Winnicott y Bruno Bettelheim trabajaron en clínica con niños psicóticos.

En la década del '50 B. Bettelheim trabajó con niños cuyo diagnóstico eran considerados esquizofrénicos y autistas. Para este autor, el autismo se origina por un encuentro defectuoso entre el niño y el mundo externos en los primeros años de vida. El niño se retira hacia la posición autista que ahora vive como destructor y se refugia en sus fantasías para obtener las gratificaciones. Bettelheim sostenía que los primeros días de la vida de un bebé, son claves para el desarrollo. Consideró que la lactancia, destacaba la importancia de aspectos formales como la forma de sostenerlo durante la ingestión de leche.

**Margareth Mahler** describió en 1957 definió "*psicosis simbiótica*" para diferenciar del autismo.

Mahler describe tres períodos:

El **período autista** llamado "**narcisismo primario**" (0-2 meses), el niño ha empezado a sentir el placer y el dolor que la vida le puede ofrecer lo que le llevará ulteriormente a percibiese como formando parte de una relación de dos (madre-niño).

El **período simbiótico** (2-6 meses) el niño habrá desarrollado un sentimiento de seguridad fundamental, sobre todo si ha podido sentir que hace "**uno con**" la madre (porque ésta ha sabido satisfacer sus necesidades y responderle a su demanda). Es sobre este sentimiento de seguridad sobre el que se basará su propia capacidad de asegurar y dar confianza.

El **período de separación-individuación** que se divide en dos sub fases:

**Fase de diferenciación** (6-10 meses) el niño comienza a integrar la ansiedad de la separación, que el objeto amado que se ausenta vuelve con él.

**Fase de práctica:** (10-15 meses) el niño accede a la locomoción y a experimentar el mundo externo.

En un principio se denomina el autismo "normal". El niño está en un estado de confusión alucinatoria primaria, de dependencia absoluta con la Madre. Es una fusión psicósomática que contribuye a la ilusión de la omnipotencia. Es una vida vegetativa ya que rigen solamente el sueño y la alimentación. Esta fase dura hasta el décimo mes. Durante esta etapa en un momento se rompe y el niño integra a la Madre en una relación dual todopoderosa: **la simbiosis**. Todavía no existe una diferencia entre el niño y el exterior. La madre es vivida como un objeto parcial, de manera fusionada. La función de la madre es ayudar poco a poco al niño a desarrollar sus emociones y sus percepciones exteriores. La separación de los objetos se hará de una manera suave y la capacidad de anticipar una satisfacción se establecerá. El bebé comienza a percibir el mundo externo como fuentes de gratificación. En este momento se produce el proceso de separación-individuación del décimo mes a los tres años. En este periodo, se produce un desplazamiento parcial de la catexis libidinal (motricidad, lenguaje...) a un segundo desplazamiento, sobre los aparatos autónomos del self y las funciones del Yo (percepción, aprendizaje). Es que en este periodo las confusiones y desequilibrios se establecen, dando a luz las psicosis precoces. El bebé comienza a percibir poco a poco el origen externo de gratificación. Ha sido llevado fuera de la "esfera simbiótica". El autismo es una

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

manera defensiva ya que el niño no puede utilizar el campo emocional de la madre. Esto significa que no utiliza la función del Yo auxiliar de la madre. Lo que luego produce una desorientación entre el mundo exterior e interior. El niño se elabora un universo propio, restringido y se encierra. Después se hace insostenible a todo cambio de su mundo inanimado. **La psicosis simbiótica** es la fijación al estadio del objeto parcial. La madre queda fusionada con el self del Niño. La madre sigue participando en la ilusión de su omnipotencia. Los síntomas aparecen después de un año (delirios de omnipotencia simbiótica). Para los psicóticos, y sobre todo los autistas, los objetos transicionales son desplazados por objetos fetiches que tienen un valor sobre sí mismos y no relacional.

