

VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

62



TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

*Cukier / Fendrik / Misès /
Matusevich / Walhberg*

Director:
Juan Carlos Stagnaro
Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

Comité Científico

ARGENTINA: F. Alvarez, S. Bermann, M. Cetcovich Bakmas, I. Berenstein, R. H. Etchegoyen, O. Gershanik, M. A. Matterazzi, A. Monchablon Espinoza, R. Montenegro, J. Nazar, E. Olivera, J. Pellegrini, D. J. Rapela, L. Ricón, S. L. Rojtenberg, D. Rabinovich, E. Rodríguez Echandía, L. Salvarezza, C. Solomonoff, M. Suárez Richards, I. Vegh, H. Vezzetti, L. M. Zieher, P. Zöpke. AUSTRIA: P. Berner. BÉLGICA: J. Mendlewicz. BRASIL: J. Forbes, J. Mari. CANADA: B. Dubrovsky. CHILE: A. Heerlein, F. Lolas Stepke. EE.UU.: R. Alarcón, O. Kernberg, R. A. Muñoz, L. F. Ramírez. ESPAÑA: V. Barembli, H. Pelegrina Cetrán. FRANCIA: J. Bergeret, F. Caroli, H. Lôo, P. Noël, J. Postel, S. Resnik, B. Samuel-Lajeunesse, T. Tremine, E. Zarifian. ITALIA: F. Rotelli, J. Pérez. PERU: M. Hernández. SUECIA: L. Jacobsson. URUGUAY: A. Lista, E. Probst.

Comité Editorial

Martín Agrest, Norberto Aldo Conti, Pablo Gabay, Aníbal Goldchluk, Gabriela Silvia Jufe, Eduardo Leiderman, Santiago Levin, Daniel Matusевич, Alexis Mussa, Martín Nemirovsky, Fabián Triskier, Ernesto Wahlberg, Silvia Wikinski.

Corresponsales

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); N. Conti (Hosp. J.T. Borda); V. Dubrovsky (Hosp. T. Alvear); R. Epstein (AP de BA); J. Faccioli (Hosp. Italiano); A. Giménez (A.P.A.); N. Koldobsky (La Plata); A. Mantero (Hosp. Francés); E. Matta (Bahía Blanca); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); L. Millas (Hosp. Rivadavia); G. Onofrio (Asoc. Esc. Arg. de Psicot. para Grad.); J. M. Paz (Hosp. Zubizarreta); M. Podruzny (Mar del Plata); H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); S. Sarubi (Hosp. P. de Elizalde); N. Stepansky (Hosp. R. Gutiérrez); E. Diamanti (Hosp. Español); J. Zirulnik (Hosp. J. Fernández). CORDOBA: C. Curtó, J. L. Fitó, H. López, A. Sassatelli. CHUBUT: J. L. Tuñón. ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. JUJUY: C. Rey Campero; M. Sánchez. LA PAMPA: C. Lisofsky. MENDOZA: B. Gutiérrez; J. J. Herrera; F. Linares; O. Voloschin. NEUQUÉN: E. Stein. RIO NEGRO: D. Jerez. SALTA: J. M. Moltrasio. SAN JUAN: M. T. Aciar. SAN LUIS: J. Portela. SANTA FE: M. T. Colovini; J. C. Liotta. SANTIAGO DEL ESTERO: R. Costilla. TUCUMAN: A. Fiorio.

Corresponsales en el Exterior

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. AMÉRICA CENTRAL: D. Herrera Salinas. CHILE: A. San Martín. CUBA: L. Artiles Visbal. ESCOCIA: I. McIntosh. ESPAÑA: A. Berenstein; M. A. Díaz. EE.UU.: G. de Erausquin; R. Hidalgo; P. Pizarro; D. Mirsky; C. Toppelberg (Boston); A. Yaryura Tobías (Nueva York). FRANCIA: D. Kamienny. INGLATERRA: C. Bronstein. ITALIA: M. Soboleosky. ISRAEL: L. Mauas. MÉXICO: M. Krassoievitch; S. Villaseñor Bayardo. PARAGUAY: J. A. Arias. SUECIA: U. Penayo. SUIZA: N. Feldman. URUGUAY: M. Viñar.

Informes y correspondencia:
VERTEX, Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: 54(11)4383-5291 - 54(11)4382-4181
E-mail: editorial@polemos.com.ar
www.editorialpolemos.com.ar

**En Europa: Correspondencia
Informes y Suscripciones**

Dominique Wintrebert, 63, Bv. de Picpus,
(75012) París, Francia. Tel.: (33-1) 43.43.82.22
Fax.: (33-1) 43.43.24.64
E-mail: wintreb@easynet.fr

Diseño
Coordinación y Corrección:
Mabel Penette
Composición y Armado:
Omega Laser Gráfica
Moreno 1785, 5° piso
(1093), Buenos Aires, Argentina

Impreso en:
Sol Print. Salmun Feijóo 1035. Buenos Aires

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual: N° 207187 - ISSN 0327-6139

Hecho el depósito que marca la ley.

VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría, Vol. XVI N° 62, JULIO - AGOSTO 2005

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Polemos, Sociedad Anónima.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable. Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

SUMARIO

Vertex
Revista Argentina de
Psiquiatría

Aparición
bimestral.

Indizada en el
acopio bibliográfico
"Literatura
Latinoamericana en
Ciencias de la
Salud" (LILACS) y
MEDLINE.

Para consultar
listado completo
de números anteriores:
www.editorialpolemos.com

Ilustración de tapa
Herrera, Gabriela
"Contra el vidrio"
20 cm x 20 cm x 5 cm
Técnica mixta
2004

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- **Residentes médicos y calidad de vida,**
S. Albanesi de Nasetta, P. Nasetta pág. 245
- **Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de
psicoterapia basada en la evidencia. Antecedentes y
desarrollo de un programa de validación en la Argentina,**
P. Gagliesi, A. Lardani, M. del C. Salgueiro pág. 251
- **América Latina: Respuestas a los Antipsicóticos,**
S. Assunção, J. Jiménez, N. Pacheco et al. pág. 260

DOSSIER

TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO

- **Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del
Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora,**
S. H Cukier pág. 273
- **Síndrome de Asperger. Criterios diagnósticos y
cuadro clínico,** E. Wahlberg pág. 279
- **Autismo y psicosis infantil. Contribuciones teóricas
y clínicas del psicoanálisis,** S. Fendrik pág. 284
- **La voz de las familias. Entrevistas a madres de niños
y jóvenes con Trastornos Generalizados del Desarrollo**
E. Wahlberg pág. 289
- **El autismo: la perspectiva clínica y psicopatológica.**
Entrevista a Roger Misès, F. Casasoprana y D. Wintrebert pág. 293
- **Imágenes del autismo en el cine americano,**
M. Matusevich, D. Matusevich pág. 301

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- **Psicopatía autista en la infancia,** por Hans Asperger pág. 306

CONFRONTACIONES

- **Psiquiatría carcelaria argentina,** P. C. Cristiani pág. 312

LECTURAS Y SEÑALES

- **Lecturas** pág. 317
- **Señales** pág. 319

EDITORIAL



El perfil epidemiológico del consumo de alcohol y drogas es un indicador del estado de la salud mental y de las pautas culturales que imperan en la sociedad. Nuestro país, que venía registrando, desde hace más de una década, una creciente presencia de las redes de narcotráfico y aumentos constantes de los índices de consumo puede ser incluido, hoy, en el "mercado de la muerte", como miembro pleno.

Lo que se ha informado desde ámbitos oficiales en las últimas semanas así lo corrobora: secuestro de cargamentos de drogas ilícitas, descubrimiento de "cocinas" en las que se procesa cocaína en distintos puntos del Gran Buenos Aires y diversos delitos caracterizados por su creciente violencia y ligados al tráfico de drogas son moneda corriente en las crónicas de la prensa nacional.

Un informe, proporcionado por la Subsecretaría de Atención de las Adicciones (SADA) de la provincia de Buenos Aires y presentado por el investigador del CONICET Juan José Míguez (La Nación 24/6/05), viene a abonar las razones para incrementar la alarma que debemos tener como médicos y como ciudadanos en el momento actual.

Dicho estudio de vigilancia epidemiológica consistió en una encuesta realizada entre 1480 adolescentes, de los cuales el 80% cuenta entre 16 y 17 años de edad. En sus resultados muestra que el 12,4% de los 100.000 alumnos que cursan el último año del ciclo polimodal en escuelas públicas de la provincia de Buenos Aires fumó marihuana en el último año, mientras que el 6,6% de ellos es consumidor habitual (¡recuérdese que la última cifra proporcionada por el SEDRONAR, calculada sobre la población general de todo el país, fue del 7%!). Asimismo, el 3,2% reconoció haber aspirado cocaína y el 2% dijo hacerlo con regularidad. Más preocupante aún, por sus consecuencias deletéreas: el 3% afirmó haber ensayado la pasta base de cocaína y el 1,8% la adoptó como consumo regular. El 40% de los encuestados dijo que en su grupo de amigos se consume marihuana y el 18,6% relató que la cocaína circulaba en su grupo de pertenencia. Pero también se dieron otras conclusiones y cifras: el alcohol es la principal y primera causa de adicción y puerta de entrada al consumo de otras drogas; 7 de cada 10 muertes de jóvenes de entre 17 y 24 años de edad, registradas en la provincia en el último año, se deben al consumo de alcohol que, en muchos casos, se mezcla con otras drogas.

El 55,6% de los chicos dice consumir regularmente cerveza y, más de la mitad considera que se necesitan dos litros de cerveza, o medio litro de vodka, o un litro de vino por persona, para organizar una fiesta con amigos.

Téngase en cuenta que estamos hablando de jóvenes escolarizados ¿cuáles serán las cifras de consumo entre los miles de chicos y chicas que han desertado del colegio, con lo que eso significa como indicador de contención institucional y familiar, víctimas de la exclusión social de los últimos años?

Llama la atención que estos datos y las declaraciones plenas de buenas intenciones y valientes proyectos que comunicaron al periodismo los responsables políticos presentes en el evento, aparezcan justo antes de una contienda electoral ¿Continuará el mismo brío sanitario después de ella? A juzgar por la forma en que se ha actuado hasta ahora tenemos el derecho de desconfiar profundamente de las buenas intenciones presentadas por la mayoría de los responsables políticos en estas ocasiones. Pero si gobernar es considerado como un trabajo de servicio a la comunidad regido por una ética basada en la defensa de la vida, la justicia social y la democracia, entonces la tarea es urgentísima y debe ser encarada seriamente y sin dilación ■

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y presentados en diskette (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, de 4 ó 5 palabras clave y un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño carta, dactilografiadas a doble espacio a razón de 28 líneas por página, lo cual equivale aproximadamente a 1620 caracteres por página, tipografía Arial, cuerpo 12, en caso de utilizar procesador de texto.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej.:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía: 1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
 - a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
 - b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte, con su respectivo texto, cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 7) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 8) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 9) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

INSTRUCTIONS FOR PUBLICATION

- 1) Articles for publication must be sent to **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría, Moreno 1785, 5° piso, (C1093ABG), Buenos Aires, Argentina.
- 2) Articles submitted for publication must be original material. The author must send to the attention of the Editorial Board three printed copies of the article and one copy in PC, 3.5" DS/HD diskette, indicating the software program used and the file name of the document. The title of submitted article must be short and precise and must include the following: author/s name/s, academic titles, institutional position titles and affiliations, postal address, telephone and facsimile number and electronic mail address (e-mail). The article must be accompanied by a one page summary with the title in English. This summary must be written in Spanish and English languages, and consists of up to 150 words and should include 4/5 key words. The text itself must have a length of up to 15 pages, (approx. 1620 characters each page).
- 3) Bibliographical references shall be listed in alphabetical order and with ascending numbers at the end of the article. The corresponding number of each references must be included in the text. Example:
Text: "The work on schizophrenia in young people (4) has been reviewed by others authors (1).
Bibliography: 1. Adams, J., ...
4. De López, P.,

- a) Journals and Periodicals publications: author/s surname name/s, initials of first and second name/e, title, name and year of publication, indicating volume number, issue number, and first and last page of the article.
 - b) Books: surname of author/s, initials of first and second name/s, title of the book, city of edition, editor's name, year of publication.
- 4) Other notes (explicative, etc.) must be indicated with an asterisk in the text and must be presented in only one page.
 - 5) Tables and graphics shall be presented each in a single page including its corresponding text and must be carefully numbered. They would be presented in such a way to allow print reduction if necessary.
 - 6) At list two members of the Scientific Committee, that will remain anonymous, must read the article for reviewing purposes. The author shall remain anonymous to them. Reviewers must inform the Editorial Board about the convenience or not of publishing the article and, should it be deemed advisable, they will suggest changes in order to publish the article.
 - 7) The views expressed by the authors are not necessarily endorsed by the Editors, neither the opinions of persons expressed in interviews.
 - 8) The Editorial Board will not return the printed articles.
 - 9) All articles accepted by the Editorial Board cannot be reproduced in other magazine or publication without the authorization of Vertex editorship.

RÈGLEMENT DE PUBLICATIONS

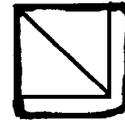
- 1) Les articles doivent être adressés à la rédaction: **Vertex**, Revista Argentina de Psiquiatría. Moreno 1785, 5° piso (C1093ABG) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Les articles doivent être originaux. Ils doivent être présentés sur disquette (préciser le logiciel et la version utilisée, le nom du document) et accompagnés d'une version papier en 3 exemplaires. Le titre doit être court et précis. Les articles comportent, les noms et prénoms des auteurs, la profession, si cela est le cas, les fonctions institutionnelles, l'adresse, les numéros de téléphone et de fax, le courrier électronique. Sur une feuille à part, doivent figurer : 4 ou 5 mots-clé, les résumés, en espagnol et en anglais, qui ne peuvent excéder 150 mots, le titre de l'article en anglais. Le texte complet de l'article ne doit pas dépasser 12 à 15 pages (format 21X29,7), et comprendre approximativement 1620 signes par pages.
- 3) Les références bibliographiques sont classées par ordre alphabétique en fin de texte, puis numérotées par ordre croissant. C'est le numéro qui correspond à chaque référence qui sera indiqué entre parenthèses dans le texte. Exemple :
Texte : le travail qui mentionne la schizophrénie chez les jeunes(4) a été revu par des auteurs postérieurs(1).
Bibliographie: 1. Adams, J.,...
4. De López, P.,...

 - a) s'il s'agit d'un article, citer : les noms et les initiales des prénoms des auteurs, le titre de l'article, le nom de la revue, l'année de parution, le volume, le numéro, la pagination, première et dernière page.
 - b) S'il s'agit d'un livre : noms et initiales des prénoms des auteurs, le titre du livre, la ville d'implantation de l'éditeur, le nom de l'éditeur, l'année de parution.

- 4) Les notes en bas de page sont signalées dans le texte par un astérisque* et consignées sur une feuille à part, qui suit immédiatement la page du texte auquel se réfère la note.
- 5) Les graphiques et les tableaux sont référencés dans le texte, présentés en annexe et soigneusement numérotés afin de faciliter une éventuelle réduction.
- 6) L'article sera lu par, au moins, deux membres du Comité scientifique – sous couvert de l'anonymat des auteurs et des lecteurs. Ces derniers informeront le Comité de rédaction de leur décision : article accepté ou refusé, demande de changements.
- 7) La revue n'est pas tenue pour responsable du contenu et des opinions énoncées dans les articles signés, qui n'engagent que leurs auteurs.
- 8) Les exemplaires des articles reçus par Vertex, ne sont pas restitués.
- 9) Les auteurs s'engagent à ne publier, dans une autre revue ou publication, un article accepté qu'après accord du Comité de rédaction.



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Residentes médicos y calidad de vida

Susana Albanesi de Nasetta

Magíster en Psicología Clínica. Profesora Adjunta de Psicopatología, Universidad Nacional de San Luis. Argentina.

Paulina Nasetta

Médica Cirujana. Residente 3º año. Medicina General y Familiar. Centro de Adiestramiento "Dr. René Favalaro", San Juan, Argentina

Introducción

El presente trabajo fue realizado en el marco del Proyecto N° 428501 de la Universidad Nacional de San Luis, y su objetivo fue investigar la Calidad de Vida en Residentes de Medicina General y Familiar.

El interés del mismo se basó en que el modelo de formación de los Residentes tiene ventajas –como por ejemplo, un contacto directo con pacientes y médicos experimentados– pero presenta algunos inconvenientes, entre los que se cuentan el ritmo laboral de los futuros especialistas, con exigencias tales como la realización de innumerables guardias junto con las actividades médicas cotidianas. Este sistema ha encontrado críticas tanto por parte de profesionales como de pacientes, ya que se ha pensado que este tipo de programa de formación puede afectar la salud de los Residentes a la vez que perjudica la calidad de cuidados que son ofrecidos a los pacientes.

La Calidad de Vida (CDV), es un concepto que va más allá de la mera condición física e incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir que abarca las funciones físicas, emocionales y sociales. Este término se relaciona con diferentes aspectos de la vida y no sólo con enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes de la vida(20).

La Organización Mundial de la Salud (OMS)(15), en 1948 definió la salud como: "... un estado de completo bienestar físico, emocional y social". Por lo que Estado de Salud y Calidad de Vida son conceptos utilizados de manera intercambiable.

Los factores que contribuyen a la calidad de vida (CDV) del individuo son numerosos: la salud es sólo uno, de suma importancia; por ello se denomina "Calidad de Vida Relacionada con la Salud" (CVRS) que se define como el valor asignado a la duración de la vida, que se altera por la deficiencia, el estado funcional y las oportunidades so-

Resumen

El objetivo del presente trabajo fue investigar la calidad de vida en Residentes de Medicina General y Familiar. Se utilizó una muestra de 97 residentes, 51 mujeres y 46 varones. Para evaluar la Calidad de Vida se administró el PECVEC (Perfil de Calidad de Vida). Los resultados obtenidos en la presente muestra, muestran la necesidad de protección de los futuros especialistas, donde la Calidad de Vida adquiere un importante papel.

Palabras clave: Médicos Residentes – Calidad de Vida – Burnout.

RESIDENTS RHYSIANS AND QUALITY OF LIFE

Summary

This research has explored the quality of life in Medical Residents of General and Familiar Medicine. Fifty –one woman and forty-six males were interviewed. The following technique was applied: PECVEC (Perfil de Calidad de Vida). The results in the present sample indicate that is necessary to protect the future specialists where the quality of life obtain an important role.

Key words: Medical Residents – Quality of Life – Burnout.

ciales que se pierden a causa de una enfermedad, un accidente, un tratamiento o una decisión política(1). Por lo tanto este concepto se relaciona con características que tienen que ver con el bienestar y con las capacidades de actuación del individuo en las tres dimensiones esenciales de la vida: la física, la psicológica y la social.

El nivel de salud alcanzado por cada persona, ha sido considerado algo tan individual como la vida misma y depende del potencial genético heredado, de la capacidad del organismo de adaptarse al ambiente, y de los riesgos y peligros que haya encontrado en su medio. Desde este punto de vista la salud no se restringe a una norma meramente fisiológica, sino que se relaciona con la capacidad del individuo para proyectarse a un futuro y poder llevar adelante un programa de vida(10).

En 1975, R. Dubos(4) definió a la salud como: ...“un estado de vida basado en un relativo equilibrio psíquico y funciones orgánicas intactas que le permite a las personas llevar a cabo objetivos propios o ajenos por medio de sus propias acciones”...

Este autor pone en claro que cada ser humano es el principal responsable de su estado de salud, de las enfermedades que podrá padecer y de la calidad de vida que disfrutará a lo largo de su existencia, condicionado por los hábitos y estilos de vida que haya aprendido en su núcleo familiar, la formación escolar y cultural que haya recibido y el ambiente familiar que le haya tocado vivir durante los primeros años de su vida.

En 1987(18), J. Siegrist definió la calidad de vida en términos de dos dimensiones básicas de la salud subjetiva: la dimensión del bienestar (humor, emociones positivas y negativas, motivaciones y cognición) y una dimensión de igual importancia que es la capacidad de actuación del sujeto (habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos).

En 1987(13), I. Mc Dowell y C. Newell propusieron hablar de “salud subjetiva” como concepto de “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”, ya que sería una auto-descripción y valoración de la satisfacción, que incluye la capacidad de la persona para desempeñar un papel en la sociedad y disfrutarlo.

Revisando bibliografía referida al tema se encontraron numerosas investigaciones:

En 1999 en España(6) se evaluó la “Calidad de Vida de un grupo de Médicos de Familia Españoles”, mediante una encuesta autocumplimentada y aplicada a 212 voluntarios médicos. El cuestionario para medir la Calidad de Vida fue la versión española del Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos (PECVEC). Se calcularon las puntuaciones finales de calidad de vida de los encuestados y se compararon con 1178 personas de 15 a 95 años investigadas previamente con el mismo cuestionario. Las puntuaciones obtenidas por los médicos fueron más altas que las de la población general. Los médicos reportaron puntuaciones más altas que las médicas en todas las escalas. La consistencia interna, medida con el coeficiente alfa de Cronbach resultó satisfactoria. Los valores oscilan entre 0,70 y 0,87 con un promedio de 0,80.

En el año 2000 R. Hernández Mejía y otros(10), aplicaron el (PECVEC) Cuestionario de Calidad de Vida en pacientes crónicos en una muestra de 1356 sujetos de ambos sexos entre 12 y 95 años de edad que fueron seleccionados en consultas de Atención Primaria, en Centros Hospitalarios desde el padrón municipal de habitantes, elegidos aleatoriamente como controles en di-

ferentes Centros Escolares, desde instituciones para ancianos y desde diversos grupos de estudios repartidos por el país. Concluyeron los autores que los hombres presentaban puntuaciones finales más elevadas que las mujeres y las diferencias fueron significativas entre ambos sexos en todas las escalas. En cuanto a la edad las puntuaciones más altas las presentaron el grupo comprendido entre 12 y 15 años. En cuanto al estado civil las puntuaciones más elevadas fueron obtenidas por las personas casadas en relación a los solteros, separados /divorciados y viudos con diferencias significativas en todas las escalas. En cuanto al nivel educativo, las puntuaciones más altas se presentaban en el nivel de formación profesional y estudios universitarios en casi todas las escalas.

En relación a esta temática, en el año 2001(16), se investigó la calidad de vida de pacientes antes de la admisión en terapia intensiva, la utilización de los recursos disponibles y el índice de mortalidad. Para esta investigación se estudiaron 8685 pacientes entre 1992 y 1993, fueron incluidos pacientes mayores de 16 años. Los datos recolectados incluyeron edad, género, diagnóstico de admisión y el nivel de severidad de la enfermedad fue evaluado mediante APACHE III (Evaluación de la Agudeza y Cronicidad de la Enfermedad). Constataron que en España, la calidad de vida de los pacientes críticos antes de ingresar a cuidados intensivos era bueno y solamente una pequeña proporción de pacientes tenía una baja calidad de vida antes de la admisión.

Se detectó que la calidad de vida previa es relativa en relación a los índices de mortalidad y contribuye muy poco en las habilidades discriminadas en el APACHE III, como modelo predictor y tiene una pequeña influencia en la utilización de recursos y en la medida de la duración de la estadía y en la actividad terapéutica.

Cabe señalar que en la última década, han aumentado considerablemente los estudios sobre calidad de vida, ya que los indicadores clásicos, como la mortalidad o expectativa de vida de los individuos, no se consideran importantes, al igual que sólo el prolongar la vida.

El aumento de los costos de las tecnologías y la necesidad de optimizar los recursos ha conducido al desarrollo de unidades de medida económica que se relacionan con las actuaciones sanitarias en términos de calidad de vida relacionadas con la salud.

Metodología

Muestra

A los fines del presente trabajo, de tipo exploratorio, transversal y no experimental, se utilizó una muestra de 97 Residentes, (51 mujeres y 46 varones) que concurren a las Pre-Jornadas de Residentes y Ex-Residentes en el marco del XVII Congreso Nacional de Medicina General, XII Congreso del Equipo de Salud y IV Congreso Internacional de Medicina General realizado en Potrero de los Funes, Noviembre de 2002, San Luis, Argentina, cuyas edades oscilaban entre 25 y 37 años y que realizaban su residencia en diferentes lugares del país.

Instrumento

Para evaluar la Calidad de Vida se administró la ver-

Tabla 1
M y DE de las puntuaciones obtenidas en las escalas del PECVEC
N= 97

	<i>Edad</i>	<i>Escala 1</i>	<i>Escala 2</i>	<i>Escala 3</i>	<i>Escala 4</i>	<i>Escala 5</i>	<i>Escala 6</i>
M	29,36	2,21	2,36	1,98	2,47	2,28	2,73
DE	2,70	0,73	0,66	0,69	0,86	0,72	0,78

sión española del cuestionario alemán *Profil der Lebensqualität Chronischkranker* (PLC)(19). PECVEC(6, 7). Perfil de Calidad de Vida en Enfermos Crónicos, pero que también puede ser aplicado a sujetos sanos.

El cuestionario consta de 40 ítems, tipo Likert con un rango de 0-4 y abarca 6 dimensiones relevantes del bienestar y de las capacidades de actuación de las personas: Función Física, Función Psicológica, Estado de Ánimo Positivo, Estado de Ánimo Negativo, Función Social y Bienestar Social. En las personas aparentemente sanas se utiliza un listado de síntomas generales. Otras cuatro preguntas investigan los factores moderadores mayores: apoyo social, eventos vitales influyentes, problemas agudos y deterioro de la capacidad sexual.

Procedimiento

El cuestionario fue aplicado en forma individual y con colaboración espontánea, en la inauguración del XVII Congreso Nacional de Medicina General, en las Jornadas de Pre-Residentes y de Ex-Residentes.

Se procedió a extraer la M y DE del grupo total en las diferentes escalas del PECVEC.

Con el propósito de comprobar si existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en las escalas del cuestionario aplicado, atribuibles al sexo de las personas que compusieron la muestra, se aplicó la prueba t de Student.

Para examinar la relación existente entre las variables del PECVEC se calculó el coeficiente de correlación "r" de Pearson.

Para examinar la asociación de las puntuaciones de las diferentes variables que se obtuvieron en los subgrupos -resultado de la partición de las variables nominales- se aplicó ANOVA (análisis de la varianza). Las variables que se tuvieron en cuenta fueron las siguientes: Edad, Sexo, Estado Civil (solteros, casados o en pareja), Eventos Influ-

yentes, Apoyo Social, Problemas Agudos y Alteraciones Sexuales sufridas por los integrantes de la muestra.

Resultados

En primer término se presentan las puntuaciones obtenidas en el PECVEC en el grupo total, cuyas escalas evalúan: Escala 1: Capacidad Física, Escala 2: Función Psicológica, Escala 3: Estado de Ánimo Positivo, Escala 4: Estado de Ánimo Negativo, Escala 5: Función Social y Escala 6: Bienestar Social.

Los resultados obtenidos de la aplicación de la t de Student, calculada con el fin de investigar si existen diferencias entre las medias obtenidas en los subgrupos de varones y mujeres en las diferentes variables del PECVEC, se muestran en la Tabla 2.

Se encontraron diferencias significativas entre los subgrupos de varones y mujeres en la Escala 1, que se relaciona con la capacidad física y de rendimiento, donde el subgrupo de varones presentó valores a nivel de significación de p=.001.

En cuanto a la Escala 2, función psicológica centrada en la capacidad de disfrute y relajación, al igual que en la escala anterior el grupo de varones presentó puntuaciones más elevadas que el grupo de mujeres, a un nivel de significación de p=.01.

En la Escala 3, estado de ánimo positivo, como dimensión del bienestar psíquico, los varones presentaron puntuaciones más altas en relación a las mujeres con un nivel de significación de p=.001.