Algunos años después en el año 1981, **F. Tustin** retoma las teorías desarrolladas por **Mahler**, para luego describir dos cuadros:

**“Autismo encapsulado”** (concepto caracterizado por **Malher** como **Autismo primario patológico** o **Psicosis autística**) y **“Autismo confusional”** (**las Psicosis simbióticas**). En este último, las vivencias de fragmentación del yo producido por la angustia por la separación, hace que el niño quede endosado al cuerpo del otro. Para Tustin, los niños psicóticos utilizan la confusión con los objetos externos como modo de evitar las vivencias de dispersión y fragmentos del sí mismo. Las situaciones de pérdidas no se producen debido al enredo que tiene con la madre, es la sensación de engolfamiento con ella. Estos niños tienen movimientos torpes y mal coordinados, su tono muscular es blando y flácido, se acomodan al cuerpo del otro cuando se los tiene en brazos. Para esta autora estos niños están al borde de distinguir entre lo interno y lo externo, pero debido a la angustia intensiva que estos sentimientos le provocan, los viven como agujeros en su cuerpo y en su continuidad de existir. En la tentativa de curarse de estos agujeros, además del enredo que con las personas, utilizan un tipo especial de objetos que ella denomina **“confusionales”**, son objetos que se engolfan, dentro de los cuales intenta meterse. Los objetos confusionales son blandos para cada niño, son una confusión de elementos del yo y del no-yo; no son objetos compartidos; desvían la tensión del niño de las situaciones dolorosas. Estos objetos son muy diferentes de los **objetos transicionales**; no están humanizados, no sirven de puente en los encuentros y las separaciones con los otros porque funcionan como barrera frente a la angustia, son de carácter evitativo.

En 1970, **Ajuriaguerra**, definió el cuadro de **“Psicosis en el niño”** como un trastorno en la organización del Yo y de la relación con el medio exterior. Consideró como rasgos característicos de esta patología: fragmentación del cuerpo y del espacio, comportamientos hiper rígidos, vida fantasmática que puede ser pobre o alucinatoria, comunicación distorsionada, dificultades en el uso de los objetos. Ajuriaguerra consideraba que estos cuadros psicóticos podían estar presentes desde el nacimiento a la

latencia o en la pubertad donde había una historia anterior y que si se indagaba se podía hallar conductas extrañas, trastornos del pensamiento y en la conducta. También cambios en el estado de ánimo, ambivalencia afectiva y reacciones agresivas contra otros y contra ellos mismos.

En 1993, **Potter** definió a las **psicosis infantiles** con la siguiente sintomatología:

- Falta de interés en el medio
- Pensamiento, sentimiento y actuación anormales.
- Bloqueos y mutismo
- Relación emocional y defectuosa.
- Disminución, rigidez y distorsión del afecto.
- Cambios en el comportamiento que van desde la excitación hasta el estupor.

Este autor consideró que estos niños estaban sufriendo de un trastorno esquizofrénico que se diferenciaba de la esquizofrenia de los adultos. El trastorno se desarrolla antes de haberse completado una verbalización fluida.

**Asperger** descubrió la **esquizofrenia infantil** temprana entre los 4 y 5 años de edad, diferente al autismo infantil. Considera que la sintomatología no aparece durante el primer año de vida sino que se hace de forma paulatina durante el desarrollo del niño.

Para **Lauretta Bender** la esquizofrenia se produce como el resultado de un retraso madurativo. Esta autora que nació en Montana y durante su infancia tuvo dislexia. En su época de la escuela la consideraban que era retrasada y repitió varias veces. Fueron sus padres que la ayudaron a superar sus dificultades. Años más tarde estudio biología y después medicina para dedicarse a la neuropsiquiatría infantil. Dentro de esta especialidad se centró en el estudio de la esquizofrenia y desarrolló su teoría.