En la Escala 4, estado de ánimo negativo, donde están contenidos aspectos esenciales de la animosidad negativa como tristeza y nerviosismo, se pudo detectar que los varones presentaron puntuaciones más elevadas que las mujeres, con un nivel de significación de p=.01. Igual comportamiento se pudo observar en la Escala 5 -la función social que se relaciona con la capacidad de establecer y mantener relaciones duraderas y comunica-

Tabla 2
M y DE en las escalas del PECVEC en los subgrupos de Varones y Mujeres.
Valores de t de Student

	<i>Edad</i>	<i>Escala 1</i>	<i>Escala 2</i>	<i>Escala 3</i>	<i>Escala 4</i>	<i>Escala 5</i>	<i>Escala 6</i>	
Varones	M	29,28	2,48	2,55	2,23	2,71	2,46	2,83
N=46	DE	2,84	0,71	0,60	0,61	0,85	0,64	0,71
Mujeres	M	29,43	1,96	2,18	1,75	2,25	2,12	2,66
N=51	DE	2,59	0,67	0,68	0,68	0,81	0,76	0,84
t		-0,27	3,68***	2,79**	3,62***	2,71**	2,34*	1,87

Tabla 3
Matriz de Correlaciones entre las puntuaciones de las Escalas del PECVEC en el grupo total
N= 97

	<i>Escala 1</i>	<i>Escala 2</i>	<i>Escala 3</i>	<i>Escala 4</i>	<i>Escala 5</i>	<i>Escala 6</i>
Esca la 1		0,64***	0,65***	0,42***	0,60***	0,52***
Esca la 2			0,76***	0,55***	0,76***	0,52***
Esca la 3				0,57***	0,60***	0,58***
Esca la 4					0,46***	0,49***
Esca la 5						0,54***

ción con otros seres humanos- donde los varones registraron puntuaciones más altas que las mujeres con una significación de $p=.05$.

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones entre las diferentes escalas del PECVEC en el grupo total.

Se observó que todas las Escalas del PECVEC correlacionaron entre sí a un nivel de significación de $p=.001$.

A fin de comprobar si existe algún tipo de asociación entre los subgrupos muestrales resultantes de la partición de las variables nominales, se aplicó análisis de la varianza, cuyos resultados se exponen en Tabla 4.

Los datos obtenidos mediante la aplicación de ANOVA permiten detectar diferencias altamente significativas en relación a la variable sexo en la Escala 1, relacionada con la capacidad de rendimiento físico e intelectual, en la que los varones presentaron puntuaciones más elevadas comparado con el grupo de mujeres, al igual que en la Escala 3, estado de ánimo positivo, relacionado con el buen humor, el equilibrio emocional y optimismo, lo que pone de manifiesto que en estas variables los varones presentaron mejor calidad de vida.

En relación a la variable Eventos Influyentes, es decir aquellos que llevan a realizar cambios en la vida de las personas, se encontraron diferencias significativas con la Escala 3 (estado de ánimo positivo) a favor del grupo de mujeres; a nivel de significación menor se encontraron diferencias con la Escala 4 (estado de ánimo negati-

vo) a favor del mismo grupo. Es decir que en el grupo de mujeres los eventos influyentes llevan a una modificación en el estado de ánimo, por lo que en este grupo la calidad de vida se vería afectada.

En cuanto a la variable Problemas Agudos, es decir aquellos que impactan directamente en la sensación de bienestar, se observaron diferencias significativas en la Escala 2 (función psicológica) a favor del grupo de mujeres y con la Escala 4 donde las puntuaciones fueron más elevadas en el grupo de varones.

Es decir que los problemas agudos inciden tanto en el grupo de varones como de mujeres afectando la calidad de vida.

La variable Alteraciones Sexuales mostró diferencias significativas en la Escala 1 (función física), Escala 2 (función psicológica), Escala 3 (estado de ánimo positivo), Escala 5 (función social) o sea la capacidad de relacionarse, y Escala 6, sentimiento de pertenencia a un grupo, donde el grupo de mujeres presentó puntuaciones más elevadas.

Discusión

Dado que no se dispone de normas surgidas de muestras de la población argentina, los resultados obtenidos en el presente estudio mediante la aplicación del PECVEC se compararon con los obtenidos por J. A.

Tabla 4
Nivel de significación de los coeficientes F calculados mediante la aplicación de ANOVA en el grupo total
N= 97

<i>Variables</i>	<i>Escala 1</i>	<i>Escala 2</i>	<i>Escala 3</i>	<i>Escala 4</i>	<i>Escala 5</i>	<i>Escala 6</i>
Edad	0,37	0,74	0,61	0,40	0,78	0,61
Sexo	0,001***	0,06	0,001***	0,008	0,02	0,24
E. Civil	0,55	0,38	0,12	0,70	0,38	0,53
Eventos influyentes	0,009	0,007	0,001***	0,05*	0,65	0,3
A. Social	0,52	0,46	0,26	0,58	0,27	0,23
P. Agudos	0,25	0,001***	0,07	0,001***	0,01**	0,02
A. Sexuales	0,001***	0,001***	0,001***	0,03	0,001***	0,01**

Fernández López y otros(6) en una muestra de médicos de familia españoles.

En la muestra con la que se trabajó (Residentes de Medicina General y Familiar), las puntuaciones medias obtenidas en todas las escalas son inferiores a las presentadas por Médicos de Familia Españoles. Esto se relacionaría probablemente con las exigencias a las que se ven sometidos los Residentes en su formación. Es necesario destacar que en la actualidad se están realizando numerosos estudios acerca de la manera en que los diferentes Programas de Residencia pueden afectar la salud y perjudicar la calidad de los cuidados ofrecidos al paciente y qué estrategias pueden llevarse a cabo para modificar los efectos negativos de los mismos.

En cuanto a las diferencias en las puntuaciones medias entre los subgrupos de varones/mujeres, en la presente muestra se pudo detectar que los varones presentaron puntuaciones más altas que las mujeres en todas las escalas del PECVEC; iguales resultados fueron obtenidos en la muestra de Médicos de Familia Españoles, es decir que los varones presentarían una mejor Calidad de Vida que las médicas. No se detectaron diferencias significativas en los subgrupos según la edad, ya que los Residentes presentan edades homogéneas, (es necesario tener en cuenta que en Argentina, la edad promedio de realización de Residencias médicas oscila entre 25-35 años).

El hecho de que el subgrupo femenino presentara puntuaciones menores en las diferentes escalas del instrumento utilizado, se relacionaría probablemente con la mayor vulnerabilidad presentada por este subgrupo para enfrentar las exigencias del régimen de guardias a la que se suman otras diferentes tareas. Se ha comprobado según diferentes estudios de laboratorio, que perjudica de la misma manera permanecer despierto durante un período de tiempo corto (realizar una guardia) como una restricción del sueño parcial de forma crónica (dormir menos de 6 horas por noche, durante al menos una semana). También se ha podido comprobar que la privación del sueño afecta no sólo el estado físico general, sino que perjudica el procesamiento verbal y la capacidad de resolver problemas(11).

Si consideramos que la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), es una dimensión subjetiva, los resultados obtenidos en la presente muestra ponen de manifiesto que el grupo de Médicas Residentes evalúa su satisfacción como de menor calidad que los Médicos Residentes.

Las correlaciones obtenidas en las diferentes Escalas del PECVEC fueron altamente significativas entre sí ($p=.001$), poniendo de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio, es decir que la Capacidad Física (Escala 1) –que es la capacidad de rendimiento general, tanto corporal como intelectual– en la vida diaria como a nivel laboral se relaciona intrínsecamente con la Función Psicológica (Escala 2) que tiene relación con la capacidad de disfrute y relajación, donde cobran importancia la calidad del sueño, apetito y goce de la persona.

La Escala 3 (Estado de Ánimo Positivo), como dimensión del bienestar psíquico, pone de manifiesto la atención, el buen humor, el equilibrio emocional y el optimismo; el Estado de Ánimo Negativo (Escala 4) en contraste con la anterior contiene aspectos de tristeza, nerviosismo, inestabilidad, sentimientos de amenaza o desesperación.

En cuanto a la Escala 5, Función Social o capacidad

de relacionarse y de poder establecer y mantener comunicación fluida con otros seres humanos guarda íntima relación con el Bienestar Social (Escala 6) que muestra la pertenencia a un grupo, como aspectos del apoyo socioemocional en forma de proximidad a personas y ausencia de sentimientos de soledad y de exclusión.

Lo expuesto anteriormente pone de manifiesto su interrelación, ya que un elemento esencial para la Calidad de Vida, no es sólo la normalidad fisiológica en sí y el correspondiente estado de salud, sino la posibilidad facilitada por ella de participar activamente en un mundo contemporáneo de significados(3).

Las tendencias actuales consideran de gran importancia que debe ser el propio individuo quien valore su Calidad de Vida(8). Por lo tanto la Calidad de Vida está íntimamente relacionada con el apoyo social que posee cada persona(14) y considera de gran importancia “el sentimiento subjetivo de ser aceptado y amado, necesitado por ser uno mismo, más que por lo que uno pueda hacer”.

El apoyo social enfatiza la importancia del sentimiento de amor y cuidado de los otros como el elemento central en el efecto protector y se relaciona estrechamente con la calidad de vida(17).

En relación a este tema en 1982 D. G. Blazer(2), consideró que el apoyo social tiene efectos directos sobre la salud física y mental de los individuos.

Las vinculaciones entre las diferentes variables en estudio pusieron de manifiesto que los varones presentan una mejor calidad de vida que las mujeres en todas las escalas del instrumento practicado.

Las diferencias encontradas entre ambos sexos han sido considerada por J. A. Fernández López(6), que refieren que las mujeres tienen una mayor sensibilidad corporal que los hombres y cabe asumir de manera coincidente que debido a su peculiar constitución, la vida psíquica de la mujer está más “fundida” con su cuerpo que el hombre y por lo tanto esta mayor somatización explica las diferencias encontradas.

Al respecto en 1993 E. Echeburúa Odriozola(5, p. 8), expresa ...“pareciera que las mujeres, sin que sepamos bien por qué, se ven más afectadas que los hombres por trastornos de ansiedad. Un hecho de esta naturaleza no puede ser sino el resultado de una interacción de influencias biológicas y culturales. Desde una perspectiva biológica, la ansiedad favorece la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para defenderse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de los hijos. Desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de temor ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo”.

En cuanto a los Eventos Influyentes que llevan a modificar aspectos de la vida, se pudo detectar que los varones se sienten más afectados por estos eventos, que modifican de alguna manera el estado de ánimo de los mismos. Por el contrario las mujeres ante situaciones vitales estresantes pareciera que pueden mantener su estado de bienestar.

Pareciera que los Problemas Agudos que se presentan cotidianamente, afectan de igual manera a varones y mujeres en la presente muestra, con la particularidad de que los varones responden con nerviosismo y deses-

peración, en cambio en las mujeres estos problemas inciden en la capacidad de disfrute y de relación. Cabe destacar que estos datos fueron recogidos en las preguntas adicionales realizadas a los residentes.

Se detectaron Alteraciones Sexuales en mayor proporción en el subgrupo de mujeres y esto influye en las diferentes escalas del PECVEC, es decir en aspectos relativos a la capacidad de funcionamiento corporal e intelectual, capacidad de relajarse de sus tareas habituales, incidiendo en el estado de ánimo, en el equilibrio emocional, en la capacidad de relacionarse y en la sensación de bienestar social.

Conclusión

La evaluación de Calidad de Vida en Residentes de Medicina General y Familiar permite poner al desnudo no sólo las exigencias cotidianas a las que se ven sometidos los futuros especialistas, sino que muestra el estrés como parte intrínseca de la práctica médica. Esto se relacionaría con el enfrentamiento diario con la muerte y la agonía(12), el tener que tratar con pacientes problemáticos, las expectativas poco realistas de pacientes y familiares y, sobre todo, las funciones múltiples que deben cumplir los Residentes Generalistas que los lleva a tratar en muchos casos con pacientes terminales aumentando su estado de angustia.

Los primeros años de trabajo son períodos de frustración, ansiedad y desilusión. Los estresores potenciales que influyen en la etapa de formación de los futuros es-

pecialistas se relacionan, en muchos casos, con expectativas irreales o falsas: la ambigüedad e incertidumbre en el trabajo, el establecimiento de la propia identidad dentro de la institución hospitalaria, el aprendizaje y el trato con jefes y compañeros y la comprensión de normas y reglas.

La Agencia Norteamericana para la Investigación y el Cuidado y Calidad de la Salud ha financiado numerosas investigaciones dirigidas a identificar las causas y soluciones de los errores médicos, lo que incluye estudios para evaluar el efecto directo de la falta de sueño de los Residentes en la mala práctica.

En relación a la salud de los médicos, se ha detectado un aumento de estrés y depresión, enfermedades somáticas y, en médicas, complicaciones durante el embarazo, relacionadas con la fatiga y la pérdida de sueño de los futuros especialistas, aunque el mayor peligro demostrado ha sido el gran riesgo de accidentes de tránsito que presentan los Residentes durante su período de formación, sobre todo tras la realización de guardias(9).

Los resultados que fueron encontrados en la presente muestra en este grupo de Residentes muestra la necesidad de sistemas de protección no sólo para el grupo más vulnerable sino para ambos grupos, para contar en el futuro con especialistas con buena salud, donde la Calidad de Vida cobra un papel de gran importancia.

Ya que esta investigación se ha realizado exclusivamente con Médicos Residentes sería un aporte realizar estudios en otros grupos de profesionales para lograr datos fidedignos y que ayuden a encontrar soluciones para diferentes especialistas ■

Referencias bibliográficas

- Bergner M, Patrik DI. (1990) Measurement of health status in the 1990s. *Annals of Public Health*, 11, 165-183
- Blazer DG. (1982) Social support and mortality in an elderly community. *American Journal of Epidemiology*, 115, 684-694
- Dubos R. (1969) *Medicine and environment*. Nueva York: Mentor
- Dubos R. (1975) *El Espejismo de la Salud*. México: Fondo de Cultura Económica
- Echeburúa Odriozola E. (1993) *Ansiedad Crónica. Evaluación y tratamiento*. Madrid Eudema
- Fernández López JA, Hernández Mejía R, Rancaño García I. (1999) Propiedades Psicométricas de la Versión Española del Cuestionario PECVEC de perfil de calidad de vida en enfermos crónicos. *Psicothema*, 11, 293-303
- Fernández López JA, Siegrist J, Hernández Mejía R, Broer M, Cueto-Espinar A. (1997) Evaluación de la Equivalencia transcultural de la versión española del Perfil de Calidad de Vida para Enfermos Crónicos. (PECVEC). *Medicina Clínica* (Barcelona), 109, 245-250
- Fossa S. (1996) New approaches to the treatment of prostate cancer. *European Urology*, 29, 121-123
- Hall K, Wakerman M, Levy J. (1992) Factors associated with career longevity in residency-trained emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 21, 291-297
- Hernández Mejía R, Fernández López JA, Rancaño García I, Cueto Espinar A. (2000) Calidad de Vida y Enfermedades neurológicas. *Neurología*, 16, 30-36
- Klein A. (1999) Resident Education, works, hours and supervision: time for change. *Journal of Pediatrics*, 116, 484-486
- Mc Cue JE. (1982) The effects of stress in physicians and in medical practice. *New England Journal of Medicine*, 23, 458-463
- Mc Dowell I, Newell C. (1987) *Mesuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York: Oxford University Press
- Moos GE. (1973) *Illness, immunity and social interaction*. Nueva York: Wiley
- Organización Mundial de la Salud (1948) *Documentos Básicos, OMS*, 39° de Ginebra, 1989
- Rivera-Fernández R, Sánchez-Cruz JJ, Abizanda-Campos R, Vázquez-Mata G. (2001) Quality of life before intensive care unit admission and its influence on resource utilization and mortality rate. *Critic Care Medicine*, 29,9-12
- Sarason BR, Sarason IG. (1994) "Assesment of social support". En Shumaker S, Czajkowski S (dirs.) *Social support and cardiovascular disease*. Nueva York: Plenum Press
- Siegrist J. (1987) Lebensqualität unter antihypertensiver Therapie. *Herz*, 12, 10-15
- Siegrist J, Broer M, Junge A. (1996) *Profile der Lebensqualität Cronischkranker (PLC) Manual*. Gottingen; Hogrefe-Veriag. GmbH &Co. KG
- Walker SR, Roser RM. Ed. (1988) *Quality of life: Assessment and Application*. Lancaster: Mtp Press

Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia

Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina

Pablo Gagliesi

Médico psiquiatra. Tel. (5411) 4832-2498. E-mail: pablogagliesi@fibertel.com.ar

Andrea Lardani

Licenciada en psicología. Centro Privado de Psicoterapias. Tel. (5411) 4798-0463. E-mail: lardani@cpp.com.ar

María del Carmen Salgueiro

Médica psiquiatra y licenciada en psicología. Fundación AIGLE. Tel. (5411) 4784-9088 E-mail: fundacion@aigle.org.ar

Introducción

“Los terapeutas deben transformarse en mejores artesanos. Esto no significa ignorar los principios, sino aplicarlos de manera creativa, consistente con las variaciones y permutaciones de problemas y características presentados por sus pacientes. Si el terapeuta es sólo un técnico, nunca podrá afrontar los problemas complejos que se presentan en la práctica clínica” (6).

Beutler, 2000

La investigación en psicoterapia de fines de la década de 1970 y la del 80, enfatizó la necesidad de:

1. identificar de manera confiable los componentes de los tratamientos psicoterapéuticos,
2. homogeneizar los grupos de pacientes a los cuales se aplicaban los tratamientos, y
3. comparar modelos de diferentes premisas teóricas (para conocer su utilidad y eficacia, costos o recursos).

De este modo, aparecieron las terapias manualizadas, terapias estandarizadas y transformadas en manuales que se utilizaron para comparar psicoterapias de diferentes tradiciones. Estos manuales se aplican a grupos homogéneos de pacientes, tomando en cuenta el diagnóstico como criterio gregario.

En la actualidad, después de casi tres décadas de intenso desarrollo en salud mental, se expandió el número de diagnósticos de un puñado a casi 400, y existen más de 250 diferentes teorías disponibles para ser utilizadas por los profesionales (13).

La introducción de manuales en la investigación en psicoterapia fue considerada como una manera de aumentar la confiabilidad, el control, y la eficacia de la capacitación en la práctica clínica. Se ha demostrado también que su uso aumenta la adherencia del terapeuta a las técnicas de un modelo, suponiendo que esto redundará en un incremento de la efectividad del tratamiento. Sin embargo, y a pesar de las ventajas mencionadas, surgieron tres problemas que no han sido resueltos:

Resumen

A pesar de que los terapeutas valoran la validez científica, existen evidencias que indican que la mayoría de sus prácticas psicoterapéuticas están basadas en creencias y experiencias personales. Por otro lado, las terapias basadas en la evidencia o terapias manualizadas, son rechazadas por la mayoría de los terapeutas que las consideran inflexibles y, por ende, poco adaptadas a la realidad de cada caso particular. Larry Beutler y sus asociados han desarrollado un método basado en resultados de investigación, llamado Selección Sistemática de Tratamiento (STS), que guía al clínico en la toma de decisiones sobre el tipo de intervenciones más apropiadas para cada caso particular. La Fundación Aiglé y el Centro Privado de Psicoterapias han desarrollado un programa de validación de dicho método, a partir del estudio de una muestra local de trescientos pacientes. El siguiente artículo presenta los conceptos principales del STS, así como los pasos y resultados preliminares del programa de validación llevado a cabo en Argentina.

Palabras clave: Psicoterapia – Evidencia – Selección sistemática de tratamiento – Resistencia – Estilo atribucional – Malestar.

SYSTEMATIC SELECTION OF TREATMENT, A MODEL OF PSYCHOTHERAPY BASED ON THE EVIDENCE. BACKGROUND AND DEVELOPMENT OF A PROGRAM OF VALIDATION IN ARGENTINE.

Summary

Evidence suggests that while clinical practitioners generally value scientific validity, most clinical practices are supported by personal experience and belief. On the other hand, the Empirically Supported Therapies are rejected by most therapists who consider them inflexible and poorly adapted to each particular case. Larry Beutler et al. have developed a method based on scientific evidence called Systematic Treatment Selection (STS), that guides the clinician in the decisions about which are the most appropriate type of interventions for each particular patient. Fundación Aiglé and Centro Privado de Psicoterapias have developed a validation program with a local sample of three hundred patients. The following article will present the principal concepts of STS, as well as the steps and preliminary results of the validation program in Argentina.

Key words: Psychotherapy – Evidence based – Systematic treatment selection – Resistance – Attributional style – Distress.

1. Los manuales resultaron rígidos e inflexibles. Aun cuando los pacientes puedan ser homogenizados por sus diagnósticos, la variabilidad entre ellos requiere una mayor flexibilidad que la permitida por aquéllos. Y, por otra parte, un estudio realizado por Anderson y Strupp(2), constató que los terapeutas más eficaces se apartaban de los manuales cuando surgían situaciones particulares. Por lo tanto, podríamos decir que los manuales impiden que el terapeuta se adapte a múltiples estados y necesidades particulares del paciente, no relacionados específicamente con el diagnóstico.

2. También existen algunas evidencias de que el entrenamiento en terapias manualizadas aumenta las actitudes negativas del terapeuta, como la disminución de la motivación y un menor nivel de empatía con el consultante. Esto está relacionado con el sentimiento de rechazo producido por quien debe seguir rigidamente los pasos del manual y, a pesar de hacerlo, no logra que el consultante *cumpla con lo esperado según el manual*.

3. La mayoría de las investigaciones en este campo han demostrado que diferentes tratamientos (de hecho existen cientos de ellos) producen efectos similares. Esto genera una nueva serie de preguntas sobre qué hace realmente eficaz una psicoterapia(14). Considerar el diagnóstico como criterio para agrupar pacientes es un método poco sensible a las características específicas que distinguen las diferentes psicoterapias y los diversos pacientes.

Estas críticas aluden fundamentalmente a los problemas potenciales en el uso de manuales, su inflexibilidad y el hecho de no haber sido probados para los tipos de problemas complejos que se enfrentan usualmente en la práctica clínica(12).

Para 1995, el Grupo de Tareas para la Promoción y Diseminación de Procedimientos Psicológicos, creado por la División 12 de la Asociación Psicológica Norteamericana, identificó algo más de 20 tratamientos manualizados que cumplían con los requerimientos mínimos de validación empírica(8, 9, 14).

Posteriormente, otra división de la Asociación Psicológica Norteamericana –en este caso la División 29– liderada por John Norcross propone hablar de “Relaciones Empíricamente Validadas” en lugar de “Tratamientos Empíricamente Validados”(18, 17). Esto produce un cisma entre quienes enfatizan como instrumento de cambio el rol de las técnicas versus quienes enfatizan el rol de los procesos interpersonales.

El campo de la investigación en psicoterapia queda así dividido en dos grupos.

- Uno de ellos orientado hacia las técnicas, que sostiene que la mejor manera de optimizar la práctica es identificar aquellos modelos de tratamiento que efectivamente funcionan para un grupo de pacientes con un diagnóstico dado y estimula a los clínicos a aprender y usar estos tratamientos expresados en un manual.

- El otro grupo, orientado hacia los procesos interpersonales, sostiene que son los factores que facilitan el desarrollo de la relación terapéutica, más que el modelo de tratamiento usado, los que contribuyen a un trabajo terapéutico efectivo. Tanto clínicos como investigadores en este grupo, sostienen que los tratamientos efectivos pueden ser identificados en términos de cómo paciente y terapeuta interactúan para generar y sostener una buena alianza de trabajo.

Lo cierto es que las comparaciones entre las distintas

modalidades de tratamiento muestran resultados que van cabeza a cabeza. La mayoría de los estudios indica que las diferencias en los tratamientos dan cuenta solamente de un 10% de la variancia. Más aún, a esta altura se han identificado más de 150 abordajes y modelos de tratamiento que son efectivos, cada uno de ellos acompañado por su correspondiente manual y dirigido a un específico grupo de pacientes.

Basándose en dicha línea de investigación Beutler y Clarkin(4) decidieron estudiar terapeutas de diferentes tradiciones y cuáles eran las características que los volvían eficaces. En relación con los manuales, observaron que era importante que los mismos sirvieran para: a) incentivar el uso de la terapia estructurada, b) permitir a la vez el desarrollo del juicio intuitivo, c) tener validez empírica y d) tomar en cuenta las diferencias que existen entre distintos pacientes.

Beutler y Clarkin supusieron que la investigación debía focalizarse en estudiar el problema de la planificación del tratamiento de una manera más compleja, en lugar de buscar un tratamiento eficaz para un diagnóstico particular. Desarrollaron así un modelo dimensional para seleccionar el tratamiento, adecuado a partir de familias de intervenciones, en lugar de teorías psicopatológicas específicas, considerando cinco dimensiones de los pacientes, en lugar de los diagnósticos.

Demostraron empíricamente que estas dimensiones son mejores predictores de los resultados y permiten seleccionar intervenciones que hayan generado mayor eficacia en los tratamientos. Dichos trabajos instalan la idea de una psicoterapia prescriptiva: El problema es *cuándo hacer qué con quién*(4).

Las cinco *dimensiones*, que se encuentran validadas son las siguientes:

- I. Nivel de severidad o deterioro funcional
- II. Estilo de afrontamiento
- III. Complejidad
- IV. Nivel de malestar o distrés
- V. Nivel de resistencia.

Sobre la base de la evaluación del paciente, se determinan entonces:

- el *contexto* del tratamiento, la *intensidad*, el *setting* (internación o tratamiento ambulatorio), la *modalidad* (farmacológico o no) y el *formato* (individual o con inclusión de otros), y

- el *tipo de intervenciones* o *familias de intervenciones* recomendadas que hayan demostrado ser eficaces para esas características.

Si bien cada dimensión puede ser evaluada por métodos estandarizados, el modelo tiene un formato de evaluación clínica –similar a una escala prolongada similar en extensión a un Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI(10)– que se encuentra validada en su comparación con otros métodos de objetivación. Este formato tiene dos modalidades: una a completar por el paciente y otra a completar por el clínico. Actualmente se encuentran en vigencia sendas traducciones y un *software* de análisis que genera la información necesaria sobre las dimensiones, provee de sugerencias de tratamiento demostradas como eficaces en casos similares y permite el seguimiento de los casos. Éste es el modelo que denominamos Selección Sistemática de Tratamiento o STS de Beutler y Clarkin.

Veremos a continuación, simplificada, qué preguntas debe hacerse el clínico para generar datos so-

bre estas dimensiones, las cuales serán ejemplificadas a través de breves viñetas clínicas.

1. ¿Cuál es el nivel de deterioro del paciente en su funcionamiento diario y cuán necesitado está de obtener nuevas fuentes de apoyo social? (Nivel de severidad)

La primera decisión a tomar está relacionada con la *intensidad* del tratamiento y está basada en el nivel de deterioro funcional del paciente y en sus posibilidades de acceder a fuentes de apoyo social. Podríamos definirlo como el grado de severidad con que el problema interfiere en la vida del consultante. Otra vez, el diagnóstico no siempre se correlaciona con el deterioro funcional. Puede resultar útil para una rápida evaluación el uso de la Escala de Evaluación de la Actividad Global, Eje V del DSM IV(1).

Viñeta clínica de alto nivel de severidad

María (24 años), presenta rituales obsesivos severos desde hace aproximadamente cuatro años e ideación de muerte recurrente. Desde hace seis años tiene una diabetes insulino dependiente, de la cual no logra ocuparse por sí misma; ha tenido varias internaciones por descompensación y genera disturbios vinculares especialmente con su madre. En su vida cotidiana refiere tener pocos amigos, no pudo sostener sus estudios terciarios por la interferencia de sus problemas, no trabaja y su familia es muy crítica respecto a sus síntomas (dificultades sociales, ocupacionales y familiares). En el eje V del DSM IV el puntaje es de 50 puntos.