Bender consideró en su teoría sobre la esquizofrenia que es “una entidad clínica que presenta un estado patológico en todos los niveles y todas las zonas de integración y de conformación dentro del sistema nervioso central, ya sea vegetativo, motor, de la percepción, intelectual, afectivo o social”. Consideró que la esquizofrenia se debía a una encefalopatía difusa.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

En la actualidad es considerado un proceso gradual en el deterioro de la personalidad del niño (después de los 5 años, sostienen varios autores) hasta esta edad el niño ha adquirido su desarrollo normal con todos los aprendizajes y adquisiciones.

Se manifiestan como una de las principales características desórdenes del comportamiento y cambios de humor brusco.

La mayoría de los autores consideran que pueden estar presentes estados e ideas delirantes, encontrándose anteriormente sentimientos delirantes que están asociados a temores corporales, a sufrir mutilaciones, vivencia de cuerpos rotos.

Las características generales de los niños que presentan psicosis son: desorganización, aspecto confuso y disperso, hiperactividad, cambios de humor repentinos, trastornos en la constitución del pensamiento, crisis de angustia, automutilaciones, lenguaje ecolálico y hablan en tercera persona

“Siguiendo **Bercherie** (1998) es posible considerar al estudio de la psicopatología en tres **períodos históricos**. El primero abarca en el siglo XIX donde se desarrolla la discusión de la idea del retraso asociada al concepto de idiotez o idiocia. Esquirol en 1820 creó el concepto de la noción de idiocia para definir al único trastorno existente representado por el retraso. Dicho retraso se caracteriza por un déficit parcial. En este período se caracteriza por la educación especial para superar este trastorno.

El segundo período se inicia en 1880 y se caracteriza por la escritura y la creación de una clínica psiquiátrica del niño que es básicamente una copia de la psiquiatría del adulto. En esta época se piensa que la locura que está presente en los niños es la misma que tienen los adultos. Es en este tiempo que aparece el nombre de “**dementia precocissima**” vinculado a la psicosis o esquizofrenia adulta conocida hasta entonces como demencia precoz.

Luego se comenzó a realizar la diferenciación entre psicosis de inicio temprano, generada hasta los tres años y la **psicosis infantil tardía** que se manifestaban a los cinco años de edad. Esta diferenciación permitió separar el autismo de las psicosis. De manera contemporánea, la clasificación francesa de trastornos mentales se refiere a “psicosis de tipo esquizofrénico” al referirse a las psicosis infantiles la que es diferenciada a la psicosis de los adultos.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

El tercer y último período es desarrollado con los aportes del psicoanálisis, que tiene una teoría rica y compleja para comprender tanto en el adulto como en el niño.”

Bercherie señala que la definición de psicosis infantil proviene de los trabajos desarrollados por Bleuler del diagnóstico de esquizofrenia.

Los autores franceses diferencian la psicosis de las psicosis precoces y de las psicosis más tardías.

El autismo infantil como punto de referencia es esencial entre las distintas psicosis infantiles.

Heller en 1908 observó que en determinados niños presentaban una regresión y llegaban a perder todo lo que habían aprendido, desde el lenguaje hasta el control de esfínteres y su vínculo con el entorno. Lo denominó “*dementia infantilis*”.

A lo largo del siglo XIX y en el siglo XX las psicosis infantiles fueron confundidas con:

- Demencias
- Demencias intelectuales
- Trastornos del carácter

Entre los años 1930 y 1940 autores como **Bradley y Potter** en Estados Unidos y **Heuyer y Lutz** en Europa consideraban a la esquizofrenia infantil como una psicosis crónica que evolucionaba a una Pseudodemencia.

### AUTORES DEL PSICOANÁLISIS:

---

En 1943 Leo Kanner introdujo el término de *“autismo infantil precoz”* para designar a los casos de pacientes donde se presentaba como síntoma principal el retraimiento. Esto lo realizó a través de un estudio entre los años 1938 a 1943 a 11 niños. Según este autor **“Falta de contacto con las personas, ensimismamiento y soledad emocional”**. Así describía el médico vienes a los niños con autismo. No era el primero que percibía los síntomas, pero sí que fue el primero que la diferenció de la esquizofrenia.

**Un Caso de Leo Kanner:** “Paul G. fue enviado en marzo de 1941 a la edad de cinco años, para una evaluación psicométrica de lo que pensaban que era un déficit intelectual severo. Había asistido a una guardería privada, donde su lenguaje incoherente, su incapacidad de adaptación, y sus reacciones ante cualquier interferencia con expresiones de rabia, daban la impresión de debilidad mental.

Paul, hijo único, había venido a este país desde Inglaterra con su madre, aproximadamente a los dos años. Su padre, un ingeniero de minas del que se cree que ahora está en Australia, había abandonado a su esposa poco antes, después de varios años de infeliz matrimonio. La madre, supuestamente graduada universitaria, una mujer inquieta, inestable y excitable, proporcionó una historia vaga y flagrantemente contradictoria del ambiente familiar y del desarrollo del niño. Dedicó mucho tiempo a resaltar e ilustrar sus esfuerzos para hacer listo a Paul, enseñándole a memorizar poemas y canciones. A los tres años sabía las letras de más de 37 canciones, y diferentes y variadas rimas infantiles. Nació con normalidad. Vomitó mucho durante su primer año y se cambiaron frecuentemente, y con poco éxito, las fórmulas de alimentación. Cesó de vomitar cuando empezó a tomar alimentos sólidos. Echó los dientes, sostuvo la cabeza, se sentó, anduvo y estableció el control de esfínteres a la edad normal. Tuvo sarampión, varicela, y tos ferina sin complicaciones. Le extrajeron las amígdalas a los tres años. En el examen físico se le descubrió fimosis como única anomalía respecto a su, por otra parte, buena salud.

Los siguientes rasgos se observaron durante sus visitas a la clínica, durante cinco semanas de residencia en un hogar de acogida, y unos pocos días que se quedó en el hospital. Paul era delgado, bien formado, atractivo, su rostro parecía inteligente y animado. Tenía buena destreza manual. Rara vez respondía cuando se dirigían a él, aunque se le llamara por su nombre. En una ocasión recogió un bloque del suelo al pedirselo. Una vez copió un círculo inmediatamente después de que fuera dibujado delante de él. Algunas veces un enérgico «¡No!» le hacía interrumpir su actividad en ese momento. Pero normalmente, cuando se le hablaba, continuaba con lo que estuviera haciendo como si no se le hubiera dicho nada. En cambio, nunca se tenía la impresión de que fuera desobediente o díscolo a propósito. Obviamente se hallaba tan distante que

lo que se le decía no le llegaba. Siempre estaba ocupado de forma muy activa en algo y parecía estar sumamente satisfecho, a no ser que alguien intentara de forma persistente interrumpir las que había elegido. Entonces, primero trataba de apartarse con impaciencia, y si no lo lograba, gritaba y pataleaba completamente enrabiado.

Existía un mareado contraste entre sus relaciones con las personas y con los objetos. Al entrar en la habitación, iba inmediatamente tras de los objetos y los utilizaba de forma correcta. No era destructivo y los trataba con cuidado, incluso con afecto. Cogió un lápiz y garabateó en un papel que encontró en la mesa. Abrió una caja, sacó un teléfono de juguete cantando una y otra vez: «Quiere el teléfono», y se paseó por la sala con el auricular y el receptor en posición correcta. Se hizo con unas tijeras y paciente y hábilmente cortó una hoja de papel en trozos pequeñitos, cantando muchas veces la frase: «Cortando papel». Cogió una locomotora de juguete y corrió alrededor de la habitación, manteniéndola en alto y cantando una y otra vez: «La locomotora está volando». Mientras estas expresiones realizadas siempre con la misma inflexión de voz a situaciones inmediatas. Estos son algunos ejemplos: «La gente en el hotel»; «¿Te hiciste daño en la pierna?»; «Se acabaron los caramelos, el caramelo está vacío»; «Te caerás de la bicicleta y te golpearas la cabeza». Sin embargo, alguna de estas exclamaciones podría estar claramente relacionada con experiencias previas. Acostumbraba a decir casi a diario, «No tires al perro por el balcón». Su madre se acordaba de que le había dicho estas palabras sobre un perro de juguete cuando todavía vivían en Inglaterra. Al ver una sartén exclamaba invariablemente: «Pedro-comedor». La madre recordaba que esta particular asociación había comenzado cuando tenía dos años y a ella, por casualidad, se le cayó una sartén mientras le estaba recitando la rima infantil «Pedro, Pedro, comedor de calabazas». Las repeticiones de advertencias sobre lesiones corporales constituían la mayor parte de sus expresiones.