Esto determinó: entrevistas para pautar un programa psicoeducacional conductual y exposición in vivo, medicación psiquiátrica e internación domiciliaria; se estableció un lazo importante con el médico diabetólogo; se pautaron entrevistas familiares para resolver la elevada emoción expresada y las estrategias de cuidado; se favoreció el armado de red social y agenda diaria, y la inclusión en un grupo de pares etarios diabéticos.

Como se observa la severidad determinó la intensidad, y modeló los modos y formatos del tratamiento.

2. ¿Cuál es la modalidad típica del paciente para interactuar con otros y para afrontar o manejar eventos estresantes? (Estilos de afrontamiento)

Los *estilos de afrontamiento* han sido descriptos en la literatura desde Lazarus con diferentes connotaciones. Sin embargo, aquí nos referimos específicamente al patrón de afrontamiento utilizado por el paciente para adaptarse a los cambios, y éste es más obvio frente a las situaciones de estrés y pérdida, o cuando la persona percibe alguna amenaza.

Este patrón se mantiene estable durante la vida adulta de una persona y puede considerarse como un *continuum* en uno de cuyos extremos se ubica a las personas *externalizadoras* y, en el otro, a las *internalizadoras*. Dado que no es una variable dicotómica, en la mayoría de los casos las personas pueden utilizar combinatorias de ambos estilos, dependiendo de la naturaleza del estresor o de la situación.

Los *externalizadores* son individuos que tienden a ser impulsivos, socialmente activos, agresivos y que, por lo general, presentan dificultades interpersonales relacionadas más con un exceso de conducta que con la inhi-

bición. Suelen comer, beber y hacer dieta en demasía, sobre-reaccionar, sobre-dramatizar y presentar síntomas físicos. Cognitivamente temen ponerse en contacto con las emociones fuertes.

Los *internalizadores*, en cambio, tienden a la autocrítica y el autocontrol excesivos. Suelen ser más proclives a sentir dolor que enojo, a pensar, preocuparse o intelectualizar antes de actuar, entre otras características.

La evaluación del estilo de afrontamiento puede hacerse a partir de sub-escalas del MMPI-2 (la sub-escala de socialización CPI) y sub-escalas del sistema de evaluación del STS, y sirve para definir el foco del tratamiento.

La recomendación para pacientes *externalizadores* es focalizar en la modificación de síntomas y problemas (por ejemplo en el control de los impulsos). Con pacientes *internalizadores*, en cambio, se debe trabajar poniendo énfasis en la toma de conciencia y el *insight*.

Viñeta clínica de externalización

H. y E. tienen un hijo, Iván (10 años), con diagnóstico de ADHD y ODD y dificultades escolares, quien ya ha pasado por varias escuelas.

Ellos se muestran en desacuerdo a la hora de educar al niño (H. le pega al niño y E. lo frena para que no lo haga). Desautorizan a los maestros, manifiestan que en el colegio aprende "mañas". La madre refiere: "¿Es que en el colegio no aprenden nada? Alguien tiene que hacer algo, si no las cosas seguirán igual".

El padre refiere que esto se debe a que la madre ha sido demasiado condescendiente con el niño, aunque reconoce que las dificultades podrían ser hereditarias, como indica la profesional, ya que en la familia de E. hay varios casos de enfermedades psiquiátricas. De todos modos, coincide en algo con su mujer, especialmente en lo referido con las escuelas a las que concurrió Iván. Por otra parte, reconoce que se irrita mucho con las dificultades del niño y se descontrola, pero no cree que él pueda hacer algo al respecto.

La madre sostiene que el problema se debe a las características violentas del padre y que no está dispuesta a esperar mucho para que finalmente los profesionales hagan algo respecto a la curación de su hijo, especialmente sabiendo que ella trabaja para la empresa prestadora del sistema de salud. La terapeuta intenta realizar psicoeducación para este diagnóstico, señalando lo doloroso y dificultoso que es para ellos tener que lidiar con el problema. Los padres faltan alternadamente a algunas sesiones.

Viñeta clínica de internalización

Fernanda, 47 años, es empleada pública. Concorre a una entrevista de admisión porque se ha quedado sin terapia ya que la terapeuta anterior se mudó a otra ciudad. Realiza tratamiento desde hace tres años (éste es su tercer tratamiento). Reconoce que necesita alguien a quien contar, pero poco puede precisar acerca del porqué de su consulta.

Refiere ser un "verdadero desastre" como madre ya que ha tenido una hija con síndrome de par 21 que ya cumple los 14 años. Intenta constantemente contener sus emociones, se muestra amable y correcta, pero el terapeuta intuye que a duras penas puede con la vida cotidiana. Su casa y su situación familiar son, según la consultante, caóticas. Su esposo es una persona violenta, actualmente desocupado, a quien Fernanda justifica

diciendo que ella sirve de gatillo de las situaciones. Tiene poca vida social, comenta que no transmite su malestar a sus amigas para no molestarlas o porque cree que ellas tienen problemas que a veces son más graves. Actualmente se encuentra en tratamiento por un síndrome de colon irritable.

3. ¿El consultante refiere que el problema que lo trae a la consulta es algo recurrente en diferentes momentos de su vida o es algo situacional? (Complejidad)

La presente *dimensión* es una variable dicotómica, es decir que los consultantes o presentan problemas complejos o problemas no complejos.

Los problemas *complejos* son temáticos, recurrentes en distintas situaciones de la vida, o bien podríamos decir que los conflictos actuales son expresiones del pasado. Se relacionan con el principio de *rasgo* (algunas escalas expresan esta diferencia entre rasgo y estado), que se define como un estilo, hábito o modo de ser (aquí, ahora, como siempre). Un ejemplo es cuando se dice que alguien "Es ansioso". La evaluación de esquemas de Young(19) suele ser útil a la hora de mostrar esta característica.

Por el contrario, los problemas *no complejos* son más sintomáticos que temáticos, tienden a ser restringidos o discretos por las áreas de las personas que afectan, pasajeros y situacionales. Están vinculados con un evento disparador, mantenido por refuerzo positivo o por conocimiento inadecuado. Se podría decir que son reactivos o adaptativos (aquí y ahora). Se relacionan con el principio de *estado* y un ejemplo de ello es cuando nos referimos a un consultante diciendo que "Está ansioso".

Es evidente que los primeros requerirán abordajes más narrativos y los segundos más focalizados, podrán ser tratados con métodos de resolución de conflictos o reducción sintomática.

Viñeta clínica de Complejidad Temática

Es la cuarta vez que Alejandro, 42 años, consulta a un terapeuta de su obra social, pero en realidad es su sexta psicoterapia. Es una persona atenta, afable e inteligente, con una carrera profesional como bioquímico en un centro de investigaciones que no resulta tan exitosa como sus potencialidades le permitirían. Su primera consulta se relacionó con el uso de drogas, intensa depresión con ideas de suicidio y problemas con su familia de origen. Después tuvo otros episodios de intensa angustia y tristeza, aunque siempre en relación con problemas vinculares (entre ellos una tormentosa relación emocional de la que no puede despegarse). Militó en partidos progresistas durante la época de la dictadura y tiene muchos recuerdos dolorosos. Ha recibido medicación antidepressiva y tranquilizante varias veces con resultados parciales. Inició un nuevo tratamiento por falta de deseos sexuales, angustia y tristeza. Ha vuelto a vivir con sus padres, octogenarios, y tiene pocos vínculos sociales. En el EDS(19) aparecen esquemas de privación emocional, abandono, vulnerabilidad y auto sacrificio.

Durante las numerosas sesiones realizadas se intentó focalizar, infructuosamente, sobre diversos problemas (pareja, trabajo, baja autoestima, sacrificio por otros, padres), algunos de los cuales fueron resueltos y la timia general del consultante mejoró. Luego el foco de atención fue el

vínculo terapéutico, donde se reiteran los esquemas anteriores y algunos patrones que se repitieron a lo largo de su vida, encontrándose algunas metáforas coloquiales. El terapeuta se sintió tentado a prescribir estilo y predijo –a sus colegas en una reunión de equipo– que posiblemente Alejandro reconsulte en el corto plazo.

Viñeta de Complejidad Sintomática

Marta, 50 años, es la primera vez que consulta a un terapeuta. Su madre murió hace un mes. Está triste, angustiada y siente que todos le reclaman que esté bien. Se prescribe el duelo, se "naturaliza" su dolor y se propone una tarea ritual para conjurar su dolor. Se evalúa en quince días, la consultante está más descansada porque ha dormido, faltó unos días al trabajo y pidió a su familia que le permita estar triste por sugerencia del médico.

4. ¿El paciente es proclive a resistirse a la influencia y a las intervenciones terapéuticas? (Nivel de resistencia)

Esta *dimensión* está relacionada con la resistencia y/u oposición a las intervenciones del terapeuta. Parece evidente que esta característica atraviesa la vida del sujeto, no sólo en la relación con el terapeuta sino también en cualquier relación en la que pueda percibir una amenaza a su libertad o sometimiento y control. Es una variable montada en un *continuum* donde podemos ver extremos de resistencia alta o baja.

Suele evidenciarla la escala de resistencia de Dowd(11) y se define como rasgo a partir de puntajes obtenidos del *MMPI-2* y la sub-escala de Resistencia del STS. Estos puntajes se utilizarán para decidir si durante la terapia se designan tareas y de qué tipo. Para detectar la resistencia situacional y determinar los cambios en la receptividad del paciente durante la sesión, el terapeuta debe aprender a observar patrones verbales y no verbales del paciente. Las investigaciones han establecido que el tono de voz, la intensidad de la expresión verbal, la expresión facial y la postura, son indicadores confiables para identificar el nivel de receptividad a la influencia terapéutica del paciente.

Esta *dimensión* define la posibilidad de directividad de una terapia. Por lo tanto, cuanto mayor sea el nivel de *resistencia* del paciente, menor deberá ser el nivel de directividad del terapeuta y viceversa.

Viñeta clínica de Bajo Nivel de Resistencia

Helena (35 años) es arquitecta, está casada y tiene un bebé de año y medio. Se mudarán a San Luis por motivos laborales en un par de meses. Refiere haber tenido otro tratamiento que connota como exitoso en la adolescencia. Es suave, afectuosa y tiene aspecto de cansada. Consulta porque relata que se siente mal consigo misma, muy culpable por trabajar en lugar de cuidar de su hijo y con dificultades para satisfacer a su marido porque no tiene deseos sexuales. Se le propuso una tarea cognitiva de registro de pensamientos automáticos, se la confrontó con relación a su autoexigencia y se la contradujo respecto a la "necesidad" de la sexualidad de su marido, después de la psicoeducación sobre la depresión. Debido a su inminente mudanza se le sugirió trabajar con un libro de autoterapia con controles bimensuales de las tareas y chequeo de la evolución.

Actualmente, Helena está muy contenta, y se ha vuelto eficaz y segura. Según ella, aún recuerda la pri-

mera entrevista en la que el terapeuta le preguntó cuándo iba a tratarse a sí misma como a una cálida, afectuosa y buena amiga.

Viñeta clínica de Alto Nivel de Resistencia

Liliana (48 años) fue despedida de su trabajo hace seis meses en situaciones poco claras (aparentemente relacionadas con dificultades interpersonales); convive con Julio, una persona alcohólica en franca recaída. Tiene un largo recorrido en diversas terapias con diferentes líneas. En la primera entrevista solicita aclaraciones específicas sobre el modo de tratamiento que utiliza el terapeuta. La segunda entrevista fue dedicada al contrato: si puede fumar o no, cuánto tiempo de sesión tendrá, frecuencia, entre otros temas.

Se le solicita que haga una breve historia de sus tratamientos anteriores, qué recuerda de ellos, duración y resultados. En la tercera entrevista refiere que no piensa realizar tareas fuera de la sesión porque no dispone del tiempo para ello. El terapeuta le entrega un artículo publicado en un diario que sustenta que se ha demostrado el poder curativo de las tareas escritas. Liliana se siente ofendida y falta a la siguiente sesión como protesta, según su comentario posterior.

El profesional nota que han pasado varias sesiones y no ha podido discutir aún el motivo de consulta pero, frente al enojo de la paciente, decide escucharla acotando comentarios relacionados con los sugeridos en la admisión. Saliendo del consultorio la consultante reclama: "¡Yo vengo, hablo de Julio y usted no me dice nada!".

En la sexta sesión Liliana cree que hubo un malentendido respecto del horario. La consultante llama al admisor para solicitar cambio de terapeuta y deserta en la séptima entrevista sin avisar.

5. ¿Cuál es el nivel de malestar emocional del consultante? (Nivel de malestar)

Esta *dimensión* se describe como el nivel de angustia subjetiva, malestar o distrés respecto del problema que presenta el consultante. Puede cambiar con frecuencia y requiere ser evaluada de sesión a sesión. Es una variable de un *continuum* donde los extremos son alto o bajo. Un método útil para evidenciarla es el uso de la Escala de Depresión de Beck(3), no como medida de depresión sino como forma de observar esta *dimensión*.

Sin duda alguna, el nivel de malestar define la *intensidad* de la sesión e incide en la motivación al cambio. Indagar si el nivel de incomodidad es suficiente para mantener la motivación al cambio, permite definir si el terapeuta deberá intervenir para aumentar o disminuir el nivel de malestar del paciente.

Un bajo nivel de malestar viene acompañado de poca motivación al cambio y los esfuerzos deberán dirigirse a aumentar el nivel de arousal. Si el malestar es demasiado alto, disminuye la capacidad del paciente para focalizar en la resolución del problema o es un síntoma en sí mismo; el terapeuta deberá intentar reducir el nivel de distrés o malestar.

Viñeta clínica de Bajo Nivel de Malestar

Eugenia, de 19 años, tras la mudanza familiar a otro país por motivos laborales, decide continuar viviendo con su abuela en Buenos Aires para proseguir sus estudios universitarios. Está por perder el año lectivo porque habi-

tualmente se queda dormida hasta muy tarde en la casa del novio. Para encubrir esta situación ha engañado a su abuela y a sus padres. Su motivo de consulta es poder evitar hacer esto y cumplir con sus responsabilidades. Manifiesta poca angustia y poca incomodidad en relación al problema. Según su novio, la consultante está muy desganada y desinteresada la mayor parte del tiempo.

Se la confronta con las ventajas y desventajas de seguir de este modo, y las reacciones probables de la red social si no se introducen cambios prediciendo los resultados. Se prescriben pequeñas tareas sin mucho éxito. Se evalúan los sentimientos de inutilidad y baja autoestima. Se genera un clima de intimidad y se establece un vínculo colaborativo no crítico. Se intenta aproximar la idea de que la partida de sus padres la ha dejado muy sola y con sentimientos de abandono.

La consultante llega repetidas veces tarde o falta a las entrevistas hasta la llegada de sus padres de visita a mitad del año. El terapeuta decide invitarlos a participar de unas sesiones familiares.

Viñeta clínica de Alto Nivel de Malestar

R. (38 años) es un exitoso abogado. Está casado desde los 18 con una ex compañera del secundario, con quien cursó también la universidad, y tienen dos hijas. Hace dos meses tuvo una relación amorosa con una cliente. Tuvo un par de encuentros con ella sin practicar sexo seguro. Desde entonces vive asediado por intensa disforia con relación a una infección HIV, a pesar de haberse realizado a la fecha cuatro serologías, visitado tres médicos y charlado con amigos. Como teme que su mujer se entere y contagiarla, no tienen relaciones sexuales; además toma 5 mg/día de alprazolam indicados por su clínico. Duerme pocas horas, ha perdido cuatro kilos y su eficacia laboral ha decaído.

Se establece una relación de confianza y empatía. Se le indica realizar un registro de los pensamientos, ideas e imágenes para "conocer mejor el problema". Luego aprende técnicas de relajación y control de la ansiedad (se indican horas precisas para dedicarle a su preocupación y se propone evitarla o posponerla fuera de esas horas mediante técnicas de distracción). Se connota su preocupación y sus sentimientos de culpa. Después de unas pocas sesiones decide hablar con su señora y, si bien el vínculo se encuentra en crisis, el consultante está más tranquilo.

Principios del tratamiento

Los principios del tratamiento, tal como los define Beutler, son afirmaciones de carácter general que identifican las condiciones, las conductas del terapeuta y los tipos de intervención que producen cambios para cierto tipo de consultantes. Las *características de los principios* son las siguientes:

1. son suficientemente flexibles como para ser aplicados desde diferentes modelos teóricos (a diferencia de las terapias manualizadas);
2. se basan en la evidencia empírica (el clínico debe ajustarse a principios científicos en lugar de apoyarse en sus creencias personales);
3. guían al terapeuta en el uso de estrategias y le permiten seleccionar las técnicas con las que esté más familiarizado y

4. son principios descriptivos generales, en lugar de teorías generales o técnicas específicas.

Los 18 principios de tratamiento validados fueron divididos en dos clases: principios óptimos y principios básicos.

Principios óptimos

Comenzaremos definiendo los ocho *principios óptimos* que son predicciones sobre la relación entre las variables del consultante y ciertas clases de intervenciones psicoterapéuticas. Requieren de la observación de los procesos terapéuticos para ser validados.

1. *El cambio terapéutico es mayor cuando el terapeuta es hábil y provee al consultante confianza, aceptación, reconocimiento, colaboración y respeto en un medio ambiente que al mismo tiempo tolere el riesgo y otorgue máxima seguridad (de la relación).*

Durante las primeras sesiones del tratamiento, el terapeuta debe dedicar al menos la mitad del tiempo al desarrollo de la relación terapéutica. Desarrollar una relación cálida, de aceptación y seguridad es fundamental para lograr y mantener tanto la colaboración como la motivación durante el tratamiento para aumentar la probabilidad de cambio. Además, la relación terapéutica debe apoyar e incentivar al paciente a cambiar. La terapia deviene así en un proceso de quiebre y reparación de la relación terapéutica. Cada intervención del terapeuta crea un potencial quiebre de la relación. Éstas ocurren cuando el terapeuta confronta, sugiere una acción o interpreta; en otras palabras, ocurren cuando el profesional incentiva al paciente a asumir los riesgos de cambiar. Los cambios repentinos en el ánimo, en la actitud o en la energía del consultante, pueden ser indicadores de un quiebre, y el terapeuta deberá dedicarse a reparar volviendo a centrarse en los principios de la relación.

2. *El cambio terapéutico es más probable cuando los procedimientos terapéuticos no evocan la resistencia del paciente (de la relación).*

La resistencia aparece cuando la sensación de libertad, auto-imagen, seguridad, integridad psicológica o autodeterminación del paciente se ve amenazada. La aparición de la resistencia en una relación interpersonal indica que el consultante intenta prevenir dichas amenazas o reparar las pérdidas. La resistencia se manifiesta como rasgo (duradero) y como estado (situacional). El terapeuta debe adaptar el tratamiento tanto a las reacciones de rasgo como a las situacionales que reducen el cumplimiento del paciente.

La regla básica es que, con los pacientes resistentes, el terapeuta debe evitar los desacuerdos y tratar de incrementar los niveles de percepción de autonomía y capacidad para autodirigirse. A los pacientes no resistentes se los debe guiar y dirigir.

Los patrones de resistencia situacional están directamente relacionados con las limitaciones impuestas por el contexto terapéutico. Estos patrones requieren que el terapeuta se adapte a los cambios momentáneos que se dan durante las sesiones, como forma de reducir los efectos negativos que pueden producir en la relación. El nivel de resistencia como estado que se presenta durante la sesión, puede evaluarse a partir de las conductas verbales y no verbales (tono de voz, expresiones faciales, movimientos corporales) que sugieran la presencia de enojo o retraimiento.

3. *El cambio terapéutico es más probable cuando se expone al paciente a objetos o blancos de evitación conductual o emocional (exposición y extinción).*

4. *El cambio terapéutico es mayor cuando se estimula al paciente a la expresión emocional en un ámbito seguro, hasta que sus respuestas problemáticas disminuyan o se extingan (exposición y extinción).*

La terapia prescriptiva está diseñada para reducir las consecuencias positivas de las conductas indeseadas, llevando al paciente a la confrontación repetitiva con consecuencias externas o procesos internos que provocan miedo, infelicidad y evitación.

Como regla general las personas evitan dos tipos de experiencias:

- a. las circunstancias externas que provocan distrés (externalizadores), y
- b. las sensaciones internas de distrés, incomodidad o temor (internalizadores).

En ambos casos el tratamiento debe centrarse en la exposición y extinción. Por ejemplo, una persona excesivamente impulsiva puede estar evitando la falta de estimulación. El tratamiento estará entonces centrado en la exposición a ambientes de poca estimulación, hasta que tales ambientes dejen de provocar respuestas evitativas y temor.

En cambio, las personas que evitan determinados sentimientos suelen tener una baja tolerancia a la intensidad emocional y buscan reducir la estimulación. Son personas que intentan evitar los sentimientos indeseados (enojo, amor, intimidad) o temen ser rechazados. Con estos pacientes, el tratamiento debe centrarse en enseñarles a que se permitan sentirse enojados, tolerar el distrés o la expresión de amor e intimidad. La meta es exponerlos a ambientes de mucha estimulación que incrementen los estados emocionales (mediante la exposición en vivo, por ejemplo, o la interpretación repetitiva de un tema) hasta que tales ambientes dejen de provocarles temor y evitación. Para esto el terapeuta debe tener la convicción de que la ansiedad y el temor, declinarán luego de mantenerlos elevados un tiempo. Es más difícil tratar este tipo de pacientes, ya que las experiencias evitadas son subjetivas.

Como se observa, la estrategia de exposición debe utilizarse de manera mucho más amplia que lo habitual. Se recomienda para todos los casos, salvo para pacientes con un nivel de malestar emocional excesivamente alto.

5. *El cambio terapéutico es más probable si los esfuerzos iniciales de cambio se centran en desarrollar nuevas habilidades y alterar síntomas disruptivos (secuencia).*

Una regla fundamental del STS es que, durante las primeras etapas de tratamiento, los procedimientos deben centrarse en la eliminación de síntomas disruptivos con todos los pacientes por igual. El tratamiento se centrará en la eliminación de los síntomas problemáticos (por ejemplo el abuso de sustancias) o las conductas que ponen al paciente en riesgo de continuar con esos síntomas (tales como las presiones sociales y los pensamientos automáticos que se asocian con el abuso de drogas o lo preceden). Para ambas situaciones, la meta es la eliminación de los síntomas y el desarrollo de nuevas habilidades.

Para ello se deben seguir dos pasos:

- a. organizar y priorizar los síntomas que se van a modificar (por ejemplo: impulsos destructivos, uso de drogas, conductas de riesgo), y

b. identificar qué habilidades le faltan para tolerar el distrés o para interactuar con otros.

Las técnicas más utilizadas para el cambio sintomático incluyen los tres aspectos siguientes:

1. *Automonitoreo* de la conducta problemática para identificar las consecuencias positivas de los síntomas, las consecuencias temidas para iniciar la conducta deseada, y los efectos de las intervenciones.

2. Incentivación de los pacientes a intentar *nuevos comportamientos*, sin presionarlos ni apurarlos para que cambien a un ritmo aceptable para ellos.

3. Oportunidades para *autoevaluación* y *feedback* luego que el cambio se ha producido.

6. *El cambio terapéutico en los consultantes externalizados es mayor cuando el balance relativo de intervenciones favorece el desarrollo de habilidades y procedimientos de remoción de síntomas. En los internalizadores es preferible el uso de intervenciones orientadas al insight (diferencial de tratamiento).*

La tarea de ajustar las intervenciones según el estilo de afrontamiento, implica seleccionar el foco y el objetivo del tratamiento.

Para los *externalizadores* el tratamiento preferencial consiste en la modificación de los síntomas –conductas excesivas– y el desarrollo de habilidades para facilitar conductas alternativas. Es decir, todo el tratamiento estará focalizado en lo que hemos descrito en el principio número 5.

Las estrategias y métodos son: procedimientos que ayuden al paciente a identificar metas positivas incentivando la motivación al cambio, como la “entrevista motivacional” de Miller y Rollnick(16) ; análisis de costos y beneficios de la conducta problemática; programas de doce pasos (similares a los de Alcohólicos Anónimos); provisión de comportamientos alternativos; registro de pensamientos diarios; control del estímulo y tareas graduadas, entre otros. También se recomienda evitar las técnicas de *insight*.

Si el estilo de afrontamiento es *internalizador*, en cambio, el tratamiento preferencial sí se focalizará en el *insight* y la toma de conciencia de las emociones evitadas. La meta es la exposición a conocimientos y emociones evitadas. Algunas técnicas incluyen el reflejo emocional, interpretaciones, preguntas, procedimientos experienciales (por ejemplo, el *role playing* y las fantasías o la imaginación dirigidas).

7. *El cambio terapéutico es mayor cuando la directividad de la intervención es inversamente proporcional al nivel de resistencia actual del paciente. Si la resistencia es muy alta, es útil prescribir la continuación de la conducta sintomática (diferencial de tratamiento).*

Como dijimos en el principio 2, los consultantes *reactantes* temen perder la autonomía y la libertad. Por eso, con pacientes que presentan niveles altos de resistencia (rasgo), la estrategia de tratamiento deberá enfatizar la baja directividad del terapeuta. El terapeuta debe *sugerir* en lugar de dar tareas, y el trabajo en general debe ser autodirigido. En casos de extrema resistencia se debe considerar la posibilidad de utilizar una intervención paradójica prescribiendo el síntoma o sugiriendo que no cambie por el momento.

Otras técnicas posibles son: la biblioterapia, con una lista de la cual el consultante elige el libro a utilizar, preguntas abiertas, tareas automonitoreadas (el terapeuta participa lo menos posible), intervenciones no dirigidas

(reflejo, dar apoyo, método de acercamiento-alejamiento [*approach-retreat*] en el cual se introducen temas difíciles pero luego el terapeuta se retira quedando en silencio).

En cambio, con consultantes que presentan bajos índices de *resistencia*, el terapeuta puede usar intervenciones directas y dar tareas, entre otras indicaciones. Las sugerencias, la guía, las tareas y las interpretaciones son por lo general bien recibidas.

8. *La probabilidad del cambio terapéutico es mayor cuando el nivel de malestar emocional del paciente es moderado, ni muy alto ni muy bajo (diferencial de tratamiento).*

El nivel de malestar emocional tiene propiedades motivacionales. El terapeuta debe identificar la intensidad del malestar para saber si está contribuyendo al cambio o si, al contrario, está interfiriendo con el cambio. Esto definirá si las estrategias de tratamiento se centrarán en aumentar o disminuir el nivel de malestar con el fin de mantener la motivación. Cuando es alto, las estrategias se deben centrar en proveer de estructura, apoyo y procedimientos para el manejo del distrés. El fin es evitar que la intensidad emocional interfiera con la concentración y planificación del proceso de cambio. Algunas técnicas que se utilizan con el objetivo de reestablecer la sensación de control son la relajación, la hipnosis, la autoinstrucción, la catarsis y las técnicas cognitivo-conductuales.

Para aumentar el nivel de malestar, las estrategias se deben centrar en procedimientos de confrontación, exposición y poca estructura, el terapeuta intentará aumentar el nivel de *arousal* para motivar el cambio. Suelen ser útiles los procedimientos experienciales tales como el *role playing*, las técnicas motivacionales como la citada de Miller y Rollnick, las confrontaciones familiares y la exposición en vivo, entre otros.

Los procedimientos para reducir el malestar están mucho más desarrollados en psicoterapia que los procedimientos para pacientes apáticos, y se puede decir que es más difícil trabajar con consultantes con bajo nivel de malestar que no tienen necesidad de cambiar y/o que no les interesa estar en terapia.

Principios básicos

Son predicciones sobre cualidades del consultante que predisponen al uso de diferentes *modalidades* (farmacológica o no), *formatos* (individual o con inclusión de otros) e *intensidades* de tratamiento. No requieren de la observación de los procesos terapéuticos para ser validados.

1. *La probabilidad de mejoría es una función positiva del nivel de apoyo social y una función negativa del deterioro funcional (pronóstico).*
2. *El pronóstico tiende a empeorar en el caso de cronicidad-complejidad y en ausencia del malestar del paciente. Facilitar el apoyo social aumenta la probabilidad de buen resultado entre pacientes con problemas crónico-complejos (pronóstico).*
3. *La medicación psicoactiva ejerce sus mayores efectos entre consultantes con alto deterioro funcional y alta complejidad-cronicidad (modalidad e intensidad del tratamiento).*
4. *La probabilidad y la magnitud de la mejoría se incrementan en los consultantes con problemas complejo-crónicos por la aplicación de terapia multipersonal (modalidad e intensidad del tratamiento)*

5. *Entre aquellos con alto deterioro funcional los beneficios se corresponden con la intensidad del tratamiento (modalidad e intensidad del tratamiento).*
6. *El riesgo se reduce por la evaluación cuidadosa de las situaciones de riesgo al confeccionar la historia clínica y establecer el diagnóstico (reducción del riesgo).*
7. *El riesgo se reduce y el cumplimiento del consultante aumenta cuando el tratamiento incluye la intervención familiar (reducción del riesgo).*
8. *El riesgo baja y el nivel de retención mejora cuando se informa al consultante de manera realista sobre la probable duración y efectividad del tratamiento, y cuando tiene una clara comprensión de los roles y actividades que se esperan de él durante el curso del tratamiento (reducción del riesgo).*
9. *El riesgo se reduce si el terapeuta pregunta rutinariamente al consultante acerca de sentimientos, deseos o planes suicidas (reducción del riesgo).*
10. *Los principios éticos y legales sugieren que es aconsejable mantener documentación y disponer de supervisores (reducción del riesgo).*

Estudio colaborativo Universidad de Santa Bárbara-Centro Privado de psicoterapia-Fundación AIGLE

El principal objetivo del estudio colaborativo fue, en realidad, doble:

1. Realizar una validación cruzada y evaluar la aplicación en una muestra argentina de un instrumento desarrollado en Estados Unidos. Los procesos de validación de instrumentos estudian el grado en la efectividad y la certeza con que miden los atributos de las personas que dicen medir. Existen distintos tipos de validez: concurrente, predictiva, cruzada, entre otras. La validación cruzada es un procedimiento de verificación de los resultados obtenidos de un estudio de validación previo mediante la aplicación de la prueba o batería de pruebas a una muestra diferente.

2. Evaluar la heterogeneidad de los indicadores de cambio en los pacientes que concurren a consulta con un pedido de psicoterapia.

Con respecto al primer objetivo el estudio demostró la confiabilidad y validez de la versión española del STS en una muestra de 313 pacientes distribuidos entre los dos centros.

En el segundo se utilizó el instrumento a evaluar junto a otra información diagnóstica: puntajes provenientes del BDI, de la escala de Resistencia de Dowd y de inventarios de personalidad como el MMPI y el Millon-II.

Esta evaluación se llevó a cabo en una muestra más reducida de pacientes y se exploró la capacidad de las siguientes variables en la predicción de los índices de mejora en el curso de una intervención relativamente breve (menos de 20 sesiones):

- Diagnóstico.
- Deterioro funcional.
- Nivel de resistencia.
- Estilo de afrontamiento.

De todas estas variables la que demostró una correlación más significativa con los resultados fue la interacción entre nivel de resistencia en el paciente con el grado de directividad del terapeuta. Los distintos análisis estadísticos se realizaron en la Universidad de Santa Bárbara por el equipo coordinado por Larry Beutler y la descripción de la metodología empleada (modelos estadís-

ticos utilizados, niveles de significación, entre otras) fue presentada en el Congreso de la SPR (*Society for Psychotherapy Research*) de 2001.

Para cumplir estos objetivos los coordinadores de ambos centros en Argentina realizaron diferentes tareas. Éstas se iniciaron con la traducción y adaptación al castellano de los instrumentos de evaluación inicial y seguimiento, el entrenamiento de un grupo de terapeutas de ambos centros en las tareas necesarias para cumplimentar las diferentes fases del proyecto y la instalación y puesta a punto del *software* necesario para la administración de los instrumentos de evaluación y seguimiento.

La recolección de los datos se efectuó durante un período de aproximadamente 18 meses durante el cual se fueron administrando al grupo de pacientes de Capital Federal y Gran Buenos Aires, los instrumentos de evaluación inicial y de seguimiento.

Los datos recogidos consistieron en:

- *STS versión del clínico y versión autoadministrable* (ambas en formato digital)
- *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)* en versión castellana.
- *BDI (Beck Depression Inventory)* en versión castellana.
- *Dowd Reactance Scale* en versión castellana.

Una vez efectuada la derivación del paciente a los terapeutas entrenados por Larry Beutler en el modelo, éstos debían tomar registros en audio de las entrevistas y administrar los seguimientos [*follow-ups*] del *STS versión del clínico* y *versión autoadministrable* y el *BDI* cada tres sesiones (esto permite medir la evolución del paciente a lo largo de la terapia). Estos datos de seguimiento son los que permitieron desarrollar las hipótesis referidas más arriba respecto de las mejores dimensiones predictivas del instrumento.

Finalmente, estamos abocados a la realización de evaluaciones de los procesos terapéuticos, a través del *STS Process Rating Scale*, sobre una porción menor (100 pacientes) de aquellos que fueron derivados a los terapeutas que participaron en el proyecto. Esto se realiza a partir de observadores externos entrenados, que escuchan los audios de las sesiones y puntúan determinados aspectos de la terapia: el nivel de directividad del terapeuta, si la terapia está focalizada en el *insight* o en la modificación de conductas, el nivel de malestar del paciente y si el terapeuta trabajó para aumentarlo o disminuirlo y el nivel de alianza terapéutica, entre otros.

También se realizaron múltiples tareas de adaptación y ajuste sobre la marcha:

- Realización de correcciones en la versión castellana a partir de las dificultades que surgieron en la práctica (por ejemplo, pacientes que no comprendían ciertas preguntas).
- Detección de incongruencias entre la versión del clínico y la versión autoadministrable.
- Detección de irregularidades en el reporte que surge de la evaluación inicial.
- Identificación de determinados tipos de pacientes que presentaron dificultades para responder la versión autoadministrable (por ejemplo, personas mayores con dificultades cognitivas, pacientes con bajo nivel de educación y pacientes con desórdenes psicóticos).

Comentario final

Luego de realizar las evaluaciones iniciales de cientos de pacientes y monitorear la evolución de cada uno de ellos, podemos concluir que el STS presenta significativas ventajas tanto para los pacientes como para los terapeutas y las organizaciones que trabajan en salud mental.

Los *consultantes* son evaluados entre sesiones durante todo el tratamiento; esto permite conocer la evolución de los síntomas en comparación con la evaluación inicial y corregir el curso de acción, si resulta necesario, porque no se está obteniendo la mejoría esperada. El *software* permite comparaciones entre pacientes de similares características y saber así si la evolución es la esperada o no.

En los *terapeutas*, la posibilidad de utilización de su experiencia clínica y sus habilidades terapéuticas de manera flexible para cada caso particular, genera sentimientos positivos que colaboran con el vínculo terapéutico y los resultados. Por otra parte, contar con principios basados en la evidencia, les permite tomar decisiones sustentadas en datos de investigación, en lugar de guiarse intuitivamente.

En cuanto a las *organizaciones de salud mental*, consideramos que las ventajas son también interesantes. La evaluación exhaustiva del paciente –antes y durante el tratamiento– y la obtención de un reporte con recomendaciones sobre el tipo de intervenciones a seguir por el terapeuta, reduce considerablemente las posibilidades de fracasos terapéuticos. Además, el *software* informa al admisor sobre los terapeutas que han tenido más éxito con pacientes similares (selección de *matching*). Por lo tanto, se agiliza la decisión sobre a qué terapeuta derivar y esta decisión está basada en datos concretos en vez de apoyarse en impresiones personales del admisor.

Usando palabras de Beutler: “Este modelo de tratamiento ofrece la promesa de ayudar a los clínicos a manejarse de un modo flexible, hábil y específico, al emplear técnicas derivadas de sus propios modelos respondiendo a las necesidades y disposición a la influencia de cada paciente particular” (5) ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM - IV. Washington D.C., 30-31
2. Anderson T, Strupp HH. (1996) The ecology of psychotherapy reaserch. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 776-782
3. Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996) Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio, TX: Psychological Corporation
4. Beutler LE, Clarkin J. (1990) *Systematic Treatment Selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York, Brunner/Mazel
5. Beutler LE, Harwood MT. (2000) *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*. p. 9, Nueva York: Oxford University Press
6. Beutler LE. *Empirically Based Decision Making in Clinical Practice. Prevention & Treatment*, Volume 3, Article 27, August 2000. American Psychological Association
7. Brenlla ME, Diuk W, Maristany MP. (1992) *Evaluación de la Personalidad. Aportes del MMPI-2*. Picoteca Editorial, Buenos Aires. 13-96
8. Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Crits-Christoph P, Daiuto A, DeRubeis R, Detweiler J, Haaga DAF, Johnson SB, McCurry S, Mueser KT, Pope KS, Sanderson WC, Shoham V, Sticle T, Williams DA, Woody SR. (1998) Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, 51, 3-16
9. Chambless DL, Sanderson WC, Shoham V, Johnson SB, Pope KS, Crits-Christoph P, Baker MJ, Johnson B, Woody SR, Sue S, Beutler LE, Williams DA, McCurry, S. (1996) An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49(2), 5-14
10. Dalhstrom WG, Wesh GS, Dalhstrom LE. (1972) *An MMPI handbook: Vol. 1. Clinical interpretation*. Minneapolis. University of Minnesota
11. Dowd ET, Milne CR, Wise SL. (1991) The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69, 541-545
12. Garfield SL. (1996) Some problems associated with “validated” forms of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 218-229
13. Henrik ST. (1980) *The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to more than 250 Different Therapies in use Today*. Nueva York: New American Library
14. Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Chrits-Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, y O'Brien CP. (1980) Predicting the outcome of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Archives of General Psychiatry*, 37, 471-481
15. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. (1975) Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-10081
16. Miller WR, Rollnick S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Nueva York: Guilford Press
17. Norcross J. (ed.) (2003) *Therapists' Relational Contributions to Effective Psychotherapy*, Oxford University Press, New York
18. Prochaska JO, Norcross J, Diclemente CC. (1995) *Changing for Good, Morrow, William & Co*, New York
19. Young J. (1995) *Early Maladaptive Schemas: EMS*. Nueva York: Cognitive Therapy Center of New York

América Latina: respuestas a los antipsicóticos

Sheila Assunção

Médica de Investigación Clínica, Eli Lilly and Company; Avenida Morumbi, 8264 CEP 04703-002, San Pablo – SP – Brasil. Teléfono: +1 615 509 3337; Email: sheilat72@comcast.net.

José Jiménez, Nora Pacheco, Fabiola Navarro Marún, Douglas Quintero, Isabel Aspilcueta Flores, Carlos L Pérez Desanti, Arsenio Rosado-Franco, Guillermo Tapia Paniagua, Amado Nieto Caraveo, Sergio Sanchez Cázares, Jaime Aguilar Gasca, Erick Landa Fournais, Joanna Leadbetter

Introducción

Los factores étnicos y culturales pueden afectar la respuesta de los pacientes con esquizofrenia al tratamiento con antipsicóticos(7, 29). Las diferencias en la respuesta a los antipsicóticos pueden atribuirse a diferencias etno-específicas genéticamente determinadas en la psicofarmacología(12, 28), como también a factores culturales y ambientales y a las prácticas de prescripción(13, 26). Un número limitado de estudios transculturales de psicofarmacología ha involucrado a pacientes hispanos(32, 33), pero hacen falta estudios que comparen los antipsicóticos en forma directa en pacientes latinoamericanos con esquizofrenia(13). Asimismo, se requieren estudios sobre los desenlaces de tratamiento en la práctica clínica de rutina(2, 24).

Objetivos del estudio

El propósito de este informe fue comparar la efectividad y tolerabilidad de 12 meses de tratamiento con olanzapina, risperidona o antipsicóticos típicos en pa-

cientes latinoamericanos con esquizofrenia tratados en marcos naturales de la práctica clínica. Este informe se basa en los datos de 12 meses recopilados de un estudio observacional, internacional, prospectivo, a tres años, en curso sobre los desenlaces de salud en pacientes ambulatorios con esquizofrenia(10). Para este informe, se llevaron a cabo análisis de subgrupos en la población latinoamericana del estudio.

Material y métodos

Diseño del Estudio

El estudio *Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes* (IC-SOHO) es un estudio observacional, prospectivo, global, a tres años, de los desenlaces de salud asociados con la medicación antipsicótica en pacientes ambulatorios tratados por esquizofrenia (Código del estudio: F1D-SN-HGJR). El estudio, que se está llevando a cabo en 27 países (incluyendo 11 países de América Latina) se encuentra en curso en el momento de este informe. Los métodos del estudio correspondientes al estudio IC-SO-

Resumen

Objetivo: Comparar la efectividad de 12 meses de tratamiento antipsicótico monoterapia con olanzapina, risperidona o antipsicóticos típicos en pacientes latinoamericanos con esquizofrenia. **Método:** Se evaluaron los desenlaces de efectividad y tolerabilidad en pacientes ambulatorios con esquizofrenia como parte de un gran (N = 7658) estudio prospectivo, internacional (27 países), observacional. Se presentan los resultados de la sub-población de América Latina (n = 2671; 11 países). **Resultados:** Las probabilidades de responder fueron significativamente mayores para olanzapina, comparada con risperidona y los antipsicóticos típicos (P = 0,05) y para risperidona, comparada con los antipsicóticos típicos (P = 0,05). En general, la olanzapina se toleró mejor respecto de los síntomas extrapiramidales y la disfunción sexual, aunque se la asoció con mayor aumento de peso, comparada con los otros grupos de tratamiento. **Conclusión:** Este estudio indica que en pacientes latinoamericanos con esquizofrenia, es más probable que la olanzapina induzca una respuesta y tenga menores incidencias de ciertos efectos colaterales, comparada con la risperidona o los antipsicóticos típicos.

Palabras clave: Agentes antipsicóticos – Esquizofrenia – América Latina – Olanzapina – Efectividad del Tratamiento

LATINAMERICA: CLINICAL RESPONSES TO THE ANTIPSYCHOTIC DRUGS

Summary

Objective: To compare the effectiveness of a 12 months antipsychotic monotherapy treatment with Olanzapine, risperidone and an atypical antipsychotic drug in Latinamerican patients with schizophrenia. **Method:** The outcomes of effectiveness and tolerability were evaluated in outpatients with schizophrenia belonging to a large sample (N=7658) in a prospective, international trial carried out in 27 countries. The results for the population of Latin America were presented. **Results:** The probabilities of response were higher for Olanzapine than Risperidone and the atypical antipsychotic drugs. (p = 0,05) and for risperidone compared with the atypical antipsychotic drugs. (p = 0,05). Olanzapine was better tolerated as regarding the extrapyramidal symptoms and the sexual disfunction, although it was associated to a higher weight gain, as compared to the other groups of the trial. **Conclusion:** the trial indicated that in the Latinamerican patients with schizophrenia, it is likely that Olanzapine induces clinical responses and has lower incidences on side effects, when compared with risperidone or atypical antipsychotic drugs.

Key words: Antipsychotic drugs – Schizophrenia – Latinamerica – Olanzapine – Effectiveness of Treatment

HO, descriptos en detalle precedentemente(10), se encuentran resumidos a continuación.

A fin de asegurar que el estudio reflejara la práctica clínica en la vida real, el cuidado de los pacientes quedó librado al criterio de los psiquiatras participantes. Los tratamientos fueron abiertos e incluyeron todos los antipsicóticos disponibles registrados para el tratamiento de la esquizofrenia (es decir, es posible que los tratamientos disponibles hayan diferido entre países). No hubo asignaciones randomizadas a grupos de tratamiento. La elección del antipsicótico y la dosis prescrita quedaron libradas al criterio del psiquiatra. Aparte de indicar a cada psiquiatra participante que tomara las decisiones de tratamiento sobre la base del juicio clínico y las normas locales, independientemente del estudio, y que, posteriormente, ingresara a los pacientes elegibles utilizando una estructura de ingreso alternante, no se impartieron otras instrucciones. La estructura de ingreso constó de dos ramas de tratamiento(1): pacientes que habían iniciado o cambiado a terapia con olanzapina (monoterapia o en combinación con otros agentes) o pacientes(2) que habían iniciado o cambiado a una terapia antipsicótica sin olanzapina. Se solicitó a los psiquiatras que ingresaran a los pacientes a las dos ramas de tratamiento hasta lograr un bloque de diez pacientes (es decir, cinco en cada grupo); no obstante, no hubo un límite mínimo o máximo en el número de pacientes que podían ser enrolados. El período de enrolamiento se extendió desde noviembre de 2000 hasta Noviembre de 2001. Se permitió un período de enrolamiento relativamente prolongado a fin de lograr cantidades aproximadamente iguales de pacientes en los grupos tratados con olanzapina y sin olanzapina.

Pacientes

Los pacientes fueron elegibles para ingresar al estudio IC-SOHO si: 1) habían sido diagnosticados con esquizofrenia (ICD-10(39)) o Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición [DSM-IV](1)), 2) se presentaban durante el curso de atención normal, 3) habían iniciado o cambiado la terapia antipsicótica para el tratamiento de la esquizofrenia, 4) tenían al menos 18 años de edad y 5) no estaban participando simultáneamente en un estudio intervencional.

Los datos de este informe se obtuvieron de 275 centros de estudio en 11 países de América Latina: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Perú, Puerto Rico y Venezuela. El estudio fue llevado a cabo de conformidad con los requerimientos de ética y requerimientos regulatorios locales de cada país. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado conforme a las reglamentaciones locales.

Medidas de Desenlace

El estado clínico de los pacientes se midió utilizando la escala de calificación de Impresiones Clínicas Globales de Severidad (CGI-S) en la línea basal y a los 3, 6 y 12 meses. La escala CGI-S fue adaptada para incluir cuatro dominios de síntomas adicionales (síntomas positivos, negativos, depresivos y cognitivos), calificando a cada uno del 1 al 7 (1 es normal y 7 es severamente enfermo)(19). Sobre la base de los puntajes CGI-S globales,

los pacientes fueron clasificados como pacientes que habían respondido si exhibían un puntaje CGI-S basal global de 4, que posteriormente disminuía dos o más puntos, o un puntaje CGI-S basal global de 3, que posteriormente disminuía un punto o más. Los pacientes con puntajes basales de 1 y 2, o sin registro de puntaje, fueron excluidos de la evaluación de la respuesta.

Las características demográficas de los pacientes se registraron en la línea basal. Los patrones de tratamiento y las percepciones de los pacientes y los psiquiatras respecto del cumplimiento la tolerabilidad del tratamiento y también se registraron durante el período de 12 meses. Los pacientes fueron clasificados como "cumplidores casi siempre", "cumplidores la mitad de las veces" o "no siempre cumplidores". Para el análisis estadístico, los pacientes que habían sido "cumplidores la mitad de las veces" fueron clasificados como "no siempre cumplidores".

Grupos de Tratamiento y Análisis

Para facilitar las comparaciones de los desenlaces asociados con los antipsicóticos individuales, se establecieron grupos *post hoc*. Por consiguiente, los pacientes fueron clasificados sobre la base del antipsicótico iniciado o al que habían cambiado en la línea basal y se establecieron los siguientes grupos de tratamiento con monoterapia: olanzapina (n = 1.269), risperidona (n = 388) y antipsicóticos típicos (n = 420). A fin de permitir la atribución de los resultados al tipo de antipsicótico, las medidas de desenlace fueron posteriormente analizadas sobre la base de los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescrita originalmente; es decir, los pacientes fueron incluidos en los análisis de los grupos de tratamiento mientras permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescrita originalmente durante los 12 meses. Los siguientes grupos de tratamiento tratados con antipsicóticos atípicos no fueron incluidos en el análisis de la muestra latinoamericana debido a tamaños insuficientes de la muestra o una cantidad insuficiente de puntos de datos: clozapina, quetiapina, amisulprida y ziprasidona.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando SAS® Versión 8.2 para Windows™ (SAS Institute, Cary, N. C.). Las variables continuas fueron descritas utilizando estadísticas resumidas tales como medias y desviaciones estándar. Las variables categóricas fueron descritas utilizando frecuencias y porcentajes. Los pacientes con datos faltantes fueron excluidos de los análisis relevantes. Las diferencias entre los grupos de tratamiento de olanzapina, risperidona y antipsicóticos típicos (sólo como monoterapia) se probaron utilizando análisis de varianza (ANOVA) (variables continuas) o regresión logística (variables categóricas). A fin de realizar un ajuste para las diferencias basales entre los grupos de tratamiento, se utilizaron las siguientes variables como covariables en los modelos ANOVA y de regresión logística para los datos post-basales: edad, duración de la enfermedad, sexo, puntaje CGI-S basal global, uso previo de antipsicóticos típicos de depósito, uso previo de clozapina, y hospitalización en los seis meses anteriores a la línea basal. Estas covariables fueron determinadas *a priori* y no se incluyeron covariables adicionales *post hoc*. Los análisis ajustados se presentan como cambios desde la línea basal para los datos continuos (por ejemplo, estado clínico

co) y para el período posterior a la línea basal hasta los 12 meses para los datos categóricos (por ejemplo, eventos adversos). En estos análisis, el valor basal o estado basal de la variable fue incluido como una covariable en el modelo ANOVA o de regresión logística. Cuando la diferencia entre los grupos de tratamiento fue significativa, se realizaron comparaciones pareadas adicionales entre los grupos de tratamiento. Para este informe, un valor $P < 0,05$ fue considerado significativo. No obstante, dado el carácter exploratorio de este análisis de subgrupos, se informan todos los valores P . Los resultados deberían ser interpretados con cautela debido a la gran cantidad de pruebas realizadas.

Resultados Pacientes

El estudio IC-SOHO enroló a 2.671 pacientes latinoamericanos con esquizofrenia y a la mayoría de estos pacientes ($n = 2.310$; 86%) se les prescribió monoterapia en el momento de ingresar al estudio. A la mayoría de los pacientes a quienes se prescribió monoterapia se les prescribió olanzapina ($n = 1.269$), risperidona ($n = 388$) o antipsicóticos típicos ($n = 420$). Dentro del grupo de los antipsicóticos típicos, se prescribió haloperidol al 35% de los pacientes. Las características basales de los pacientes de los tres grupos de tratamiento fueron generalmente similares, aunque se detectaron algunas diferencias estadísticamente significativas ($P < 0,05$) (Tabla 1). La duración de la enfermedad y la proporción de pacientes que no habían recibido tratamiento antipsicótico previamente fueron significativamente mayores en los grupos de olanzapina ($P < 0,001$) y risperidona ($P < 0,001$), comparados con el grupo de pacientes tratados con antipsicóticos típicos. Con respecto a los síntomas globales en la línea basal, los pacientes del grupo de olanzapina se encontraban significativamente peor comparados con los pacientes de los otros grupos de tratamiento ($P = 0,02$ para ambas comparaciones). El grupo tratado con antipsicóticos típicos exhibió una prevalencia basal significativamente más baja de síntomas negativos ($P = 0,002$) y depresivos ($P < 0,001$), comparado con el grupo tratado con olanzapina y una prevalencia más baja de síntomas depresivos, comparado con el grupo tratado con risperidona ($P < 0,001$).

No se observaron diferencias significativas para las cinco de las siete covariables basales predeterminadas restantes: edad, sexo, uso de antipsicóticos típicos de depósito en los seis meses previos a la línea basal, uso de

Tabla 1
Características basales de los pacientes a quienes se prescribieron antipsicóticos como monoterapia en su visita basal

Característica	Olanzapina (n = 1269)	Risperidona (n = 388)	Antipsicóticos Típicos (monoterapia) (n = 420)
Porcentaje de la población total (N = 2671)	48	15	16
Porcentaje de la población tratada con monoterapia (N = 2310)	55	17	18
Sexo (% de mujeres) (n)	42 (523)	42 (162)	48 (200)
Edad promedio (años) (DE)	35,2 (12,7)	35,4 (12,2)	36,9 (12,1)
Duración promedio de la enfermedad (años) (DE)	10,2 ^T (10,8)	10,8 ^T (10,5)	12,7 (11,0)
No tratados previamente con neurolepticos (%) (n)	23 ^T (282)	22 ^T (84)	12 (49)
Uso de antipsicóticos típicos de depósito dentro de los seis meses previos (%) (n)	17 (215)	20 (76)	21 (86)
Uso de clozapina dentro de los seis meses previos (%) (n)	6 (70)	3 (11)	4 (16)
Peso promedio (kg) (DE)	71,5 (15,9)	71,7 (15,5)	69,8 (14,6)
Índice de Masa Corporal (BMI) promedio (kg/m ²) (DE)	25,6 (5,1)	25,7 (4,9)	25,5 (4,7)
Estado clínico (CGI-S promedio*) (DE)			
Síntomas globales	4,49 ^{R,T} (1,11)	4,34 (1,11)	4,34 (1,18)
Síntomas positivos	4,08 (1,33)	3,94 (1,26)	4,14 (1,34)
Síntomas negativos	4,07 ^T (1,34)	4,02 (1,25)	3,83 (1,42)
Síntomas depresivos	3,50 ^T (1,51)	3,43 ^T (1,39)	3,03 (1,46)
Síntomas cognitivos	3,87 (1,43)	3,79 (1,38)	3,78 (1,49)
Hospitalización dentro de los seis meses previos (%) (n)	40 (510)	35 (136)	42 (176)

* CGI-S, escala de clasificación de Impresiones Clínicas Globales de Severidad (1-7).

R Significativamente diferente ($P \leq 0,05$) en comparación con risperidona.

T Significativamente diferente ($P \leq 0,05$) en comparación con los antipsicóticos típicos.

clozapina en los seis meses previos a la línea basal y hospitalización en los seis meses previos a la línea basal.

Al término de los 12 meses, se detectaron diferencias en la proporción de pacientes que permaneció bajo tratamiento con monoterapia entre los grupos de tratamiento. Se contó con datos relativos al patrón de prescripción correspondientes al período de 12 meses para 936 pacientes tratados con olanzapina, 296 pacientes tratados con risperidona y 304 pacientes tratados con antipsicóticos típicos. El resto de los pacientes o bien discontinuó el estudio o no contó con datos disponibles. De aquellos con datos disponibles, la proporción de pacientes que permaneció bajo tratamiento con la medicación prescrita originalmente como monoterapia fue 86% ($n = 803$) para olanzapina, 77% ($n = 227$) para risperidona y 60% ($n = 183$) para los antipsicóticos típicos. Los pacientes tratados con olanzapina y risperidona exhibieron probabilidades significativamente más altas de permanecer bajo tratamiento con la

medicación prescripta originalmente, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos (olanzapina vs antipsicóticos típicos, razón de probabilidades [Odds ratio: OR]: 3,97, Intervalo de Confianza [IC] de 95%: 2,94 – 5,36, $P < 0,001$; risperidona vs antipsicóticos típicos, OR: 1,87, IC de 95%: 1,34 – 2,60, $P < 0,001$).

Posología y cumplimiento del tratamiento

Se observaron diferencias leves en los patrones posológicos entre las prescripciones administradas en la línea basal y aquellas administradas a los 12 meses a los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescripta originalmente (Tabla 2). Las dosis medias aumentaron levemente para todos los grupos de tratamiento. Las dosis media y modal aumentaron sólo para los grupos tratados con antipsicóticos típicos y risperidona, respectivamente.