Ninguno de estos comentarios intentaba tener valor comunicativo. Por su parte, no había vínculo afectivo con las personas. Se comportaba como si la gente en sí no importara o existiera. No había ninguna diferencia entre hablarle de forma amistosa o con dureza. Nunca miraba a la cara de las personas. Cuando tenía alguna relación con los demás los trataba, o más bien trataba a las partes de ellos, como si fueran objetos. Utilizaría su mano para que le guiara. A veces, al jugar, golpeaba su cabeza contra su madre, igual que en otras ocasiones lo hacía con la almohada. Permitía que las manos de su cuidadora le vistieran, sin prestarle la más mínima atención a ella. Cuando estaba con otros chicos les ignoraba y se iba tras de sus juguetes.

Su pronunciación era clara y poseía un buen vocabulario. La construcción de frases era satisfactoria, con una excepción significativa: nunca usaba el pronombre de primera persona, ni se refería a sí mismo como Paul. Todas las declaraciones relacionadas consigo mismo las hacía en segunda persona, como repeticiones literales de cosas que se le habían dicho con anterioridad.

Expresaría su deseo de caramelos diciendo «Tú quieres caramelos». Apartaba su mano de un radiador caliente diciendo «Tú te haces daño». En ocasiones repetía como un papagayo las cosas que se le decían.

No se le pudo realizar una evaluación formal, pero ciertamente no se le podía considerar un débil mental en el sentido ordinario. Después de oír a su cuidadora bendecir la mesa tres veces, lo repitió sin error y lo recuerda desde entonces. Sabía contar y nombrar los colores. Aprendió rápidamente a identificar sus discos favoritos de entre un gran montón, y sabía ponerlos.

Su cuidadora relató numerosas observaciones que indicaban una conducta compulsiva. A menudo se masturbaba en completo abandono. Corría en círculos emitiendo frases de forma casi extasiada. Cogía una pequeña manta y la agitaba continuamente, gritando encantado «¡Eej ¡Eej!». Podía seguir de este modo durante largo tiempo, y se irritaba mucho si se le interrumpía. Todas estas y muchas otras cosas no eran sólo repeticiones sino que se sucedían día tras día con una similitud casi fotográfica”.

*Kanner define al autismo como un trastorno de tres áreas fundamentales:*

- *Un trastorno de las relaciones interpersonales.*
- *Problemas en la comunicación y el lenguaje.*
- *Rigidez mental y comportamental.*

Además Kanner sigue describiendo que en esta patología:

- *No se da la diferenciación de madre y no madre.*
- *No aparece ni la mímica ni los gestos de llamada “mirada vacía”*
- *Si se lo cambia de habitación o de casa se altera fácilmente.*
- *Habilidad manual extraordinaria*

Kanner considera que el mundo externo es vivido como una amenaza. Esto produce que toda acción del otro sea vivida como intrusión, ello incluye desde la alimentación, los cuidados corporales hasta la presencia.

Describió al autismo como un tipo de patología del pensamiento. Investigó el comportamiento de 8 niños y 3 niñas con diferentes características. Esta investigación de los casos lo llevo a Kanner a publicar el texto “**Trastorno autista del contacto afectivo**”.