Durante el período de tratamiento de 12 meses, las probabilidades correspondientes al cumplimiento del tratamiento difirieron significativamente entre los grupos de tratamiento sobre la base de las percepciones tanto de los pacientes como de los psiquiatras. Según la percepción de los pacientes, el cumplimiento del tratamiento fue más elevado en el grupo tratado con risperidona (86,6%), seguido de los grupos de tratamiento de olanzapina (84,8%) y antipsicóticos típicos (70,0%). Las probabilidades de cumplir el tratamiento fueron significativamente superiores en los grupos tratados con olanzapina (OR: 2,50, IC de 95%: 1,71 – 3,66, $P < 0,001$) y risperidona (OR: 2,93, IC de 95%: 1,76 – 4,88, $P < 0,001$), comparados con el grupo tratado con antipsicóticos típicos. Según la percepción de los psiquiatras, el cumplimiento del tratamiento fue más elevado en el grupo tratado con olanzapina (80,6%), seguido de los grupos de tratamiento de risperidona (79,3%) y antipsicóticos típicos (59,5%). Las probabilidades de cumplir el tratamiento fueron significativamente más elevadas en los grupos tratados con olanzapina (OR: 2,99, IC de 95%: 2,10 – 4,26, $P < 0,001$) y risperidona (OR: 2,81, IC de 95%: 1,79 – 4,39, $P < 0,001$), comparados con el grupo tratado con antipsicóticos típicos.

Tabla 2
Dosis de olanzapina, risperidona y monoterapia con antipsicóticos típicos prescripta en la línea basal y en la visita de seguimiento a los 12 meses

Punto Temporal / Cálculo (n = 1269)	Dosis de Olanzapina (mg)	Dosis de Risperidona (mg) (monoterapia)	Dosis de Antipsicóticos Típicos* (mg)
Línea Basal† (Tamaño de la muestra)	(n = 1030)	(n = 319)	(n = 291)
Media (DE)	9, 7 (3, 7)	3, 9 (1, 7)	359, 8 (396, 1)
Mediana	10, 0	4, 0	250, 0
Modal	10, 0	4, 0	300, 0
12 meses‡ (Tamaño de la muestra)	(n = 770)	(n = 224)	(n = 173)
Media (DE)	10, 3 (4, 4)	4, 2 (2, 0)	386, 9 (404, 1)
Mediana	10, 0	4, 0	300, 0
Modal	10, 0	6, 0	300, 0

* Dosis de antipsicóticos típicos indicadas como dosis equivalentes a clorpromazina.

† Los datos sobre las dosis se obtuvieron de todos los pacientes a quienes se prescribió monoterapia en la línea basal y que no cambiaron durante al menos 3 meses.

‡ Los datos sobre las dosis se obtuvieron de todos los pacientes que aún permanecían bajo tratamiento con la monoterapia basal a los 12 meses

Figura 1

Proporción de pacientes tratados con olanzapina, risperidona o antipsicóticos típicos que respondieron entre la línea basal y los 12 meses mientras permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescripta originalmente. Razón de probabilidades comparada con olanzapina, a partir de modelos de regresión logística ajustados en base a valores basales; $R P \leq 0, 05$ versus risperidona; $T P \leq 0, 05$ versus antipsicóticos típicos; N/A, no aplicable

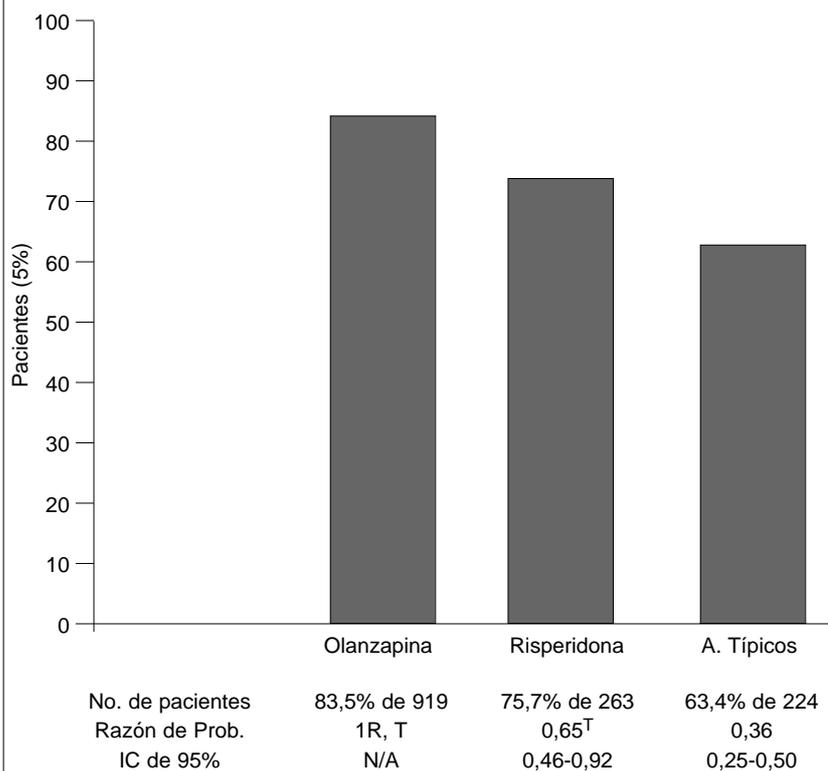


Tabla 3
Estado clínico (CGI-S) de los pacientes luego de
12 meses de tratamiento

Dominio de los síntomas	Resumen de Puntajes			Cambio respecto de la Línea Basal		
	Tamaño de la muestra (n)	Media	DE	Tamaño de la muestra (n)	Media de LS	SEM
Síntomas globales						
Olanzapina	801	2,42	1,07	798	-1,92 ^T	0,08
Risperidona	227	2,50	0,92	227	-1,77 ^T	0,10
A. Típicos	182	3,06	1,10	182	-1,27	0,11
Síntomas positivos						
Olanzapina	800	2,03	1,07	800	-1,96 ^T	0,08
Risperidona	227	2,10	1,05	227	-1,84 ^T	0,11
A. Típicos	183	2,73	1,15	183	-1,28	0,11
Síntomas negativos						
Olanzapina	802	2,28	1,11	801	-1,69 ^T	0,08
Risperidona	227	2,37	0,97	226	-1,56 ^T	0,10
A. Típicos	182	2,86	1,21	182	-1,09	0,11
Síntomas depresivos						
Olanzapina	802	2,04	1,09	801	-1,49 ^{R,T}	0,08
Risperidona	227	2,14	1,06	227	-1,31 ^T	0,10
A. Típicos	183	2,32	1,21	182	-1,05	0,11
Síntomas cognitivos						
Olanzapina	802	2,33	1,15	801	-1,35 ^T	0,08
Risperidona	227	2,41	0,98	227	-1,24 ^T	0,10
A. Típicos	183	2,95	1,27	183	-0,80	0,11

* Dosis de antipsicóticos típicos indicadas como dosis equivalentes a clorpromazina.
† Los datos sobre las dosis se obtuvieron de todos los pacientes a quienes se prescribió monoterapia en la línea basal y que no cambiaron durante al menos 3 meses.
‡ Los datos sobre las dosis se obtuvieron de todos los pacientes que aún permanecían bajo tratamiento con la monoterapia basal a los 12 meses

Efectividad

Para los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescrita originalmente, se observó una mejoría general en el estado clínico de los grupos luego de 12 meses de tratamiento, evidenciada por la reducción en los puntajes de los síntomas en relación con la línea basal (Tabla 3). Luego de ajustar los datos correspondientes a 12 meses para tener en cuenta los factores pronósticos basales, los pacientes tratados con olanzapina y risperidona exhibieron mejorías significativamente mayores tanto en los síntomas globales como en los dominios de los síntomas individuales, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos ($P < 0,05$ para todas las comparaciones). El grupo tratado con olanzapina también exhibió mejorías significativamente mayores en los síntomas depresivos, comparado con el grupo tratado con risperidona ($P = 0,016$).

Durante el período de tratamiento de 12 meses, la proporción de pacientes que respondió al menos una vez fue más elevada en el grupo tratado con olanzapina

(83,5%, $n = 767$), seguido por el grupo tratado con risperidona (75,7%, $n = 199$), y posteriormente por el grupo tratado con antipsicóticos típicos (63,4%, $n = 142$) (Figura 1). Las probabilidades de responder fueron significativamente más elevadas para los pacientes tratados con olanzapina, comparados con los pacientes tratados con risperidona ($P = 0,02$) y antipsicóticos típicos ($P < 0,001$) y para los pacientes tratados con risperidona, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos ($P = 0,004$).

Seguridad / Tolerabilidad

Para las medidas de tolerabilidad estudiadas, se observaron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Durante el período de tratamiento de 12 meses, las probabilidades de experimentar síntomas extrapiramidales, discinesia tardía o un evento adverso relacionado con el funcionamiento sexual fueron significativamente más bajas en el grupo tratado con olanzapina, comparado con el grupo tratado con antipsicóticos típicos ($P < 0,001$ para todas las comparaciones) (Ta-

bla 4). Los pacientes tratados con olanzapina también exhibieron menores probabilidades de experimentar síntomas extrapiramidales, pérdida de la libido, impotencia o disfunción sexual, ($P < 0,001$ para todas las comparaciones de OR), como también discinesia tardía ($P = 0,006$) y trastornos menstruales ($P = 0,03$) comparados con los pacientes tratados con risperidona. Los pacientes tratados con risperidona exhibieron probabilidades significativamente más bajas de experimentar síntomas extrapiramidales ($P < 0,001$), discinesia tardía ($P < 0,001$), pérdida de la libido ($P = 0,01$), trastornos menstruales ($P = 0,03$), ginecomastia ($P = 0,009$) o galactorrea ($P < 0,001$), comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos.

En promedio, todos los grupos de tratamiento experimentaron aumento de peso durante los 12 meses de tratamiento antipsicótico. Los pacientes tratados con olanzapina aumentaron significativamente más de peso durante el período de tratamiento de 12 meses ($3,68 \pm 6,97$ kg), comparados con los pacientes tratados con risperidona ($2,87 \pm 5,62$ kg; $P = 0,03$) o antipsicóticos típicos ($1,39 \pm 6,76$ kg; $P < 0,001$). Los pacientes tratados con olanzapina experimentaron probabilidades significativamente más elevadas de aumentar más del 7% respecto del peso basal, comparados con los pacientes tratados con risperidona ($P = 0,02$) o antipsicóticos típicos ($P < 0,001$) (Tabla 4).

Discusión

A nuestro entender, este es el primer gran estudio comparativo de tratamientos con antipsicóticos atípicos y típicos en pacientes latinoamericanos con esquizofrenia. Las diferencias étnicas en la respuesta a los antipsicóticos constituyen consideraciones importantes en el tratamiento de la esquizofrenia(7). En este estudio de pacientes latinoamericanos con esquizofrenia, los pacientes tratados con olanzapina experimentaron probabilidades significativamente mayores de respuesta, comparados con los pacientes tratados con risperidona o antipsicóticos típicos, y los pacientes tratados con risperidona experimentaron mayores probabilidades de respuesta, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos. Los pacientes tratados con olanzapina experimentaron

Tabla 4
Presencia de eventos adversos asociados con el tratamiento antipsicótico a los 12 meses y luego de la línea basal hasta los 12 meses

Evento adverso	Presente a los 12 meses % (n)	Presente durante los 12 meses % (n)	Razón de probabilidades* del evento adverso durante los 12 meses (Intervalo de Confianza de 95%)
Síntomas extrapiramidales			
Olanzapina	7 (54)	20 (165)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	31 (69)	56 (147)	5,69 ^T (4,13-7,85)
Antipsicóticos Típicos	46 (85)	72 (184)	13,89 (9,72-19,84)
Discinesia tardía			
Olanzapina	2 (14)	5 (41)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	6 (13)	10 (24)	2,60 ^T (1,32-5,11)
Antipsicóticos Típicos	8 (15)	21 (41)	11,47 (6,10-21,55)
Pérdida de la libido			
Pérdida de la libido			
Olanzapina	27 (205)	51 (444)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	44 (97)	63 (169)	1,88 ^T (1,37-2,57)
Antipsicóticos Típicos	48 (84)	71 (171)	3,22 (2,27-4,57)
Impotencia/Disfunción sexual			
Olanzapina	18 (120)	33 (243)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	27 (51)	45 (100)	2,10 (1,47-3,02)
Antipsicóticos Típicos	33 (51)	52 (101)	3,15 (2,15-4,61)
Amenorrea/Trastornos menstruales[†]			
Olanzapina	13 (37)	26 (77)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	24 (22)	37 (36)	2,14 ^T (1,23-3,71)
Antipsicóticos Típicos	27 (19)	57 (51)	4,36 (2,49-7,61)
Ginecomastia			
Olanzapina	4 (22)	7 (42)	1 ^T (N/A)
Risperidona	4 (7)	6 (11)	1,24 ^T (0,57-2,72)
Antipsicóticos Típicos	6 (8)	18 (26)	3,89 (2,02-7,49)
Galactorrea			
Olanzapina	2 (9)	5 (30)	1 ^T (N/A)
Risperidona	3 (6)	7 (13)	1,47 ^T (0,66-3,30)
Antipsicóticos Típicos	8 (10)	18 (24)	6,95 (3,36-14,4)
Aumento de peso > 7%			
Olanzapina	N/A	36 (283)	1 ^{R,T} (N/A)
Risperidona	N/A	28 (62)	0,65 (0,46-0,92)
Antipsicóticos Típicos	N/A	20 (36)	0,45 (0,30-0,68)

* Las razones de probabilidades se comparan con olanzapina. Los valores P se obtuvieron a partir de modelos de regresión logística ajustados en base a valores basales, incluyendo el estado basal de la variable bajo análisis.
[†] Pacientes de sexo femenino de ≤ 55 años de edad exclusivamente.
^R Significativamente diferente ($P \leq 0,05$) en comparación con risperidona.
^T Significativamente diferente ($P \leq 0,05$) en comparación con los antipsicóticos típicos.
 N/A No aplicable

significativamente menos síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, pérdida de la libido, impotencia/disfunción sexual y amenorrea/trastornos menstruales, aunque experimentaron significativamente más au-

mento de peso, comparados con los pacientes tratados con risperidona o antipsicóticos típicos. Los pacientes tratados con risperidona experimentaron significativamente menos síntomas extrapiramidales, discinesia tardía, pérdida de la libido, amenorrea/trastornos menstruales, ginecomastia y galactorrea, comparados con los pacientes tratados con antipsicóticos típicos.

Los resultados de este estudio sustentan y amplían los hallazgos de estudios previos que han comparado los antipsicóticos atípicos con los antipsicóticos típicos. Nuestros resultados son similares a los de los estudios clínicos previos de fase aguda(4, 25, 34) y a largo plazo randomizados, que en general han demostrado que la olanzapina posee un perfil beneficio/tolerabilidad más favorable que los antipsicóticos típicos, particularmente el haloperidol. Con respecto a la eficacia comparativa entre los antipsicóticos atípicos, en la actualidad la literatura está dividida entre la superioridad de olanzapina o risperidona(6, 11, 17, 20, 36). Estudios prospectivos, comparativos, a largo plazo previos han demostrado que es más probable que los pacientes tratados con olanzapina mantengan una respuesta, comparados con los pacientes tratados con risperidona(11, 36), y nuestro estudio demostró que los pacientes tratados con olanzapina exhibían mayores probabilidades de respuesta, comparados con los pacientes tratados con risperidona. Los resultados de todo el estudio Intercontinental (ICR) (basados en pacientes que participaron en 27 países desde África y Oriente Medio, Asia, América Latina, Europa Central y Oriental)(9) y del estudio *European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes* (EU-SOHO; basados en pacientes que participaron en 10 países europeos)(18, 23) en general también demostraron que los pacientes que recibieron 12 meses de tratamiento con olanzapina experimentaron mejores desenlaces con respecto a la efectividad y algunas medidas de tolerabilidad en comparación con 12 meses de tratamiento con risperidona o antipsicóticos típicos. El análisis actual de subgrupos de la población latinoamericana guarda gran coherencia con los hallazgos correspondientes a la población ICR del estudio IC-SOHO y la población del estudio EU-SOHO, aunque se observaron algunas diferencias.

Con respecto a la efectividad clínica, las mejorías generales en los síntomas y la clasificación entre grupos de tratamiento en la población latinoamericana guardaron coherencia con las de las poblaciones de los estudios ICR y EU-SOHO. Resulta interesante que los cambios en el estado clínico respecto de la línea basal fueron leves pero uniformemente superiores para todos los dominios de los síntomas en cada grupo de tratamiento de la población latinoamericana comparado con el grupo de tratamiento correspondiente en la población del estudio ICR(9). Además, se observaron mejorías aún mayores en comparación con la población del estudio EU-SOHO(18). El mayor grado de respuesta entre los pacientes latinoamericanos podría sustentar aún más los hallazgos previos consistentes en que los pacientes de países en vías de desarrollo exhiben mejores desenlaces que los pacientes de países desarrollados(21) –todos los países latinoamericanos de este estudio son países en vías de desarrollo(37)– comparados con dos tercios en el estudio ICR, y todos los países del estudio EU-SOHO son países desarrollados. Otro posible aporte a la diferencia en el grado de respuesta podría estar dado por las diferencias en el nivel

de cumplimiento del tratamiento. Contrastando con informes anteriores sobre cumplimiento del tratamiento(14, 27), los pacientes latinoamericanos de este estudio, en general, fueron más cumplidores del tratamiento que la población general (ICR) según la opinión tanto de los pacientes como de los psiquiatras(9). Una explicación alternativa de este hallazgo es que las diferencias en la aplicación del CGI-S pueden haber contribuido al grado de respuesta aparente entre los pacientes latinoamericanos. Es improbable que la diferencia en el grado de respuesta se deba al uso de dosis más elevadas. Las dosis de los antipsicóticos atípicos fueron comparables a las dosis utilizadas por la población del estudio ICR, mientras que las dosis de los antipsicóticos típicos fueron sustancialmente más bajas en la población latinoamericana. La dosis más baja de antipsicóticos típicos sustenta los informes previos que han sugerido que se requieren dosis de antipsicóticos típicos más bajas para los hispanos(32, 33). Las comparaciones realizadas utilizando la muestra global del estudio ICR revelaron que los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia con olanzapina o risperidona, prescrita originalmente a los 12 meses, exhibieron dosis basales levemente más elevadas que los pacientes que agregaron o cambiaron su medicación, mientras que la dosis basal de antipsicóticos típicos fue levemente más baja. En pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia basal original, se evidenciaron tendencias similares de aumento de la dosis.

También se observó que los pacientes latinoamericanos exhibieron puntajes de síntomas negativos levemente superiores en la línea basal y a los 12 meses, comparados con la población del estudio ICR. Aunque esta observación puede deberse a diferencias regionales en la aplicación de la escala CGI-S o los factores de selección, se han informado algunas diferencias en la expresión de los síntomas en los pacientes hispanos. Dos estudios que compararon específicamente los síntomas negativos en pacientes hispanos y euro-americanos con esquizofrenia arrojaron hallazgos contradictorios(8, 30). Ramírez y sus colegas informaron que los hispanos expresaban menos síntomas negativos que los pacientes euro-americanos(30) mientras que Dassori et al. informaron lo opuesto(8). Un estudio más reciente que comparó la expresión de los síntomas en hispanos con la de africanos y euro-americanos no halló diferencias étnicas significativas en los síntomas negativos(3). La falta de consenso indica el complejo rol de la cultura en la manifestación de la enfermedad mental. Dado que los síntomas son sensibles a las expresiones culturales de psicopatología(22, 38), los hallazgos de las investigaciones en hispanos deben aplicarse con cautela a los latinoamericanos, ya que es probable que existan variaciones culturales entre los dos grupos. Asimismo, es probable que los grupos hispanos de los estudios basados en Estados Unidos constituyan una selección de pacientes sumamente culturizados, ya que el dominio del idioma inglés a menudo es un requisito obligatorio para la participación en los estudios. Este factor se ha planteado como una posible explicación de la influencia relativamente menor de la etnicidad en la expresión de los síntomas entre hispanos y otros grupos étnicos(3).

En nuestro estudio, la mayoría de los sujetos fueron “casi siempre cumplidores” con su medicación. Relacio-

nar el nivel de cumplimiento del tratamiento en nuestro estudio con la literatura publicada es difícil debido al alto grado de variabilidad en las medidas y definiciones de cumplimiento. No obstante, el nivel de cumplimiento del tratamiento en nuestro estudio es superior al de los informes publicados sobre la base de los reclamos realizados ante *Medicaid* en Estados Unidos(14, 27), aunque inferior al de aquellos informados para estudios clínicos randomizados(5, 15). El bajo índice de cumplimiento del tratamiento entre los beneficiarios de *Medicaid* probablemente esté más relacionado con el nivel de desempeño inferior entre los receptores de *Medicaid*, comparados con la población esquizofrénica en general(14). Conforme a lo previsto, el nivel de cumplimiento del tratamiento entre pacientes estudiados bajo las condiciones más estrictas de estudios clínicos randomizados fue más alto que el observado en nuestro estudio.

Con respecto a la tolerabilidad, la incidencia de eventos adversos asociados con el funcionamiento sexual y los síntomas extrapiramidales, y su clasificación entre los grupos de tratamiento en la población latinoamericana guardaron coherencia con las de la población del estudio ICR(9). No obstante, en la población latinoamericana, las probabilidades de experimentar discinesia tardía o trastornos menstruales entre los pacientes tratados con risperidona fueron levemente inferiores y la diferencia relativa al grupo de olanzapina no alcanzó significancia estadística. Las reducciones en los tamaños de la muestra y la mayor variabilidad en el grupo de la población latinoamericana tratado con risperidona, comparada con la población del estudio ICR, pueden haber contribuido a estos resultados diferenciales.

En este informe, las diferencias relativas entre las ramas de tratamiento antipsicótico respecto de los síntomas extrapiramidales y la disfunción sexual guardan coherencia con estudios previos. A semejanza de nuestro estudio, se ha informado que los pacientes tratados con olanzapina han experimentado menos síntomas extrapiramidales, comparados con los pacientes tratados con risperidona(34) o antipsicóticos típicos(16, 25, 35). Este estudio es similar a informes previos donde los pacientes tratados con olanzapina experimentaron una menor incidencia de disfunción sexual, comparados con los pacientes tratados con risperidona(16, 36).

El aumento de peso significativamente superior experimentado por los pacientes tratados con olanzapina, también guarda, en este estudio, coherencia con informes previos(16, 25).

Con respecto al diseño del estudio, IC-SOHO cuenta con varias fortalezas. IC-SOHO incorporó un diseño pragmático a fin de reflejar estrechamente la situación clínica en la vida real. Los psiquiatras pudieron elegir el tratamiento más apropiado y optimizar la dosis. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio son extremadamente relevantes a la práctica clínica en la región de América Latina y pueden ser aplicables a pacientes de ascendencia latinoamericana que estén viviendo en el exterior, aunque se requeriría investigación adicional en este último grupo. Además, el diseño del estudio fue comparativo y prospectivo e incluyó una gran cantidad de pacientes.

Sin embargo, el diseño del estudio también presenta varias limitaciones. En primer lugar, algunas de las limitaciones de este estudio, tales como la falta de ciego y randomización, están intrínsecamente asociadas con

los estudios observacionales. Es posible que la falta de ciego (debida al diseño no intervencional de este estudio) pueda haber influenciado a la evaluación de los síntomas clínicos, los eventos adversos y el cumplimiento por parte de los médicos clínicos. No obstante, el valor de este estudio yace en el intento de obtener datos naturalistas imitando a la práctica clínica normal. En segundo lugar, la muestra seleccionada para los análisis actuales podría ser criticada respecto del sesgo de selección, ya que sólo se incluyó a los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescrita originalmente. No obstante, consideramos que el hecho de seleccionar a los pacientes sobre la base de su cumplimiento de un tratamiento específico, fue una manera razonable y clínicamente significativa de atribuir desenlaces a un tratamiento específico. Sustentando nuestros hallazgos, los análisis no publicados de la población del estudio ICR, demostraron que no hubo diferencias significativas con respecto a demografía, dosificación o calidad de vida, en comparación con los pacientes que permanecieron bajo tratamiento con la monoterapia prescrita originalmente. Aunque no pudo realizarse un análisis de estas características para la sub-población de América Latina debido a un número inadecuado de pacientes, esperaríamos que el resultado fuera similar. También admitimos que el sesgo de selección resultante en las diferencias basales entre los grupos de tratamiento puede no haberse ajustado totalmente sobre la base de las siete covariables predeterminadas. En tercer lugar, a raíz del diseño del estudio (que estipulaba el enrolamiento de cantidades aproximadamente iguales de pacientes en los grupos tratados con olanzapina y no tratados con olanzapina), hubo un número más elevado de pacientes en el grupo tratado con olanzapina, comparado con el número de pacientes dentro de cada uno de los otros dos grupos de tratamiento no tratados con olanzapina. Reconocemos que la proporción de pacientes del grupo tratado con olanzapina no es representativa de la clínica práctica y puede haber aumentado las probabilidades de detectar una diferencia significativa entre olanzapina y los demás grupos de tratamiento. No obstante, el tamaño relativamente voluminoso del grupo tratado con olanzapina mejoró la precisión de los cálculos relativos a los desenlaces asociados con el tratamiento con olanzapina. En cuarto lugar, el método mediante el cual se midió el cumplimiento del tratamiento no fue objetivo. Además, debido al carácter observacional y prospectivo del estudio, es posible que los psiquiatras puedan haber exhibido una tendencia a enrolar pacientes más cumplidores. Por lo tanto, los resultados inherentes al cumplimiento del tratamiento deben ser interpretados con cautela. Otras limitaciones incluyen la falta de identificación de grupos étnicos precisos, ya que los países latinoamericanos abarcan "crisoles" de varias culturas y etnicidades diferentes(29). Por último, todas las diferencias observadas entre las poblaciones de América Latina y las del estudio ICR deben interpretarse con cautela ya que, además de las diferencias culturales, las diferencias regionales respecto del método de selección de pacientes, la aplicación de instrumentos y la capacitación de los psiquiatras pueden haber contribuido a los resultados dispares.

Conclusión

En conclusión, en este estudio de pacientes latinoamericanos con esquizofrenia, la olanzapina exhibió más probabilidades de inducir una respuesta que la risperidona o los antipsicóticos típicos. La olanzapina y la risperidona fueron similarmente efectivos en mejorar todos los dominios de los síntomas a excepción de los síntomas depresivos, en los que los pacientes tratados con olanzapina experimentaron mejorías superiores. En general, el tratamiento con olanzapina fue mejor tolerado que el tratamiento con risperidona o antipsicóticos típicos, a excepción del aumento de peso. Aunque se requieren estudios adicionales, el diseño pragmático y el marco naturalista de este gran estudio hacen que los hallazgos sean sumamente relevantes para tratar pacientes de origen latinoamericano en la práctica clínica de rutina ■

Autores:

Sheila Assunção, MD, PhD; Médica de Investigación Clínica, Eli Lilly and Company; Avenida Morumbi, 8264 CEP 04703-002, San Pablo - SP - Brasil. Tel.: +1 615 509 3337; Email: sheilat72@comcast.net. (Nota: SA ya no es empleada de Eli Lilly.)

José Jiménez, MD; Médico Psiquiatra Adjunto al Servicio de Hospitalización 1; Hospital Psiquiátrico "Dr. Mata de Gregorio", IVSS; Av. Principal de Sébucan, Caracas, Venezuela. Tel.: +58 212 2840066; Fax: +58 212 2840066; Email: joseajimenez@cantv.net.

Nora Pacheco, MD; Médica Psiquiatra Adjunto al Servicio de Hospitalización 1; Hospital Psiquiátrico "Dr. Mata de Gregorio", IVSS; Av. Principal de Sébucan, Caracas, Venezuela. Tel.: +58 212 2840066; Fax: +58 212 2840066; Email: norapacheco@canty.net.

Fabiola Navarro Marún, MD; Docente, Departamento de Psiquiatría, Universidad de Antioquia; Cra 48 # 16 sur-111. Edificio los Gemelos. Apartamento 501. Medellín, Colombia. Tel.: +574 3113546; Email: fabinavarro@epm.net.co.

Douglas Quintero, MD; Profesor, Departamento de Psiquiatría, Universidad Industrial de Santander; Carrera 29 3 47-108 Piso 3 Edificio SOMES, Bucaramanga, Colombia. Tel.: +57 7 6436124; Fax: +57 7 6432812; Email: douglas@intercable.net.co.

Isabel Aspilcueta Flores, MD; Asistente Especialista Psiquiátrica, Hospital Nacional de Sur "Alberto Segúin" ESSALUD; Peral s/n Arequipa, Perú. Tel.: +51 (0)54 252219; Fax: +51 (0)54 287295; Email: icaf@terra.com.pe.

Carlos L. Pérez Desanti, MD; Asistente Especialista Psiquiátrico, Centro Médico La Guaria; Office # 28, 600 metros Norte de Novacentro San Vicente, Moravia, Costa Rica. Tel.: +506 297 03 90; Fax: +506 236 18 39; Email: pdesanti44@hotmail.com.

Arsenio Rosado-Franco, MD; Jefe del Departamento Psiquiátrico, DISAM; Av. Colón 199 - a, CP 97070, Mérida, Yucatán, México. Tel.: +52 999 925 0026; Fax: +52 999 925 0026; Email: disami@prodigy.net.mx.

Guillermo Tapia Paniagua, MD; Sub-director, Clínica Tapia; Mariano Jiménez 406 Col. Nueva Chapultepec Sur Morelia, Michoacán, México. Tel.: +52 314 5019; Fax: +52 314 5019; Email: guigua07@hotmail.com.

Amado Nieto Caraveo, MD; Director Médico, Hospital Psiquiátrico "Everardo Newman"; Antonio Aguilar 230 - A6, San Luis Potosí, SLP, México. Tel.: +52 811 5767; Fax: +52 831 2023; Email: mayo@rioverde.ws.

Sergio Sanchez Cázares, MD; Psiquiatra, Hospital "Adolfo López Mateos" ISSSTE; Av. Universidad No. 1321 Col. Florida, C. P. 01030, México, D. F. Tel.: +52 0155 5322 2600 Ext. 89078; Fax: +52 0155 5568 8946; Email: sacs58@prodigy.net.mx.

Jaime Aguilar Gasca, MD; Práctica Privada, Hospital Angeles de las Lomas y Clínica San Rafael; Vialidad de la Barranca Consultorio 560 Col. Valle de las Palmas, Huixquilucan Edo, México. Tel.: +5255 5246 9678; Fax: + 5255 5246 9678; Email: jjaguilarg@hotmail.com.

Erick Landa Fournais, MD; Jefe del Departamento de Esquizofrenia, Hospital San Juan de Dios; Av. de los Laureles 55, Zapopan, Jalisco, México. Tel.: +52 33 3633 0730; Fax: +52 33 3656 0676; Email: ericlanda@infosel.net.mx.

Joanna Leadbetter, PhD. Jefa de Equipo, Ciencias Estadísticas, Clinical Outcomes and Research Institute, Eli Lilly Australia Pty Limited Level 1, 16 Giffnock Avenue, Macquarie Park, NSW, 2113, Australia. Tel.: +61 2 8874 5778; Fax: +61 2 8874 5733; Email: Leadbetter_joanna_e@lilly.com

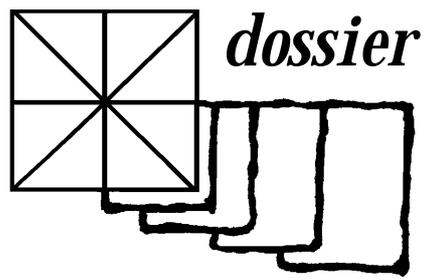
Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn. American Psychiatric Association, Washington, 1994: 273-315.
2. Ayuso-Gutierrez JL, Del Rio Vega JM. Factors influencing relapse in the long-term course of esquizofrenia. *Schizophr Res* 1997; 28(2-3): 199-206.
3. Barrio C, Yamada AM, Atuel H et al. A tri-ethnic examination of symptom expression on the positive and negative syndrome scale in esquizofrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2003; 60(2-3): 259-269.
4. Beasley CM Jr, Hamilton SH, Crawford AM et al. Olanzapine versus haloperidol: Acute phase results of the international double-blind olanzapina trial. *Eur Neuropsychopharmacol* 1997; 7(2): 125-137.
5. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R; Risperidone-USA-79 Study Group. A comparison of risperidona and haloperidol for the prevention of relapse in patients with esquizofrenia. *N Engl J Med*. 2002 Jan 3; 346(1): 16-22.
6. Conley RR, Mahmoud R. A randomized double-blind study of risperidona and olanzapina in the treatment of esquizo-

- frenia and schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 2001; 158(10): 765-774.
7. Dassori AM, Miller AL, Saldana D. Schizophrenia among Hispanics: Epidemiology, phenomenology, course and outcome. *Schizophr Bull* 1995; 21(2): 303-312.
 8. Dassori AM, Miller AL, Velligan D, Saldana D, Diamond R, Mahurin RK. *Ethnicity and negative symptoms in patients with esquizofrenia*. *Cult Divers Ment Health* 1998; 4(1): 65-69.
 9. Dossenbach M, Arango-Davila C, Ibarra HS et al. Response and relapse in patients with esquizofrenia treated with olanzapina, risperidona, quetiapina or haloperidol: 12-month follow-up of the Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study. *J Clin Psychiatry* - accepted for publication.
 10. Dossenbach M, Erol A, El Mahfoud Kessaci M et al. Effectiveness of antipsychotic treatments for esquizofrenia: Interim 6-month analysis from a prospective observational study (IC-SOHO) comparing olanzapina, quetiapina, risperidona and haloperidol. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(3): 312-321.
 11. Edgell ET, Andersen SW, Johnstone BM, Dulisse B, Revicki D, Breier A. Olanzapine versus risperidona: A prospective comparison of clinical and economic outcomes in esquizofrenia. *Pharmacoeconomics* 2000; 18(6): 567-579.
 12. Emsley RA, Roberts MC, Rataemane S et al. Ethnicity and treatment response in esquizofrenia: A comparison of three ethnic groups. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(1): 9-14.
 13. Frackiewicz EI, Sramek JJ, Herrera JM, Kurtz NM, Cutler NR. Ethnicity and antipsychotic response. *Ann Pharmacother* 1997; 31(11): 1360-1369.
 14. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with esquizofrenia. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 692-699.
 15. Glick ID, Berg PH. Time to study discontinuation, relapse, and compliance with atypical or conventional antipsychotics in esquizofrenia and related disorders. *Int Clin Psychopharmacol* 2002; 17(2): 65-8.
 16. Gomez JC, Sacristan JA, Hernandez J et al. The safety of olanzapina compared with other antipsychotic drugs: Results of an observational prospective study in patients with esquizofrenia (EFESO Study). *J Clin Psychiatry* 2000; 61(5): 335-343.
 17. Gureje O, Miles W, Kekes N et al. Olanzapine vs. risperidona in the management of esquizofrenia: A randomized double-blind trial in Australia and New Zealand. *Schizophr Res* 2003; 61(2-3): 303-314.
 18. Haro JM, Edgell ET, Novick D et al. Effectiveness of antipsychotic treatment for esquizofrenia: 6-month results of the Pan-European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 220-231.
 19. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: A simple instrument to measure the diversity of symptoms present in esquizofrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2003; 416: 16-23.
 20. Ho BC, Miller D, Nopoulos P, Andreasen NC. A comparative effectiveness study of risperidona and olanzapina in the treatment of esquizofrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(10): 658-663.
 21. Hopper K, Wanderling J. Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in esquizofrenia: results from ISOs, the WHO collaborative follow-up project. *International Study of Schizophrenia. Schizophr Bull.* 2000; 26(4): 835-46.
 22. Karno M. "Cultural comments on organic and psychotic disorders". In Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL, eds. *Culture and psychiatric diagnosis: A DSM-IV perspective*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1996: 71-73.
 23. Lambert M, Haro JM, Novick D et al. Olanzapine vs. Other antipsychotics in actual out-patient settings: six months tolerability results from the European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes study. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 232-243.
 24. Leucht S, Barnes TRE, Kissling W, Engel RR, Correll C, Kane JM. Relapse prevention in esquizofrenia with new-generation antipsychotics: A systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *Am J Psychiatry* 2003; 160(7): 1209-1222.
 25. Lieberman JA, Tollefson G, Tohen M et al. Comparative efficacy and safety of atypical and conventional antipsychotic drugs in first-episode psychosis: A randomised, double-blind trial of olanzapina versus haloperidol. *Am J Psychiatry* 2003; 160(8): 1396-1404.
 26. Lin KM, Anderson D, Poland RE. Ethnicity and psychopharmacology: Bridging the gap. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18(3): 635-647.
 27. Opolka JL, Rascati KL, Brown CM, Gibson PJ. Role of ethnicity in predicting antipsychotic medication adherence. *Ann Pharmacother* 2003; 37(5): 625-630.
 28. Poolsup N, Li Wan Po A, Knight TL. Pharmacogenetics and psychopharmacotherapy. *J Clin Pharm Ther* 2000; 25(3): 197-220.
 29. Ramirez LF. Ethnicity and psychopharmacology in Latin America. *Mt Sinai J Med* 1996. 63(5-6): 330-331.
 30. Ramirez PM, Johnson PB, Opler LA. Ethnicity as a modifier of negative symptoms [abstract]. Presented at the *Annual Meeting of the American Psychiatric Association*, Washington, DC, May 1992.
 31. Revicki DA, Genduso LA, Hamilton SH, Ganoczy D, Beasley CM Jr. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of esquizofrenia and other psychotic disorders: Quality of life and clinical outcomes of a randomized clinical trial. *Qual Life Res* 1999; 8(5): 417-426.
 32. Ruiz P, Chu P, Sramek J, Rotavu E, Herrera J. Neuroleptic dosing in Asian and Hispanic outpatients with esquizofrenia. *Mt Sinai J Med* 1996; 63(5-6): 306-309.
 33. Ruiz P, Varner RV, Small DR, Johnson BA. Ethnic differences in the neuroleptic treatment of esquizofrenia. *Psychiatry Q* 1999; 70(2): 163-172.
 34. Tollefson GD, Beasley CM Jr, Tran PV et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of esquizofrenia and schizoaffective disorders: Results of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry* 1997; 154(4): 457-465.
 35. Tran PV, Dellva MA, Tollefson GD, Beasley CM Jr, Potvin JH, Kiesler GM. Extrapyramidal symptoms and tolerability of olanzapina versus haloperidol in the acute treatment of esquizofrenia. *J Clin Psychiatry* 1997; 58(5): 205-211.
 36. Tran PV, Hamilton SH, Kuntz AJ et al. Double-blind comparison of olanzapina versus risperidona in the treatment of esquizofrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1997; 17(5): 407-418.
 37. United Nations Conference on Trade and Development. Distribution of developing countries by income group. <http://www.unctad.org/Templates/Page.asp?intItemID=2166&lang=1>. Accessed: 7 July 2004.
 38. Weisman AG, Lopez SR, Ventura J, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, Hwang S. A comparison of psychiatric symptoms between Anglo-Americans and Mexican-Americans with Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; 26(4): 817-824.
 39. World Health Organisation. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. World Health Organisation, Geneva, 1992.

Agradecimientos

Este estudio fue subvencionado por un subsidio de investigación de Eli Lilly (Eli Lilly and Company, Indianápolis, USA). Los autores agradecen el asesoramiento en materia de redacción médica independiente suministrado por ProScribe Medical Communications (www.proscribe.com.au), parcialmente subvencionado a partir de un subsidio financiero sin restricciones de Eli Lilly Australia Pty Ltd (Level 1, 16 Giffnock Avenue, Macquarie Park, NSW, Australia 2113).



Trastorno Generalizado del Desarrollo

Ernesto Wahlberg

Fabián Triskier

“Este no va a ser un libro gracioso. Yo no sé contar chistes ni hacer juegos de palabras, porque no los entiendo. He aquí uno, a modo de ejemplo. Es uno de los de Padre.

El capitán dijo: “Arriba las velas”, y los de abajo se quedaron sin luz. Sé por qué se supone que es gracioso. Lo pregunté. Es porque aquí la palabra velas tiene dos significados, que son:

- 1. Pieza de tela que tienen los barcos, y*
- 2. Cilindro de cera que se emplea para alumbrar. Si trato de decir esta frase haciendo que la palabra signifique dos cosas distintas a la vez, es como si escuchara dos piezas distintas de música al mismo tiempo, lo cual es incómodo y confuso, no agradable como el ruido blanco. Es como si dos personas te hablaran a la vez sobre cosas distintas.*

Y por eso en este libro no hay chistes ni juegos de palabras”.

Mark Haddon, “El curioso incidente del perro a medianoche” (2004)

“Me dijo que que el muchacho del callejón era un tal Irineo Funes, mentado por algunas rarezas como la de no darse con nadie y la de saber siempre la hora, como un reloj. (...)

Los dos proyectos que he indicado (un vocabulario infinito para la serie natural de los números, un inútil catálogo mental de todas las imágenes del recuerdo) son insensatos, pero revelan cierta balbuciente grandeza. Nos dejan vislumbrar o inferir el vertiginoso mundo de Funes.

Éste, no lo olvidemos, era incapaz de generar ideas generales, platónicas.

No sólo le costaba comprender que el símbolo genérico perro abarcara tantos individuos dispares de diversos tamaños y diversa forma; le molestaba que el perro de las tres y cuarto (visto de perfil) tuviera el mismo nombre que el perro de las tres y cuarto (visto de frente)”.

Jorge Luis Borges,
“Funes el memorioso” (1944)

Entre 2 y 6 niños de cada 1000 podrían estar afectados de lo que hoy se denomina: Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD); incluso se habla de una “epidemia”, ya que los primeros estudios de la década del 60, si bien más restrictivos en cuanto a los criterios diagnósticos, arrojaron una incidencia de 4 a 5 casos cada 10.000. Por ahora no se ha encontrado otra causa, para explicar

este incremento, que la ampliación de los criterios y la mayor preocupación en detectarlos. Sin embargo, estas razones no parecen suficientes como para explicar la magnitud del mismo.

A pesar de que el concepto de autismo fue introducido originalmente por Eugene Bleuler en 1911 como uno de los fenómenos psicopatológicos presentes en la esquizofrenia, el término fue utilizado recién tres décadas

después para denominar a los trastornos del desarrollo de comienzo infantil. Los textos liminares que así lo hicieron fueron el de Leo Kanner (Autistic disturbances of affective contact, en 1943) y Hans Asperger (Die autistischen Psychopaten im Kindesalter, en 1944, del cual reproducimos en la Sección El Rescate y la Memoria de este número de Vertex los pasajes más significativos).

Aún cuando esos trabajos tengan hoy una gran vigencia, debido a la fina descripción clínica realizada por ambos autores, y su lectura resulte ineludible para todo aquel que se encuentre interesado en el tema, es menester evitar una exégesis de los mismos, pretendiendo que aquellas observaciones de Kanner y de Asperger ofrezcan soluciones a problemas nosológicos actuales. Los 11 niños descritos por Kanner y los 4 descritos por Asperger no permiten cubrir el hoy llamado "espectro autista". Por el momento, no existe unanimidad en la aceptación del agrupamiento realizado por el DCM IV y la CIE 10 en los Trastornos Generalizados del Desarrollo y los diferentes constructos diagnósticos que lo componen.

Sin duda, éstos requieren de una mejor definición que deberá surgir de líneas de investigación que abarquen diversos aspectos como son los diferentes pronósticos, las manifestaciones semiológicas, la labilidad genética y los hallazgos neurobiológicos y neuropsicológicos.

En ese sentido puede destacarse la descripción de Rett del trastorno que hoy lleva su nombre, realizada en 1966. En 1977, Folstein y Rutter publicaron el primer estudio en gemelos postulando una base genética para el autismo. A principios de los 90, las clasificaciones norteamericana e internacional refinaron sus criterios, incluyendo por primera vez el Síndrome de Asperger.

Existen varias líneas de investigación que postulan alteraciones en diferentes cromosomas (fundamentalmente 2, 3, 7, 15 y X), involucrando más de 30 genes como posibles participantes etiopatogénicos. Otra área de fuerte desarrollo es la de las funciones neuropsicológicas tales como: teoría de la mente, coherencia central y/o función ejecutiva.

Diferentes equipos de trabajos afirman que

los signos propios del autismo, generalmente diagnosticados con posterioridad a los tres años de vida, y en un importante número de casos recién con la escolarización del niño, podrían percibirse con mayor anticipación, entre los 12 y los 18 meses de edad. Estos hallazgos han llevado a enfatizar el diagnóstico temprano, a fin de iniciar estrategias terapéuticas que permitirían mayores probabilidades de evolución positiva.

En la entrevista que Dominique Wintrebert y Francois Casasoprana realizaron a Roger Misés, éste expresa su crítica opinión, acerca de la validez nosológica del "espectro autista" y a los enfoques terapéuticos desarrollados por Schopler. Probablemente, algunas de sus ideas, como su cuestionamiento a la inclusión del Síndrome de Rett en este grupo, o su "descreimiento" de la etiología genética del autismo (compartido con los entrevistadores), invitarán a la polémica.

El artículo sobre Trastorno Autista de Sebastián Cukier ofrece una actualización del tema buscando integrar los diferentes niveles de análisis: neurobiológico –tanto neuroquímico como neuroanatómico– con las hipótesis neuropsicológicas "en camino hacia una comprensión mas cabal del trastorno".

Ernesto Wahlberg describe los criterios diagnósticos y el cuadro clínico del Síndrome de Asperger a fines de difundir, para su consideración, esta "nueva" categoría nosográfica recientemente incorporada a los sistemas clasificatorios.

Silvia Fendrik recorre las hipótesis que distintos autores propusieron desde el campo del psicoanálisis en relación al autismo.

Las entrevistas realizadas a madres de niños y jóvenes con Trastorno Generalizado del Desarrollo, muestran las repercusiones que nuestras intervenciones tienen sobre las familias y los pacientes. También comentan el impacto, las necesidades y apoyos que se fueron presentando en la difícil vida con sus hijos.

Por su parte, Mauricio y Daniel Matusevich aportan una miscelánea crítica sobre la filmografía dedicada a explorar la conducta de esas personas que se quedaron en un recodo del camino que conduce a la estructuración habitual de la personalidad ■

Aspectos clínicos, biológicos y neuropsicológicos del Trastorno Autista: hacia una perspectiva integradora

Sebastián H Cukier

Médico. Ex residente y ex jefe de residentes de psiquiatría infanto-juvenil del Hospital "C. Tobar García". Miembro del equipo de investigación del Instituto de Neurociencias, Buenos Aires.

Lambaré 989 11° C. (1185) Buenos Aires T.E.: 15 5 795 7130. E-mail: sebastiancukier@hotmail.com

Introducción

Desde la primera descripción consistente del "autismo infantil temprano" en la revista *Nervous Child* hace 62 años, se publicaron más de diez mil trabajos sobre el tema en revistas internacionales. A la "imposibilidad de establecer desde el comienzo de la vida conexiones ordinarias con las personas y situaciones", la "fantástica memoria mecánica", lo "remarcable del lenguaje cuando se llega a adquirir" y el "deseo ansiosamente obsesivo de conservar una igualdad" descritas por Leo Kanner(32, 33), se fueron sumando otras características y variables de análisis. Entre ellas se han desarrollado ampliamente las relacionadas con el diagnóstico y tratamiento; el pronóstico, los marcadores genéticos, la carga familiar y los endofenotipos; las habilidades motoras, percepción táctil, percepción visoespacial, memoria visual y el procesamiento de caras; la memoria autobiográfica y el coeficiente intelectual; la epidemiología, neurobiología, neuroanatomía, neuroquímica y fisiopatología; las alteraciones de las funciones ejecutivas, atención, sensopercepción, mentalización, imaginación y el juego; las alteraciones neurológicas, metabólicas e infecciosas asociadas y las habilidades especiales entre otras. En este

artículo se mencionan brevemente algunas de ellas y se intenta integrarlas entre sí.

Lo que hoy se denomina "Trastorno Autista" se refiere a una constelación de conductas posibles de ser halladas en un grupo heterogéneo de niños y adultos con características muy diversas y cuyo patrón cambia con la maduración. Sin embargo, como grupo tienen en común: 1) un comienzo temprano (generalmente durante el primer año de vida y con manifestaciones características antes de los 3 años); 2) trastornos mayores en el establecimiento de relaciones interpersonales y sociales; 3) retraso y/o alteración en el desarrollo de algunas habilidades comunicativas y cognitivas, y 4) patrones de conducta, intereses y actividades limitados, repetitivos, estereotipados o poco flexibles(15, 23, 38).

Comienzo

En lo referido a la edad de manifestación del trastorno, los niños pueden haber cursado un parto y embarazo sin dificultades evidentes y desarrollado pautas evolutivas dentro de parámetros usuales en el primer año de vida. Inclusive pueden manifestar expresiones correlativas en respuesta a las de los adultos durante

Resumen

El autismo constituye uno de los trastornos más estudiados en la psiquiatría infantil. Los heterogéneos fenómenos clínicos que lo caracterizan fueron descritos exhaustivamente a lo largo de los últimos 62 años. Múltiples hipótesis etiológicas, teorías neuropsicológicas y mecanismos fisiopatológicos, a veces complementarios y otras veces mutuamente excluyentes, y distintas descripciones de alteraciones neurobiológicas que resultaron, en general, de escasa replicabilidad, han intentado dar cuenta de la marcada variabilidad de sus manifestaciones. Una integración de estos diferentes niveles de análisis resulta aún más lejana que la comprensión de cada uno de ellos por separado. En este artículo se revisan los tres aspectos considerados como más característicos del síndrome (interacción social, comunicación y flexibilidad), y se intentan integrar sus manifestaciones clínicas con algunas variables neuropsicológicas y los sustratos neurobiológicos subyacentes.

Palabras clave: Autismo – Neuropsicología – Neurobiología – Desarrollo – Manifestaciones clínicas

CLINICAL FEATURES, BIOLOGY AND NEUROPSYCHOLOGY OF THE AUTISTIC DISORDER: TOWARDS AN INTEGRATIVE PERSPECTIVE

Summary

Autism constitutes one of the most investigated disorders in child psychiatry. The heterogeneous clinical phenomena that characterize it have been exhaustively described along the last 62 years. Multiple aetiological hypothesis, neuropsychological theories and physiopathological mechanisms, sometimes complementary and other times mutually exclusive, and different descriptions of neurobiological alterations that resulted, in general, of low replicability, have attempted to account for the marked variability of its manifestations. An integration of these different levels of analysis results even harder than the comprehension of each of them separately. In this article the author revises the three aspects considered the most characteristic of the syndrome (social interaction, communication and flexibility) and tries to integrate its clinical manifestations with some neuropsychological variables and the neurobiological substrates.

Key words: Autism – Neuropsychology – Neurobiology – Development, clinical manifestations

ese período (manifestación de capacidades intersubjetivas primarias). Algunos de ellos alcanzan a esbozar las primeras palabras(39). Otros, en cambio, manifiestan disfunciones identificables desde los comienzos de la vida(28, 64). Kanner describía cierta tendencia al retraimiento antes de haber cumplido un año de edad y el hecho de que “no adoptan la posición propia de los niños que quieren que los tomen en brazos”(32). Entre finales de esos primeros 12 meses y comienzos del segundo año, puede notarse una difusa tendencia a la pasividad, no suele aparecer la típica capacidad de señalar, y el contacto ocular con el niño se vuelve difícil de establecer(50). A partir del año y medio se puede hacer más evidente el juego repetitivo con objetos, el desinterés por los otros niños, la aparente “sordera” a los llamados o consignas, la limitación de la comunicación intencionada y la oposición a los cambios en el ambiente(23, 64).

En esos últimos meses del primer año de vida es justamente cuando comenzarían a producirse en el cerebro de los niños, procesos sinaptogénicos a gran escala que implican conexiones entre estructuras límbicas y de la neocorteza frontal y temporal. Estas conexiones han sido propuestas como sustrato para el desarrollo de capacidades psicológicas tales como la inteligencia simbólica, la posibilidad de evaluar la propia conciencia, la sintaxis, la anticipación, la actividad de metarrepresentación y otras, que posibilitarían luego la adquisición del resto de las funciones superiores(9, 45, 58)

El diagnóstico e intervención tempranos podrían cambiar significativamente el pronóstico de estos niños. Para la detección precoz del autismo a los 18 meses de edad ha sido propuesta la evaluación de tres conductas específicas: señalar objetos con el fin de que otras personas los miren (y no solamente para que se los alcancen); mirar en la dirección que los adultos les señalan con la mirada; y jugar atribuyendo a los objetos o situaciones, propiedades que no tienen en realidad. Según estudios de monitoreo realizados a gran escala, los niños que carecen de estas conductas al año y medio de edad tendrían un riesgo mayor al 80 por ciento de cumplir criterios para trastorno autista al reevaluarlos a los 3 años y medio(8)

Sin embargo, también se han propuesto pautas de alarma detectables a partir de los 12 meses. En caso de que el niño no presente silabeo o gestos a dicha edad, no demuestre sonrisa social ni contacto visual modulado, no manifieste interés por los demás niños, impresione “desconectado”, obtenga las cosas por sí solo sin intentar pedir las, no responda a su nombre, realice movimientos o posturas inusuales o pierda cualquier adquisición social o comunicacional previamente adquirida, sería conveniente considerar la realización de evaluaciones diagnósticas específicas que descarten el diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo(23, 39).

Desempeño social

Una vez instalado el cuadro, las características inusuales de las formas de interacción con otras personas suelen describirse como tendencia al retraimiento, escasa iniciativa de relación para recibir o para ofrecer apo-

yo o afecto en momentos de malestar, escaso placer en la interacción con otros, limitados o nulos intentos espontáneos de compartir alegría, sorpresa, curiosidad u otras emociones y escasa modulación de la conducta, los gestos, la postura, la mirada o las expresiones faciales de acuerdo a las convenciones o coyunturas interpersonales(15, 38, 42). Algunos niños se comportan la mayor parte del tiempo como si los demás no existieran, absortos en sus propias actividades sin objetivo(34). En otros casos o situaciones, pueden entrometerse en el espacio de otros, acercándose demasiado, tocándolos inapropiadamente, besándolos u oliéndolos(64).

Esta tendencia a la ineptitud social y al aislamiento podría responder a un “déficit emocional primario” (sea innato o adquirido) que generaría secundariamente un detrimento del desarrollo de otras capacidades (cognitivas, lingüísticas, motoras o perceptivas)(30, 53, 61). Otra posibilidad es intentar explicar las limitaciones en la interacción intersubjetiva como consecuencia de déficits previos diferentes. Estos pueden ser cognitivos –como proponen las teorías de “Déficit Metarrepresentacional”(37) o de la “Coherencia Central Débil”(24)–; perceptivos –como sugieren los estudios sobre procesamiento de caras(12, 35, 47, 60) y sobre la audición de sonidos verbales(11, 36)–; de las funciones ejecutivas(43, 52), y/o del “procesamiento sensorial y motor”(27). Así, estas falencias serían las que obstaculizarían o desviarían el desarrollo típico de las capacidades sociales.