Antes del desarrollo teórico de Kanner lo más cercano que encontramos son las descripciones de los famosos niños lobos por ejemplo los casos de Victor de Aveyron y el de Kaspar. También se hacen referencias a los casos de “niños osos” de Lituania.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

Aunque la definición de autismo infantil es definida por Kanner, la primera vez que se la utilizó fue por Bleuler en el año 1906. Para Bleuler el autismo significa el fracaso del paciente en las relaciones con el mundo externo y su aislamiento en un mundo de fantasmas.

**Rimland** (1964) estableció las *características diferenciales de la esquizofrenia infantil del autismo infantil*:

**El Autismo infantil temprano** es caracterizado por:

- No hay alucinación ni delirio
- No hay interacción social
- Buena salud y apariencia
- Perturbación del lenguaje (afirmación por repetición, ecolalia, lenguaje metafórico)
- No orientado, desinteresado

En cambio, podemos definir que los síntomas psicóticos en la niñez, son trastornos del contenido del pensamiento (especialmente ideas delirantes), trastornos del curso del pensamiento (pérdida de la capacidad asociativa), alucinaciones, afectividad inapropiada, trastorno de identidad personal, dificultad para realizar actividades habituales y dificultades en las relaciones con personas y con la psicomotricidad.

Es importante destacar que es difícil establecer si hay un trastorno del pensamiento, especialmente en el niño cuando no ha adquirido el lenguaje. También sucede que el niño adquiere el concepto de realidad a lo largo de su desarrollo.

Algunos autores consideran que la *psicosis infantil* tiene las siguientes características:

- Falta de conciencia aparente de la identidad personal
- Preocupación excesiva por determinados objetos
- Resistencia e intolerancia a los cambios en el medio ambiente.
- Anomalía en la percepción
- Ansiedad excesiva
- Trastorno del lenguaje o éste no se adquiere
- A veces, retraso mental
- Síntomas similares a la esquizofrenia en adultos

**Tustin** (1977) diferencia el autismo y la psicosis infantiles del siguiente modo en su texto "*Estados autistas en los niños*" (1981):

### **AUTISMO**

- Desconexión. Equiparación con un animal o un objeto.
- Dificultades en la lactancia
- Terror: a "desaparecer" (agujero negro); a la caída sin fin; a la licuefacción; a explotar.
- El tacto es el modo aprehensión privilegiado y tocar suele tener una significación mágica.
- Hay sensación de torbellino (giran sobre sí mismos), prevalecen los signos perceptivos.
- Suelen tener buena motricidad fina.
- La ausencia no es simbolizada.

No pueden conectar las representaciones visuales con las auditivas, dificultándose entonces la constitución del lenguaje y coartándose a veces el desarrollo cognitivo.

- Hay desinterés por el mundo.

La tensión producida por la separación corporal no ha llevado a la simbolización sino que ha sido vivida como un "ser arrojado" y ha quedado obturada.

- El niño se envuelve en sus propias sensaciones corporales como modo de protección (coraza protectora dura). No registra la dependencia.
- Si el otro humano no intenta comprender el momento de desesperación el niño queda "arrojado" en un "no ser".
- No distinguen entre personas vivas y objetos inanimados. Sensaciones de duro y blando.

### **OTRAS PSICOSIS INFANTILES:**

- Sensación de "extrañeza". Idea de monstruo o demonio o extraterrestre.
- Lactantes ávidos, voraces.
- Los terrores son múltiples: a la desintegración, a ser tragado, a morirse, a caer en un abismo, a ser cortado en pedacitos, etc.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

- Hay identificación con los otros. Les atribuyen a personas y a objetos funcionamientos propios.
- Prevalen las representaciones cosas y las palabras son tomadas como cosas.
- Suelen ser torpes en su desempeño motor.
- La ausencia no es simbolizada.
- Pueden tener o no dificultades en su desarrollo cognitivo. Pueden interesarse mucho por ciertos temas. Pueden tener razonamientos brillantes en un momento.
- Hay agujeros representacionales. El lenguaje es confuso y bizarro. Predomina la desestimación.
- El niño está confundido, mezclado, con la madre. El sentimiento de separación corporal está difuminado.
- El niño se envuelve ilusoriamente en el cuerpo materno como modo de protección. Dependencia absoluta.
- Si el otro humano no intenta comprender el momento de desesperación el niño queda "arrojado" o puede suponerse omnipotentemente destructivo.
- Puede diferenciar personas y objetos inanimados, pero un objeto inanimado (así como una persona) puede volverse terrorífico y cobrar vida. Diversidad de sensaciones y percepciones.