Cualquiera sea la hipótesis operativa e investigativa de la que se parta, la mayoría de los autores considera como uno de los síntomas nucleares del autismo a la alteración en las capacidades “intersubjetivas” y de comprensión de las situaciones sociales, si bien las formas en que se manifiesta pueden ser muy variadas. Lo más frecuente es que estos niños o adultos estén aislados, sin acudir al ser llamados; sus rostros estén generalmente vacíos de expresión excepto por accesos de rabia o alegría; miren a través de los que los rodean o dirijan ocasionalmente una mirada de soslayo; se corran si los tocan; o pasen por al lado o encima de las personas sin detener su marcha(42, 64). También suelen utilizar de modo instrumental las manos u otras partes del cuerpo del otro, sin demostrar interés o sentimientos correlativos si el otro sufre o está triste. Aún cuando pueden responder a las cosquillas u otros juegos físicos (por ejemplo si se los hamaca o persigue), en el momento en que termina el juego, vuelven a ignorar al otro(49). Estos niños no demuestran interés en relacionarse con pares, inclusive pueden alarmarse ante ellos. En la adultez mantienen el desinterés por sus iguales, aunque muchas veces detectan y se acercan a las personas con autoridad si necesitan algo(62, 64).

Lorna Wing describe otros 3 grupos de niños con autismo que, a diferencia de los descriptos (“grupo aislado”), no están completamente apartados de los demás. El grupo “pasivo” se refiere a niños o adultos que aceptan aproximaciones sociales aunque nunca las inicien espontáneamente; pueden sostener la mirada y están predispuestos a hacer lo que se les dice. El grupo de los “activos pero extraños”, los cuales se aproximan a otras personas pero lo hacen de manera peculiar, unidireccional, para insistir una y otra vez con lo que les interesa, sin prestar atención a los sen-

timientos o necesidades de aquellos a quienes se dirigen; pueden fijar la mirada demasiado intensamente o por más tiempo que lo esperable, y agarrar o abrazar con fuerza excesiva; se pueden volver agresivos si no se les presta atención. Finalmente describe al grupo "hiperfornal y pedante" de niños y adultos con autismo. Estos serían excesivamente educados, formales y con buen nivel de lenguaje, pero se ciñen rígidamente a las normas de interacción social sin comprenderlas realmente y con dificultades para adaptarse a las diferencias y cambios más sutiles(64).

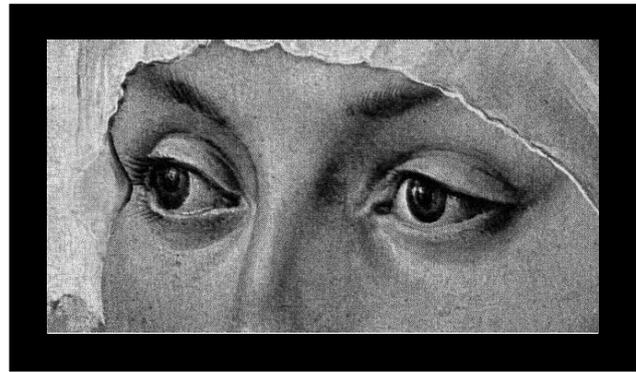
Es difícil pensar en un mecanismo cerebral simple que de cuenta de las funciones sociales afectadas en el autismo. Desde el punto de vista neuroquímico, se ha propuesto una relación entre los problemas en las relaciones sociales y las conductas autolesivas o la inusual insensibilidad al dolor de estos niños, a través de una alteración en los niveles de neuropéptidos opioides. Los niveles elevados de endorfinas afectarían la motivación de interacción social junto con la disminución de la sensibilidad al dolor. Sin embargo, luego de los prometedores reportes de C. A. Sandman en 1990(55), esta hipótesis fue dejada de lado ya que los intentos iniciales de tratamiento con antagonistas como la naltrexona no dieron resultados significativos(13, 45).

Han sido descritas alteraciones del sistema colinérgico, cuyas vías madurarían en el primero y segundo año de vida, cuando se manifiestan los primeros síntomas de aislamiento en los niños con autismo. Una disrupción postnatal de estos sistemas que participan en el control ascendente de la atención, podría afectar el acceso a estímulos ambientales en ese período crítico. La reducción del número de receptores nicotínicos, descrita en las cortezas parietal y frontal, también podría ser compatible con la baja reactividad al dolor en estos niños(46).

Se describen asimismo, altos niveles de la pro-hormona de la oxitocina en adultos con autismo, en detrimento de los niveles de hormona madura. Inclusive se ha propuesto un déficit congénito de la enzima que cliva esta pro-hormona para formar la oxitocina adulta. Al relacionar estos hallazgos con los trabajos que vinculan los niveles de oxitocina en distintas áreas del cerebro (como el núcleo accumbens) con el apego (*attachment*) social, se hipotetiza la posible asociación entre dificultades de socialización y niveles descendidos de la hormona en las personas con autismo(31, 44, 45). A partir de dicha hipótesis se está realizando un trabajo que evalúa la efectividad de la oxitocina exógena para tratar síntomas autistas(63).

Un trabajo de Carlsson de 1998, proponía la hipótesis de que el autismo era un trastorno hipoglutamatérgico, basándose en los efectos "socializantes" de los antagonistas NMDA en humanos y ratas(14). Recientemente, estudios preliminares de tratamiento con D-cicloserina (antibiótico agonista parcial de receptores NMDA para glutamato) sugieren una posible mejoría en el aislamiento y mayor respuesta social en niños con autismo(48). Existen numerosos trabajos con otros neurotransmisores, entre ellos serotonina, dopamina, noradrenalina y hormonas tiroideas, aunque la relación entre estos hallazgos y las alteraciones en la sociabilidad no resultan claros(54).

Respecto de los correlatos *neuroanatómicos* de los



déficits de interacción social, existen reportes de diversas áreas del cerebro afectadas. Desde los primeros trabajos con procedimientos neumo-encefalográficos en autismo(21) hasta los más modernos estudios de imágenes, los resultados sugieren posibles alteraciones en patrones de circuitos neuronales que involucran, sobretodo, hipocampo, gyrus fusiforme, cerebelo y amígdala (aunque también corteza entorrinal, cíngulo anterior, septum, subículo, cuerpos mamilares, núcleos septales mediales, oliva inferior, planum temporale y otras áreas)(45, 49, 54, 56, 58). Estos hallazgos serían consistentes con la clínica, dado el papel central que cumplen aquellas estructuras en la regulación de la responsividad y el aprendizaje emocionales.

El gyrus fusiforme, ubicado en la base del lóbulo temporal, estaría relacionado con el procesamiento de caras ya que se activa de modo consistente en prácticamente todos los estudios con humanos normales al observar rostros(2, 47). Personas con lesiones en dicha estructura desarrollan prosopagnosia. A su vez, en el complejo amigdalino, se encuentran estructuras relacionadas con la valoración emocional de esas caras, el reconocimiento de expresiones y el monitoreo de la dirección de la mirada. Ambas estructuras actuarían conjuntamente durante el desarrollo para identificar las caras como estímulos socialmente significativos(7). Estudios con resonancia magnética funcional demostraron que los individuos con autismo no procesan los rostros con las estructuras con que lo hace el resto de la población (principalmente gyrus fusiforme y amígdala), sino que lo hacen en áreas cerebrales aberrantes y específicas de cada individuo(47). Estos hallazgos serían compatibles con la dificultad para la valoración emocional de las caras que se manifiesta en la clínica, que intentaría ser compensada por otras zonas del cerebro, no logrando con ello una identificación holística del rostro(2). En qué medida influye este déficit en el desarrollo de las capacidades de interacción social o si tiene algún lugar en la cascada de alteraciones en paralelo que desembocan en los síntomas autistas, es algo que no puede afirmarse aún. Otros estudios con niños pequeños relacionan el daño temprano en la amígdala con los déficits posteriores en la capacidad de atribuir estados mentales a

otros(58). Otros refieren el agrandamiento del volumen cerebral en la niñez (y no en los adultos con autismo)(3, 5, 29, 45).

Al considerar estos datos de manera conjunta, se puede pensar que desde los primeros días de vida, el cerebro autista no está organizado para recibir la estimulación ambiental necesaria para el desarrollo típico de su sistema nervioso. Esta privación de estímulos durante el "período crítico" sería la responsable del escaso refinamiento de las diferenciaciones funcionales regionales mencionadas, que parecen ser centrales para el fenotipo social del autismo(58, 62).

Expresión y comprensión del lenguaje

Cuando una persona produce lenguaje, "realiza una actividad esencialmente destinada a producir cambios en la mente de los otros. Esto se logra a partir de procesos que editan energía física y que implican un código común y una serie de propiedades que se encuentran alteradas en las personas con autismo (como la generatividad, la función declarativa y la dependencia pragmática)"(51). Las alteraciones en la comunicación que se dan en el autismo suelen describirse como la carencia total o parcial de lenguaje hablado que no intenta compensarse con gestos o mímica. O bien una utilización repetitiva del lenguaje, con uso idiosincrásico de palabras y frases con anomalías en la sintaxis, el tono, el énfasis, el ritmo o la entonación, sin capacidad de mantener un intercambio conversacional fluido(38, 42, 64).

Uno de cada cinco o seis niños entre todos los que tienen trastornos del espectro autista no habla nunca, permanece mudo toda su vida. Otros son capaces de emitir repeticiones fieles de sonidos mecánicos o de animales. El resto desarrolla el habla (en general después de lo esperable en un niño de desarrollo típico)(51). Con frecuencia empiezan repitiendo palabras, especialmente la última o últimas de una frase. Pueden copiar el acento y la entonación exactos del que habla. Algunos no pasan nunca de la etapa de eco. Otros comienzan a designar lacónicamente las cosas que quieren y pueden llegar a utilizar frases espontáneas que emiten con un doloroso esfuerzo, frecuentemente con errores gramaticales, sintácticos y prosódicos(50, 64). Las palabras toman, en principio, un significado inflexible y no pueden usarlas más que en la acepción que aprenden originalmente. A veces conservan la fijación pronominal por varios años, hasta que aprenden gradualmente a hablar en primera persona y a referirse al interlocutor en segunda(51). Aquellos con mayor rendimiento pueden desarrollar un importante vocabulario pero tienden a no utilizar expresiones coloquiales, por lo que su habla impresiona pedante y artificial(34, 64)

Algunos niños no logran entender el lenguaje hablado o limitan su comprensión a nombres de objetos familiares o instrucciones sencillas relacionadas con el contexto inmediato. Pueden tener la tendencia a reaccionar a una o dos palabras de una frase e ignorar el resto. La escasa capacidad para entender bromas y ambigüedades, la literariedad de las interpretaciones, la poca flexibilidad en el significado de las palabras y la presencia masiva de formas imperativas en detrimento de

las declarativas, serían expresión de la dificultad de estos niños para desarrollar el lenguaje en su período crítico(34, 49, 51). Estas características en el lenguaje autista, serían consecuencia de la carencia de los estímulos intersubjetivos que ponen en marcha los mecanismos específicos de adquisición lingüística. En los niños de desarrollo típico, es la presencia de estos estímulos adecuados en los primeros años de vida lo que les permitiría entender la estructura narrativa de la experiencia humana, con personajes, intenciones y deseos. Las personas con autismo no lograrían formar representaciones de alto nivel, con componentes estables por una parte, y otros valores "a rellenar" con información no explícita por la otra. Así, su mundo cognitivo se formaría como un caos fragmentario en que las realidades que no se acomodan miméticamente a lo ya experimentado, constituyen novedades terroríficas, incomprensibles e inaceptables emocionalmente(10, 51). A su vez, la información lingüística en sí les resulta excesiva. Es interesante un trabajo de Klin, de 1991, en el que mostró que niños pequeños con autismo, no evidencian la habitual preferencia por sonidos lingüísticos en comparación con estímulos sonoros no verbales, más simples y directos(36)

Desde el punto de vista neurobiológico, varios investigadores han sugerido que el trastorno autista quizás afecte diferencialmente al hemisferio izquierdo, dada la incapacidad de adquirir el lenguaje de manera típica(19, 59). Las notables capacidades de algunos niños autistas como el ser grandes descifradores de códigos o demostrar destrezas aritméticas, artísticas o musicales, o bien una memoria extraordinaria en áreas muy específicas, expresarían las contribuciones del hemisferio derecho intacto(57). El hecho de que el 52% de los niños autistas tomados de una serie importante de estudios, no tuvieran establecida la preferencia de mano o bien fueran zurdos, y que de esos niños, los que tenían establecida una preferencia de mano izquierda, ejecutaban mejor varias tareas cognitivas que los ambidiestros, apoyaría indirectamente aquella hipótesis(22). Asimismo, se describen trabajos sobre escucha dicótica en sujetos autistas que revelaron una ventaja del oído izquierdo(59). Los estudios sobre actividad eléctrica en el cerebro también sugieren mayor actividad del hemisferio derecho en los autistas durante las tareas lingüísticas(20).

Las técnicas de neuroimágenes mostraron en algunos pocos estudios, irregularidades sutiles en áreas relacionadas con el procesamiento del lenguaje, concordantes con los efectos de trastornos en la migración neuronal probablemente durante los primeros 6 meses de gestación, según proponen los autores(1) Algunos estudios funcionales detectaron anomalías en la actividad de regiones frontales y temporoparietales izquierdas en los casos de déficits lingüísticos graves(40).

Se estudiaron con PET niños y adultos con autismo mientras se les hacía escuchar lenguaje hablado. Se observó escasa activación de las áreas temporales del hemisferio izquierdo relacionadas con la percepción e integración de sonidos complejos como el lenguaje (en el área de Wernicke y la circunvolución temporal media e inferior, BA 21 y 39). Estos hallazgos sugieren una relación entre este inusual procesamiento cortical auditivo, las respuestas conductuales inadecuadas a los sonidos y las alteraciones en la comprensión del lenguaje de esta

población. Los autores proponen que esta disfunción podría estar en el origen de los trastornos del lenguaje y la comunicación en el autismo(11). Trabajos con SPECT describen también alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral en el lóbulo de la ínsula, en la zona medial de la corteza prefrontal y en el gyrus cingulado. Estos resultados también fueron asociados con los trastornos en la comunicación(41)

Flexibilidad

Con respecto a la falta de flexibilidad de la mente y la conducta de las personas autistas, esta suele expresarse a través de malestar o reacciones catastróficas frente a los cambios en el entorno, apegos hacia determinados objetos, manierismos y estereotipias motoras, adhesión a rutinas y rituales disfuncionales, y preocupación por intereses inusuales, limitados y repetitivos(15, 42, 64). Los niños y adultos con autismo pueden poseer un abundante almacén de información pero parecen tener problemas para aplicar o usar ese conocimiento de manera significativa. Así como demuestran dificultades en el uso de la retroalimentación de información para cambiar las estrategias frente al fracaso en la resolución de problemas(52). La insistencia en la invariancia, así como la adherencia a acciones estereotipadas y la obsesiva limitación de los contenidos de pensamiento, se han relacionado con alteraciones neuropsicológicas en los procesos de anticipación. La dificultad que tienen para asignar interpretaciones coherentes a su mundo o sentido a sus acciones puede entenderse como secuela de la limitada capacidad de "futuraización"(50, 52). La teoría del déficit de las funciones ejecutivas en el autismo se expandió luego de que Antonio Damasio describiera que determinadas lesiones en zonas de la corteza frontal y el sistema mesolímbico provocaban cuadros sintomáticos similares a los de las personas con autismo(17, 18). Los lóbulos frontales, que aparecen en la evolución muy recientemente, tienen que ver con la "futuraización"; con nuestras capacidades de anticipar, secuenciar y planificar; de recoger información emocional y motivacional del sistema límbico y organizarla en propósitos y en estrategias para alcanzarlos. También están relacionados con la flexibilidad y la memoria de trabajo (la "memoria de la conciencia"), la capacidad de esfuerzo sostenido, el auto monitoreo, la inhibición de respuestas inapropiadas y el planeamiento motor. Algunos autores proponen que el déficit de función ejecutiva puede ser el trastorno primario en el autismo, siendo todas las demás alteraciones consecuencia del mismo(43, 52). Así, la dificultad para comprender las relaciones sociales estaría dada por la gran versatilidad y el dinamismo inherentes a las mismas. La interacción social implica una flexibilidad intrínseca mayor que cualquier otro dominio mental. Todos los autistas tienen, en cierta medida, dificultades en la capacidad de anticipación y la adaptación a los cambios(52). En los casos más graves, se manifiestan a través de la adherencia a estímulos que se repiten de forma idéntica y con balanceos rítmicos u ordenamiento de elementos en filas. En los casos de menor gravedad, pueden predecir algunos cambios y tolerarlos, siempre con cierta medida de malestar(64).



La alteración en las funciones ejecutivas los llevaría también a carecer de la capacidad de dar sentido a las propias acciones, ya que el sentido tiene que ver con el futuro y lo que se anticipa. Muchos niños con autismo realizan acciones que no parecen responder a propósito alguno. A lo largo de la vida, aún las personas menos afectadas en esta área, encuentran grandes dificultades para jerarquizar el sentido de las acciones y relacionarlas con sus proyectos vitales(50).

También las alteraciones en el lenguaje podrían pensarse como consecuencia de la inflexibilidad producto de las alteraciones de función ejecutiva ya que, como lo explica Angel Rivière, crear semiosis tiene que ver con la flexibilidad, con la capacidad de dejar en suspenso las acciones. Por ejemplo, cuando un niño señala algo que quiere, suspende la acción de tomarlo. En un nivel más alto, el niño reemplaza las propiedades de lo real; por ejemplo, cabalga en una escoba. Suspende lo real para crear el modo de ficción. En un nivel aún más alto, pone entre paréntesis hasta las propias representaciones para entender que los demás tienen representaciones falsas, o deja en suspenso el lenguaje literal y forma metáforas. En el mundo social hay que suspender representaciones constantemente, y para esto es necesaria una gran flexibilidad. Así, la ausencia de teoría de la mente en las personas con autismo también puede pensarse como consecuencia de un trastorno fundamental de esa capacidad(10, 50, 52)

Trabajos con registros de imágenes funcionales reportan resultados consistentes con estas teorías neuropsicológicas, reflejando frecuentemente bajos niveles de actividad prefrontal en niños y adultos con autismo(25, 40, 41, 47, 58). También se describen anomalías (como la reducción del número de células de Purkinje) en áreas cerebelosas, interconectadas con zonas límbicas y frontales. Se reportan aumentos en el espesor de la corteza prefrontal proporcionales al grado de anormalidad morfológica del cerebelo. Estos resultados serían compatibles con la postura del déficit ejecutivo teniendo en cuenta la función de procesador anticipatorio atribuida al cerebelo y su implicación en la coordinación de la articulación de las palabras y los cambios de atención(4, 45, 54).

Conclusiones

En este trabajo, se desarrollaron los tres aspectos clásicos que se describen como afectados en las personas con trastorno autista, intentando integrar diferentes niveles de análisis. Muchos temas han quedado afuera, principalmente los relacionados con la etiología, los instrumentos diagnósticos específicos, el pronóstico y tratamiento. Tampoco fueron abordados algunos síntomas que se suelen presentar en la clínica de estos niños y adultos. Por ejemplo, ciertas alteraciones motoras y conductuales, particularidades relacionadas con las autolesiones, miedos especiales, respuestas inusuales a estímulos sonoros, visuales o táctiles, etc. Algunos de ellos también cuentan con descripciones clínicas detalladas, teorías neuropsicológicas y hallazgos neuroanatómicos y funcionales propuestos.

En el camino hacia una comprensión más cabal del trastorno, sería interesante lograr una mayor integración de las múltiples perspectivas desde las que se está investigando. Para ello sería prudente recordar que fenotipos conductuales similares no siempre implican una patogénesis en común y que las alteraciones funcionales y estructurales no necesariamente indican la región donde se da el proceso patogénico(16).

Se debe tener en cuenta la posibilidad de que podría no existir un único mecanismo explicativo; que en cada nivel de análisis hay múltiples alteraciones y que puede haber más de una ruta de conexión entre dichos niveles(6). Si esto es así o no, dependerá del modo en que operan los procesos causales del autismo, aún no dilucidados ■

Referencias bibliográficas

1. Aiken K. Examining the evidence for common structural basis to autism. *Development Med and Child Neurolog.* 1991; 33:930-938
2. Allison T y col. Face recognition in human extrastriate cortex. *J Neurophysiol.* 1994; 71:821-5
3. Aylward EH, Minshew NJ, Field K, Sparks BF, Singh N: Effects of age on brain volume and head circumference in autism. *Neurology* 2002; 59:175-183
4. Bailey A y col. A clinicopathological study of autism. *Brain.* 1998; 121:889-905
5. Bailey A y col. Prevalence of the fragile X anomaly amongst autistic twins and singletons. *J Child Psychol Psychiatry.* 1993; 34:673-688
6. Bailey A. y col. Autism: Towards an Integration of Clinical, Genetic, Neuropsychological and Neurobiological Perspectives. *J. Child Psychol and Psychiat.* 1996; 37(1):84-128
7. Baron Cohen S y col. The amygdale theory of autism. *Neurosc Biobehav Rev.* 200; 24:355-64
8. Baron -Cohen S. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *British J Psychology.* 1992; 161: 839-843.
9. Bauman ML y Kemper T. "Observaciones neuroanatómicas en el cerebro autista". En Fejerman N, Arana HA, Massaro ME, Ruggeri VL. *Autismo Infantil y otros Trastornos del Desarrollo.* Buenos Aires, ed Paidós SAICE, 2º reimpresión, 2000
10. Belinchon Carmona M, Igoa González JM, Rivière Gomez A. *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría.* Madrid, ed Trotta SA, 1992.
11. Boddart N y col. Perception of Complex Sounds in Autism: Abnormal Auditory Cortical Processing in Children. *American J Psychiatry,* 2004;161(11):2117-20.
12. Boucher J y Lewis V. Unfamiliar face recognition in relatively able autistic children. *J of Child Psychol and Psychiatry.* 1992; 33:843-859
13. Campbell y col. Naltrexone in autistic children: a double blind and placebo controlled study. *Psychopharmacol Bull.* 1990; 26:130-135
14. Carlsson ML: Hypothesis: is infantile autism a hypoglutamatergic disorder? Relevance of glutamate-serotonin interactions for pharmacotherapy. *J Neural Transm* 1998; 105:525-535
15. *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-r-2000).* Buenos Aires, ed Polemos, 2004.
16. Courchesne E, Townsend J, Chase C. "Neurodevelopmental principles guide research on developmental psychopathologies". En Cicchetti D y Cohen DJ (ed). *Manual of developmental psychopathology.* New York, ed John Wiley, 1995
17. Damasio AR y Maurer RG. A neurological model for childhood autism. *Arch Neurol.* 1978; 35:777-786
18. Damasio AR. *Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain.* N. York, Ed Quill, 2000
19. Dawson G y col. Hemispheric Specialization and the language abilities of autistic children. *Child Development.* 1986; 57:1440-1453
20. Dawson G. y col. Cerebral Lateralization in Individuals Diagnosed as Autistic in Fairly Childhood. *Brain and Language,* 1982; 15:353-368
21. Delong GR. "A neuropsychological interpretation of infantile autism". En: Rutter M y Schopler E (ed). *Autism.* New York, Openum Press, 1978
22. Fein D y col. The question of left hemisphere dysfunction in Infantile autism. *Psychological Bull.* 1984; 95:258-281
23. Filipek PA y col. The Screening and Diagnosis of Autistic

- Spectrum Disorders. *J. Of Autism and Developmental Disorders*. 1999; 29(6):439-477
24. Frith U y Happé F. Autism: beyond "theory of mind". *Cognition*. 1994;50:115-132
 25. George M y col. Cerebral blood flow abnormalities in adults with infantile autism. *J of Nervous and Mental Disease*. 1992; 180:413-417
 26. Geschwind N y Galaburda N. *Cerebral Lateralization: Biological Mechanisms, Associations and Pathology*. Cambridge MA: MIT press, 1987.
 27. Greenspan SI, Wieder S, Simons R. *The Child with Special Needs*. Cambridge, Massachusetts, ed Perseus Publishing, 1998.
 28. Guillberg C y col. Autism under age 3 years: a Clinical study of 28 cases referred for autistic symptoms in infancy. *J of Child Psychol and Psychiat*. 1990; 31:921-934
 29. Hauser SL y col. Pneumographic findings in the infantile autism syndrome: a correlation with temporal lobe disease. *Brain*. 1975; 98:667-688
 30. Hobson P. *Autism and the Development of Mind*. London, ed Erlbaum, 1993
 31. Insel TR. A Neurobiological Basis of Social Attachment. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:726-735
 32. Kanner L. "Autismo infantil precoz". En Kanner L. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires, Ed Paidós - Psique, 2ª edición castellana, 1971; pag. 720-723
 33. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*. 1943;2:217-250
 34. Kaplan HI y Sadock BJ. *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica*. Madrid, ed Médica Panamericana SA. 2001
 35. Klin A, y col. Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:809-816
 36. Klin A. Young autistic children's listening preferences in regard to speech: a possible characterization of the symptom of social withdrawal. *J of Autism and Develop Disorders*. 1991; 12:29-42
 37. Leslie AM. Pretence and representation: the origins of "theory of mind". *Psychological Review*. 1987; 94:412-426
 38. Lewis M. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. Baltimore, ed Williams and Wilkins, 1991
 39. Martos Pérez J. "Autismo. Definición. Instrumentos de evaluación y diagnóstico". En Valdez D (coordinador). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed Fundec, Buenos Aires 2001, tomo 1:15-48
 40. Mountz JM y col. Functional deficits in autistic disorder: Characterization by 99TcHMPAO and SPECT. *J of Nuclear Medicine*. 1995; 36:1156-1162
 41. Ohnishi M, Matsiuda H, Hashimoto T. Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism. *Brain*. 2000; 123:1838-1844
 42. Organización Mundial de la Salud. *Trastornos Mentales: Un glosario y guía para su clasificación de acuerdo con la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. Ginebra, OMS, 1993
 43. Ozonof S. "Executive functions in autism. En Schopler E y Mesimov G (ed). *Learning and cognition in autism*. New York, ed Plenum Press, 1994
 44. Panksepp J. Commentary on the possible role of oxytocin in autism. *J Autism Dev Disord*. 1993; 23(3):567-9
 45. Patzer DK y Volkmar FR. "The neurobiology of autism and the pervasive developmental disorders. En: Charney DS y Nestler E. J. *Neurobiology of Mental Illness*. Oxford, Oxford University Press, 2ª edición, 2004; pag 761-778
 46. Perry EK y col. Cholinergic Activity in Autism: Abnormality in the Cerebral Cortex and Basal Forebrain. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1058-1066
 47. Pierce K y col. Face processing occurs outside the fusiform 'face area' in autism: evidence from functional MRI. *Brain*, 2001; 124:2059-2073
 48. Posey DJ y col. A pilot study of D-Cycloserine in subjects with autistic disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161(11):2115-7
 49. Rapin I. Autismo: un síndrome de disfunción neurológica. En Fejerman N, Arana HA, Massaro ME, Ruggeri VL. *Autismo Infantil y otros Trastornos del Desarrollo*. Buenos Aires, ed Paidós SAICF, 2ª reimpression, 2000 pag 15-49
 50. Rivère A. *Tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas*. Madrid, ed Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 1997.
 51. Rivière A. "Lenguaje y Autismo". En: Valdez D (coordinador). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed Fundec, Buenos Aires 2001, tomo 2: 15-42
 52. Rivière A. "Trastornos de la flexibilidad en el autismo". En: Valdez D (coordinador). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed Fundec, Buenos Aires 2001, tomo 1: 51-68
 53. Rogers SJ y Pennington BF. A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Development and psychopathol*. 1991; 3:137-62
 54. Ruggieri VL. "Neurobiología y autismo". En: Valdez D (coordinador). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed Fundec, Buenos Aires 2001, tomo 1:169-196
 55. Sandman CA. The opiate hypothesis in autism and self-injury. *J. Child Adolesc. Psychopharmacology*. 1990; 1:237-248
 56. Sears LL y col. An MRI study of the basal ganglia in autism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1999; 23:613-624
 57. Selve L. *Nadia: a case of extraordinary drawing ability in an Autistic Child*. New York, Academic Press, 1977
 58. Shaw P y col. The impact of early and late damage to the human amygdale on 'theory of mind' reasoning. *Brain*, 2004; 127:1535-1548
 59. Springer SP y Deutsch G. *Cerebro izquierdo / Cerebro derecho*. Barcelona, ed Ariel SA. 1ª edición, 2001; 11:240-243
 60. Tantam D y col. Autistic children's ability to interpret faces: a research note. *J of Child Psychol Psychiatry*. 1989; 30:623-630
 61. Trevarthen C y Aitken KJ. Brain development, infant communication and empathy disorders: intrinsic factors in child mental health. *Development and psychopathol*. 1994; 6:599-635
 62. Valdez D. "Teoría de la mente y espectro autista". En: Valdez D (coordinador). *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. Ed Fundec, Buenos Aires 2001, tomo 1:69-88
 63. Welch MG y col. Brain Effects of Chronic IBD in Areas Abnormal in Autism and Treatment by Single Neuropeptides Secretin and Oxytocin. *J Mol Neurosci*. 2005; 25(3):259-74
 64. Wing L. *The Autistic Spectrum. A guide for Parents and Professionals*. Ed. Constable and Company Limited, London, 1996

Síndrome de Asperger

Criterios diagnósticos y cuadro clínico

Ernesto Wahlberg

Médico Psiquiatra Infante Juvenil

Director del Centro ICID Investigación en Ciencias del Desarrollo y del CAITI Centro educativo terapéutico para niños y jóvenes con autismo.