### **Evolución histórica de la terminología de las psicosis infantiles**

Autores:

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| • Kraepelin (1890- 1907)    | Denominación: Demencia precoz                       |
| • De Sanctis ( 1906)        | Denominación: Precocísima                           |
| • Heller (1909)             | Denominación: Demencia Infantil                     |
| • Kanner (1943)             | Denominación: Autismo infantil precoz               |
| • Asperger (1944)           | Denominación: Psicopatía autista                    |
| • Rank (1949)               | Denominación: Desarrollo atípico de la personalidad |
| • Mahler (1952)             | Denominación: Psicosis simbiótica                   |
| • Ekstein y Friedman (1966) | Denominación: Psicosis borderline                   |

**Melanie Klein y Donald W. Winnicott:**

---

Melanie Klein fue una seguidora de las teorías de Freud, aunque luego desarrolló sus propias ideas acerca de la enfermedad mental.

Freud consideraba que la psicosis no podía tener tratamiento alguno tanto en niños como en adultos. Estos pacientes a los que los definió de “neurosis narcisísticas”, son sujetos que están en su mundo, ya que han retirado las catexis a los objetos y lo habían volcado en su yo interno. Son personas que no pueden relacionarse con los objetos externos y con la realidad.

Pero Melanie Klein desarrollo y amplió una teoría totalmente diferente a lo que pensaba el Padre del Psicoanálisis y demostró la existencia de relaciones objetales en los psicóticos.

Esta autora sostiene que existe un Yo desde el comienzo de la vida y que es inmaduro. El bebé está expuesto desde el momento de que nace a la ansiedad provocada por el conflicto de dos instintos, como también al impacto de la realidad, al hambre, al dolor, etc.

Desde su nacimiento el bebé tiene algunas funciones yoicas: como la capacidad de percibir la angustia y la posibilidad de ejercer algunos mecanismos de defensa.

El problema que presenta la psicosis, para Klein, es la presencia excesiva del sadismo que lo lleva a fantasear una retaliación por parte de los objetos y a una interrupción parcial o total de las fantasías tanto externas como internas.

Klein consideró que su desarrollo teórico podía ser de suma utilidad para los psiquiatras y los tratamientos a enfermedades más severas como la psicosis. Esta autora sostuvo que la psicosis en niños era más común de lo que se creía en esa época y que la mayoría de las veces no era descubierta por los padres.

También consideró que existían problemas más tempranos en el psiquismo. A su parecer estaban presentes diferentes mecanismos que enfrentaban a esa angustia, agresión o miedo. Los llamó mecanismos de defensa primitivos o defensas psicóticas.

Estos mecanismos son: la escisión, la desmentida, la idealización, la proyección, la introyección y la idealización. Además de estos mecanismos estaba presente la omnipotencia y la violencia en la fantasía.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

Con el caso Dick, un niño que trató en 1929 le permitió a Klein plantear conceptos teóricos con respecto a la psicosis basada en la relación del niño con el pecho, la aparición temprana del complejo de Edipo, el Superyó y el conflicto entre los instintos.

Para Klein, la psicosis es una forma disociada, un corte. La realidad se la ve agresiva, es sádica y cruel para el individuo.

**En cambio en el texto de “PSICOSIS Y CUIDADOS MATERNOS “de Winnicott se observa otro desarrollo teórico sobre la psicosis. Este autor plantea la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo del psiquismo, haciendo hincapié en la relación madre - bebé y la importancia de los aspectos neurológicos, genéticos y constitucionales.**

Para Winnicott, la psicosis se produce por la experiencia que tiene el niño con su medio ambiente, que es insuficiente y con una falla del contacto con la realidad externa. Para este autor, estos dos factores son la causa de la ansiedad persecutoria debido a las carencias en la preocupación materna primaria y que más tarde generarían cuadros severos.

Winnicott plantea: "la enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo... y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente... allí será fundamental la provisión de un marco generador de confianza".

Puede postularse que la tendencia regresiva de un caso psicótico es parte de la comunicación del individuo enfermo, comunicación que el analista puede comprender del mismo modo que entiende como comunicación el síntoma histérico. La regresión representa la esperanza del individuo psicótico de que puedan revivirse ciertos aspectos del ambiente que originalmente fallaron, pero revivirlos de un modo tal que en lugar de fallar en su función de desarrollar y madurar la tendencia heredada, esa vez tenga éxito". (Winnicott, 1959).

Este volcarse hacia “dentro” es la característica general del comienzo de la enfermedad. Desde el punto de vista del psicoanálisis, de acuerdo a la concepción de la libido, es el retorno de las cargas de objeto que son las que permiten el contacto con la realidad y el sujeto.

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

El psicótico teme la disolución de la estructura psíquica que implica el derrumbe total o parcial de las representaciones de objeto y del yo, y que finaliza en el retiro de la libido del mundo exterior donde luego se generan la formación de síntomas psicóticos.

La originalidad de los textos de Winnicott se encuentra en la importancia de la relación madre-bebé y el papel del medio ambiente. En muchos de sus textos, remarca que no existe un bebé sin que se incluya los cuidados maternos.

Con respecto al tema del autismo y la psicosis va a decir que son las consecuencias de un déficit del Yo materno que generan una organización defensiva que va a utilizar el bebé.

### Bibliografía:

---

Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona. Masson. Cuarta Edición 1977 Reimpresión 2000.

Tustin, F. Autismo y Psicosis infantil. Paidós. 1984

Winnicott Donald. Exploraciones Psicoanalíticas 1. Editorial Paidos. 5ª reimpresión 2011.

Winnicott Donald. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Editorial Paidos.

Winnicott Donald. El hogar nuestro punto de partida. Editorial Paidos.

Klein Melanie. Obras completas. Tomo 1 "Amor, culpa y reparación". Editorial Paidos. 1989.

Klein Melanie. Obras completas Tomo 2 "Psicoanálisis de niños". Editorial Paidos. 1987.

Klein Melanie. Obras completas Tomo 3 "Envidia y gratitud". Editorial Paidos. 1988.

Klein Melanie. Obras completas Tomo 4 "Relato del psicoanálisis de un niño". Editorial Paidos. 2008

Mahler Margareth. Estudios 1: Psicosis infantiles y otros trabajos. Editorial Paidos. 1984

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIA. SALUD MENTAL, PSICOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA. DIRECTOR PROF. DR. HECTOR S.**

Mahler Margareth. El nacimiento psicológico del infante humano. Editorial Marymar. Bs. As. 1984.

Bleuler E. Demencia Precoz. Editorial Hormé. 2da. Edición 1993.

Kraepelin Emil. Demencia Precoz. Editorial Polemos. 2008.

Rinmland B. Infantil autismo: el síndrome y sus implicaciones para una teoría neutral del comportamiento. Appleton – Century-Crofts 1964. Res. Dept., estadounidense personal naval Res. Lab., San Diego, CA.

Heller, « *Über Dementia Infantilis* » [1909], in J. Postel y C. Quétel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie; op. Cit.*

L. Kanner, « *Autistic disturbances of affective contact* » [1943], in G. Berquez, *L'autisme infantile. Introduction à une clinique relationnelle selon Kanner*; Editions Presses Universitaires de France, 1983, p. 262.