Miembro de la comisión directiva de AAPI, Asociación Argentina de Psiquiatría Infantil

Esmeralda 1376 7º piso Buenos Aires 4328 5339 - mail: ewahlberg@uolsinectis.com.ar

Introducción

Recién en la última década con su incorporación en las clasificaciones de uso internacional: ICD 10 (1993)(13) y DSM IV (1994)(18), o regionales como la francesa CFTMEA-R-2000(4), comienza a considerarse entre los profesionales de la salud mental y la educación la existencia de un grupo de personas con una inteligencia normal, algunas veces alta, y un déficit social severo, que presentan el Síndrome de Asperger (SA).

Algunos estudios –Howlin y Moore(9) 1997–, muestran la demora en el diagnóstico hasta la adolescencia o la juventud. Nuestra experiencia también es similar, ya que lo más frecuente es diagnosticarlo por consultas que se realizan en la segunda y tercera década de la vida.

¿Qué sucedió antes, si como entendemos ahora es un trastorno que comienza a manifestarse muy temprano, entre los dos y tres años?

Las pautas del desarrollo, al no presentar el niño un retraso madurativo ni alteraciones en el lenguaje significativos, no generan una preocupación especial ni en los padres ni en los profesionales. Las manifestaciones en lo social, en general dificultades de integración, son atribuidas al temperamento del niño o a fallas ambientales.

En la escuela primaria, donde las reglas sociales explícitas o implícitas son más complejas y la exigencia de cumplimiento de normas es más estricto, aparecen dificultades de conducta que son atribuidas a otros trastornos, como Trastorno por Déficit de Atención, Trastorno Obsesivo Compulsivo o Trastorno Oposicionista Desafiante.

A otros niños que presentan formas más atenuadas, o por su competencia académica, o por la mayor tole-

rancia del medio, se los considera solamente niños tímidos, o rebeldes, que se aburren, o excéntricos por sus intereses particulares. Es en la adolescencia, cuando el trastorno suele presentarse con dramatismo, debido al rechazo de los demás o la frustración de ellos mismos, junto al desconcierto y angustia de los padres ante las conductas de su hijo. En un desencuentro que tan bien fue descrito en una reciente obra de ficción “*El curioso incidente del perro a medianoche*”, de Mark Haddon*

Sumado a esto, encontramos que los datos epidemiológicos más actuales hablan de un gran incremento de los Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD) y particularmente del SA; autores como Gillberg(2) refieren resultados de prevalencia entre 25 y 45 cada 10.000 habitantes. De allí la necesidad de describir el desarrollo de los criterios diagnósticos y el cuadro clínico de esta patología para su mayor conocimiento.

Criterios diagnósticos

Los pioneros

La evolución de las ideas acerca del SA según lo plantea Pilar Martín Borreguero(12), nos permitirá conocer las propuestas de los diferentes grupos de trabajo, que van remarcando, cada uno, diferentes aspectos de la sintomatología.

* Ver comentario en la sección “Lecturas” de este número de Vertex, pág. 317.

Resumen

El Síndrome de Asperger (S.A.) es un trastorno poco conocido debido a su reciente inclusión en la nosografía internacional a comienzos de la década del '90. El artículo se propone desarrollar el cuadro clínico en su diversidad sintomática. A partir de recorrer cómo se fueron construyendo los criterios diagnósticos desde la presentación por Asperger(*) en 1944 hasta las clasificaciones consensuadas de la actualidad. Además se plantean las situaciones en que resulta más frecuente el diagnóstico para facilitar su detección y posibilitar evaluaciones más amplias que permitan tratamientos más adecuados.

Palabras clave: Asperger – Diagnóstico – Criterio – Cuadro Clínico.

ASPERGER SYNDROME. DIAGNOSIS CRITERIA AND CLINICAL PICTURE

Summary

Asperger syndrome (A.S) is not a very well-known disorder due to its recent incorporation to the international nosography of mental disorders during the early 90s. The intention of this article is to describe the clinical picture with its symptomatic diversity. It will show how the diagnostic criteria were developed since the presentation by Asperger(*) in 1944, to the classification consensed nowadays. It also presents the situations in which this diagnosis is most frequent to facilitate its detection and to permit a more extensive assesment leading to a more accurate treatment.

Key words: Asperger – Diagnosis – Criteria – Clinical Picture.

Hans Asperger* en su artículo original de 1944(2) señala los rasgos característicos de la Psicopatía Autista (PA) pero, como era previsible para esa época, no define criterios diagnósticos específicos o cuantificables, ni lo hace *a posteriori*.

En su extensa descripción, lo primero que señala es el comienzo relativamente temprano de la sintomatología, “después de los tres años de edad”, así como la estabilidad en el tiempo de la misma. Por esto, la denominación de psicopatía –que era el término para los trastornos de la personalidad de uso en la época– ya que él quería diferenciar claramente a esta entidad clínica de la esquizofrenia, el diagnóstico diferencial más importante que quería establecer.

Luego señala: “Mi principal objetivo ha sido mostrar que la alteración fundamental en las personas con PA está en las limitaciones en sus relaciones sociales”. “Con marcada incapacidad para la reciprocidad”. “Nunca se oye que intenten ser agradables”. “Son egocéntricos en grado extremo”. De allí, el término “autista”.

Esta discapacidad social estaba combinada, en forma aparentemente contradictoria, con un desarrollo lingüístico superior a la media y un desarrollo en áreas circunscriptas y aisladas con un nivel también superior a la media. Posiblemente por esto, Asperger abrigaba la esperanza de que con un apoyo temprano, estos pacientes tendrían la posibilidad de una integración social satisfactoria. Fijó así las bases del cuadro clínico que continúan hasta ahora: discapacidad social intensa, desarrollo cognitivo y del lenguaje globalmente normal con deficiencias en el uso social del mismo e intereses obsesivos y restringidos de carácter poco funcionales.

Lorna Wing(19), en su presentación de 1981, rescata el trabajo de Asperger y lo difunde a la comunidad científica internacional. El artículo se basa en el estudio realizado con 34 pacientes de 5 a 35 años con cuadros similares a los descritos por el médico vienés, realizando consideraciones y propuestas que marcaron un hito clave en el desarrollo del concepto. La más significativa fue la de incluirlo en el Espectro Autista, concepto que había planteado dos años antes, luego de una muy exhaustiva investigación(20); estableciendo una relación entre el cuadro descrito por Leo Kanner(10, 1943) de autismo infantil precoz y el SA, que serían los extremos más severos y más leves respectivamente de ese continuo. Las diferencias sintomáticas entre los mismos son para la autora grados de severidad distintos de un mismo trastorno, con bases estructurales comunes.

Del consenso que fue logrando esta propuesta a través del tiempo surgió la base para la inclusión actual de ambos trastornos en un grupo común, los TGD de las clasificaciones internacionales.

El cambio de denominación fue otra de sus propuestas. En lugar de Psicopatía Autista, Wing propone llamarlo por el nombre del descubridor: Síndrome de Asperger. Ella plantea que en los años '80 era habitual considerar a la psicopatía como una sociopatía o una personalidad antisocial, en lugar de un trastorno inespecífico de la personalidad como era propuesto por la psiquiatría de los años '40.

Wing discrepa en lo referente al desarrollo normal del lenguaje y de las capacidades cognitivas; considera que hay individuos con un retraso en su adquisición, aunque luego lo compensan. Plantea también que el comienzo de los síntomas es más temprano, “antes de los dos años” y que se manifiestan en el área de la interacción social. Por último, no es tan optimista respecto a las posibilidades de adaptación de las personas con SA en la adultez.

Criterios específicos y cuantificables

Nos referiremos a tres autores que propusieron distintas pautas diagnósticas con estos tipos de criterios.

Christopher Gillberg(7) y su grupo serán los primeros en sentar pautas operativas para el diagnóstico, fijando criterios cuantitativos. Aún hoy son utilizados, por ser más amplios y detallados que los consensos logrados en las clasificaciones en uso (Cuadro 1).

Mantiene la propuesta de Wing de que puede haber algún grado de limitación cognitiva o retraso en el lenguaje, y no establece criterios de normalidad en estas pautas para el diagnóstico. Incorpora, además, como criterio las anomalías en el desarrollo motor. Si bien Wing lo había señalado, ella no lo incluyó porque un grupo pequeño no lo presentaba, aunque en su presentación de más de 30 pacientes el 90% registraban este déficit motor.

Peter Szatmari(16, 1989), pone el énfasis en el aislamiento e incapacidad de interacción, en el lenguaje no verbal y lo idiosincrásico y excéntrico del lenguaje verbal. No menciona una pauta clave para los demás autores: los patrones de conducta e intereses restringidos y/o estereotipados, al no considerarlos importantes. Este autor plantea la separación del SA del Trastorno Autista.

El psiquiatra inglés **Digby Tantam**(17) focalizó su descripción en los adultos con SA y propuso criterios para esta población. Él considera que durante la niñez, la sintomatología puede permanecer latente en muchas de estas personas, manifestándose en forma evidente recién en la adolescencia o en la adultez, debido a que las dificultades sociales son enmascaradas por sus habilidades lingüísticas avanzadas y la capacidad intelectual adecuada para su edad.

Clasificaciones actuales consensuadas

Las clasificaciones actuales, al surgir como resultado del consenso entre numerosos autores o grupos de trabajo(18) son más restrictivas que las anteriores.

El CIE 10 y el DSM IV directamente mantuvieron dos de los tres criterios del Trastorno Autista y eliminaron el relacionado con el lenguaje y la comunicación. Poniendo dos nuevos criterios explícitos sobre la normalidad del desarrollo cognitivo y del lenguaje. La CFTMEA-R-2000, clasificación francesa, da una definición muy breve del SA considerándolo: “Un síndrome autístico sin retraso del desarrollo cognitivo y sobre todo del desarrollo del lenguaje.”... “La autonomía de este síndrome respecto del Autismo Infantil y, en particular, respecto de las formas denominadas “de alto nivel”, está aún en discusión.”

Cuadro clínico

Con los criterios de Gillberg(7) (Cuadro 1) como

* Ver en este N° de Vertex, *Psicopatía autista en la infancia*, de Hans Asperger en la Sección El rescate y la memoria, pág. 306

guía organizadora describiremos el cuadro clínico con sus variaciones sintomáticas.

1. Déficit Social

Interacción social. La alteración en esta área de la conducta humana es la más significativa del cuadro para la mayoría de los autores. Su intensidad es variable y oscila entre la falta de interés por la interacción, hasta el fracaso al intentarla, por incapacidad.

El parámetro de análisis, sobre todo en los niños, es con los pares, ya que los adultos que los rodean aceptan mejor las condiciones particulares que los niños con este síndrome, suelen plantear en sus contactos. La manera de interactuar es casi unidireccional, exclusivamente en función de sus intereses. Esto es evidente en el juego, forma privilegiada de los niños para relacionarse: tratan de imponer sus propias reglas sin poder comprender la reciprocidad necesaria para el mismo. Son niños egocéntricos más que egoístas, ya que esto último demandaría suplirle al otro intereses distintos a los propios.

Claves sociales. Es uno de los motivos de mayor dificultad, ya que muchos de estos indicadores que modulan las relaciones humanas son implícitos y cambian según el contexto en que se encuentra la persona. No es lo mismo con pares o autoridades, con conocidos o desconocidos, en la intimidad o públicamente, etc. Las personas con SA muestran una clara incapacidad para reconocer las claves sociales y, a la vez, cuando les son explícitas, las obedecen "al pie de la letra", cumpliéndolas o haciéndolas cumplir sin poder contextualizarlas; genera así mucho malestar por su desubicación (denunciar a un compañero por supuestas transgresiones, comentar en voz alta situaciones íntimas, corregir a los profesores inapropiadamente, etc.).

Conducta social y emocional inapropiada. H. Asperger ya había señalado en estos niños la falta de empatía, esa imposibilidad de ponerse en el lugar del otro, por la cual les resulta costoso entender las emociones de los demás y las propias; generan respuestas emocionales escasas o desproporcionadas, difíciles de entender por los demás, y por las que se les atribuye indiferencia o falta de compromiso.

2. Peculiaridades del habla y el lenguaje

Desarrollo tardío. La experiencia clínica Attwood(3) es que un 50% de los niños con SA presenta un retraso, que luego suelen recuperar rápidamente hacia los cinco años cuando todos alcanzarían un desarrollo formal parejo con los demás niños. El otro 50% puede tener un desarrollo normal, pero a veces hay precocidad, hiperlexia o un vocabulario "de adulto".

Prosodia extraña. En los más pequeños aparece como imitación de personajes de los dibujos animados o de los superhéroes, manteniéndola en el habla cotidiana. Más grandes, pueden adquirir una tonada propia de otros países, pareciendo extranjeros.

"Un joven paciente que hablaba como mejicano, al preguntarle por qué lo hacía, ya que sus compañeros solían burlarse y él se quejaba por ello, nos comentó que no iba a cambiar y que lo hacía luego de haber conocido a través de las tiras de televisión esta tonada y considerarla la forma más apropiada de pronunciar el castellano".

Cuadro 1

Criterios de diagnóstico del Síndrome de Asperger, de Gillberg y Gillberg (1989).

1. Déficit Social (egocentrismo extremo)

(por lo menos en dos de los siguientes puntos):

- Incapacidad para interactuar con los compañeros
- Falta de deseo para interactuar con los compañeros.
- Falta de captación de las claves sociales.
- Conducta social y emocional inapropiada.

2. Interés focalizado

(por lo menos en uno de los siguientes puntos):

- Exclusión de otras actividades.
- Adhesión repetitiva.
- Más repetición que significado.

3. Rutinas repetitivas

(impuestas por lo menos en uno de los siguientes puntos):

- En aspectos de la vida de uno.
- En la de los demás.

4. Peculiaridades del habla y del lenguaje

(por lo menos en tres de los siguientes puntos)

- Desarrollo tardío.
- Lenguaje expresivo superficialmente perfecto.
- Lenguaje formal y pedante.
- Prosodia extraña, características de voz peculiares.
- Dificultad para entender con malinterpretaciones de significados literales / implícitos.

5. Problemas con la comunicación no verbal.

(por lo menos en uno de los siguientes puntos)

- Uso limitado de gestos.
- Lenguaje corporal torpe.
- Expresión facial limitada.
- Expresión inapropiada.
- Mirada peculiar.

6. Torpeza motriz

Resultados pobres en los exámenes del desarrollo neurológico.

Lenguaje formal y pedante, superficialmente perfecto. Al hacer un uso de lenguaje muy literal, tienen y exigen "un uso muy preciso" del mismo, no hacen uso de metáforas o sinónimos. A veces son especialistas en encontrar las sutiles diferencias que hay en las palabras que utilizamos con el mismo significado; de ahí que es común decir que tienen "lenguaje de diccionario". Todas estas particularidades los alejan del habla coloquial y son percibidos como extraños, agregando un elemento más de aislamiento.

Dificultad para entender. Mala interpretación de significados literales o implícitos. Esta situación suele ser una fuente inagotable de anécdotas sobre estos niños o adultos, como a un paciente nuestro que le dijeron "no me metas el perro" y el respondió: "no vine con ningún perro"; así con tantas frases comunes o giros idiomáticos que tienen valor metafórico. Algunos niños con SA y coeficiente intelectual alto como señala Kenneth Hall(8) refieren sus propias salidas humorísticas "hace

poco mi madre dijo: “esto es para quitarse el sombrero” y yo le respondí: “e incluso el abrigo”, o refiriéndose a su gato dice “dejándolo que siempre salga con la suya y hasta con la nuestra si hace falta”.

Respecto de estas peculiaridades del lenguaje entre las que sobresale la literalidad son muy interesantes los desarrollos del psicólogo español Riviere(15) sobre el déficit en la capacidad de suspensión de sentido en las representaciones simbólicas, o sea, poder dejar primero en suspenso el significado de las palabras y buscar referentes distintos para comprender el sentido metafórico.

3. Interés focalizado

Gillberg(7) da mayor importancia a la forma que al contenido y marca con los criterios el carácter cerrado y reiterativo de los intereses. Con un mayor gusto por acumular información que por comprender, de allí la reiteración en los temas que las personas con SA eligen: medios de transportes, resultados deportivos, el sistema solar, dinosaurios, mapas, historia de batallas, guerras etc. Muchos de ellos permiten registrar gran cantidad de datos como horarios, distancias, fechas y cantidades.

Otra característica de estos intereses inusuales es que son de “absorción total” e interfieren con el aprendizaje de otras habilidades y con la adaptación social.

4. Rutinas Repetitivas

Las rutinas parecen cumplir una función compensatoria ante la dificultad para organizarse, responder a claves sociales imprevistas o propuestas nuevas de interacción. Las mismas permiten un mayor dominio de las circunstancias generadoras de gran ansiedad. Suelen ser muy difíciles de modificar una vez instaladas en la vida del paciente y/o en la de los demás. Como señala acertadamente Riviere(15) estas alteraciones responden a un patrón de inflexibilidad que es la otra cara de la soledad como marcará Kanner. Serían manifestaciones de las dificultades de anticipación y de asignación de sentido de la acción propia. Ozonoff(14, 1991) lo relaciona con las funciones ejecutivas y Frith(6) con las dificultades de dar coherencia global o central a las acciones parciales.

5. Torpeza Motriz

Es frecuente encontrar en la historia evolutiva de los niños con SA que comenzaron a caminar unos meses después de la edad promedio, persistiendo frecuentemente torpeza en la motricidad gruesa. Se visualiza en la marcha, la postura y claramente en la dificultad para las prácticas deportivas de carácter colectivo. Difíciles de por sí para el niño con SA al no comprender las normas implícitas de los mismos, resultando de ello un elemento más para el aislamiento.

Otras veces, las menos, afecta a la motricidad fina, reflejándose en graves dificultades para la escritura o su autovalimiento; por ejemplo abrocharse o atarse los cordones.

6. Problemas con la comunicación no verbal

Un porcentaje muy bajo del significado emocional de la comunicación se expresa a través de las palabras, por lo cual la habilidad de “leer y hablar” no verbalmente nos permite comunicarnos entre nosotros mucho más eficazmente.

Las personas con SA, según los criterios de Gillberg, presentan serias dificultades a nivel del lenguaje corporal, expresiones y gestos; tanto para expresar sus emociones como para interpretarlas en las otras personas, necesitando apoyarse casi exclusivamente en las palabras para comunicarse.

Situaciones diagnósticas

Siguiendo los desarrollos de Attwood(3) y nuestra propia experiencia, describiremos las situaciones más frecuentes en las que se puede plantear el diagnóstico de SA para ser tenidas en cuenta con más atención:

1. Una atípica expresión de otro síndrome

El desconocimiento del SA que existía y aún persiste ha dado lugar a que se vayan planteando distintos diagnósticos en la historia de estos pacientes, como retrasos madurativos, trastornos por déficit de atención, trastornos obsesivo-compulsivos, psicosis infantiles, retrasos con rasgos autistas, personalidad esquizoide, etc., pero siempre con una expresión sintomática inusual o atípica y fracasos terapéuticos reiterados, que generan múltiples consultas y opiniones divergentes.

En los últimos años, uno de los motivos del incremento del diagnóstico en nuestro país, se relacionó con el aumento de la tramitación del Certificado de Discapacidad para obtener los beneficios que la ley otorga, debido a esto, se hizo necesaria la reevaluación de pacientes con cuadros atípicos, que presentaban una alta discapacidad social, lo que había complicado su progreso escolar u originado directamente su deserción y/o imposibilitado su inserción laboral.

Realizadas las evaluaciones se encontró que tenían un CI normal, cuando en muchos casos se había pensado anteriormente en un retraso mental leve o fronterizo. No presentaban síntomas psicóticos clásicos, ni deterioro demostrable en aquellos en los que se había pensado alguna forma atípica de psicosis. Ante esta aparente contradicción, el diagnóstico de SA brindó mayor precisión.

2. Información general

Otra situación cada vez más habitual es la gran expansión de la información generada por Internet y otros medios. Es frecuente, entonces, que sean los padres o un familiar cercano quienes leen y se informan sobre el SA, buscando explicaciones sobre lo que pasa con su hijo o pariente. Una vez establecida la asociación, consultan con centros adecuados para confirmar el diagnóstico.

3. Desorden Psiquiátrico Secundario

Esto es frecuente en la adolescencia, hasta entonces sólo se lo consideraba como niños aislados o excéntricos.

La situación de fracaso en la integración con sus padres, cada vez mayor al ir creciendo, genera depresión o trastornos de ansiedad. La rigidez y la falta de comprensión de las normas implícitas determinan reacciones de intolerancia que pueden llevar a la violencia o al retraimiento. Estas situaciones generan la sospecha de trastornos psiquiátricos graves, incluyendo el comienzo de cuadros psicóticos; se abre así la posibilidad de la consulta especializada, y puede concluir en el diagnóstico de la entidad primaria, el SA.

4. Al comienzo de la escuela primaria

En los tiempos de Asperger, de mayor intolerancia, uno de los casos señalado por él fue derivado, el primer día de clase, directamente a su consulta por ineducable. Actualmente el sistema educativo es más inclusivo y tolerante ante las diferencias, sobre todo en estos niños que suelen compensar su dificultad de relación con sus compañeros con un lenguaje más desarrollado, o por sus "saberes" particulares. Sólo cuando la presión del medio o el desconocimiento de pautas disciplinarias, generan reacciones inapropiadas, se recurre a la consulta, y con ella a la posibilidad de diagnóstico.

5. Diagnóstico de autismo en la primera infancia

Es poco frecuente y controversial. Hay autores que sostienen, como Wing(19) o Gillberg(7), que hay niños que tienen un diagnóstico de autismo en los primeros años de vida y luego progresan en sus desempeños hasta configurar la expresión sintomática más propia de un SA; sin quedar claro si se debió al tratamiento precoz o a la potencialidad propia del niño.

6. Síndrome de Asperger Residual en el Adulto

Nuestra experiencia es que a partir del conocimiento progresivo del SA, por parte de los profesionales de salud mental, éstos comenzaron a recategorizar los diagnósticos de algunos de sus pacientes considerados esquizofrénicos atípicos o con trastornos de personalidad difíciles de clasificar. Attwood remarca el alcoholismo como uno de los diagnósticos secundarios que a veces eclipsa al diagnóstico principal de SA.

Conclusión

Considerando los criterios diagnósticos y teniendo en cuenta las situaciones más habituales en las que sería conveniente tener en mente la presencia de un SA, esperamos que se realicen diagnósticos más precisos y frecuentes. Esto permitirá, a través del seguimiento y las respuestas a los tratamientos, un pronóstico a largo plazo.

Por ser una propuesta nosográfica, de reciente inclusión en las diversas clasificaciones, es necesaria la confirmación o no del valor de esta propuesta. Sobre todo si corresponde su ubicación en la misma categoría de TGD junto con el Trastorno Autista, cuestionamiento que ha surgido, sobre todo, a partir de padres y familiares de personas con SA.

Esta situación pone en juego el concepto de espectro, utilizado ya en varias categorías psicopatológicas, que deberá revisarse a la luz de otros parámetros y no solamente por los criterios clínicos.

Los avances en neurobiología y neuropsicología, así como los desarrollos mencionados sobre teoría de la mente, coherencia central, función ejecutiva, meta-representaciones y suspensión del sentido en las representaciones simbólicas permitirán ver si hay mecanismos comunes en la base de los síntomas.

Por último con la posibilidad de más niños, jóvenes y adultos diagnosticados, podrán considerarse otros elementos de validación externa: pronóstico, respuesta al tratamiento, evolución y logros en la integración para determinar si hay diferencias cuantitativas o cualitativas con el autismo ■

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición. Barcelona. Masson 1995
2. Asperger H. Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenerkrankheiten*. 1994, 117, 76-136.
3. Attwood T. *El Síndrome de Asperger*, edición en castellano. Barcelona. Paidós, 2002
4. *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente*. 1ª. Ed- Buenos Aires. Polemos, 2004
5. Ehlers S, Gillberg C. The epidemiology of Asperger Syndrome: a total population study. *Journal of Child psychology and Psychiatry*, 1993, 34, 1327-1350
6. Frih U. *Autismo*. Ed.cast. Madrid. Alianza Editorial, 1991
7. Gillberg C. Asperger Syndrome in 23 swedish children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1989, 31, 520-231
8. Hall K. *Soy un niño con Síndrome de Asperger*. Barcelona. Paidós, 2003
9. Howlin P, Moore A. Diagnosis in autism: a survey of over 1200 patients. *Autism International Journal of Research and Practise*, 1997, 1, 135-162
10. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943, 2, 217-253
11. Klin A, Volkmar F, Sparrow, S. (ed). *Asperger syndrome*. New York. Guilford Press, 2000
12. Martín Borreguero P. *El Síndrome de Asperger*. Madrid. Alianza Editorial, 2004
13. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación internacional de las enfermedades CIE-10*. Madrid, 1995
14. Ozonoff S. "Componentes de la función ejecutiva en el autismo y otros trastornos" en Russell J. ed. *El autismo como trastorno de la función ejecutiva*. Madrid. Editorial Médica Panamericana 2000
15. Riviere A. *Obras Escogidas*, volumen 3. Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2003
16. Szatmary P, Bremner B, Nagy J. Asperger's Syndrome: A review of Clinical Features, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1989 34, 554-560
17. Tantam D. "Asperger's syndrome in adulthood". En U. Frith (ed)., *Autism and Asperger Syndrome* (p. 147-183) Cambridge: Cambridge University Press, 1991
18. Volkmar F, Siegel B, Szatari P, Lord C, Campbell M, Freeman BJ, Cicchetti DV, Rutter M, Kline W, Buittelaar J, Hattab Y, Fombonne E, Fuentes J, Werry J, Stone W, Kerbeshian J, Hokino Y, Bregman J, Loveland K, Szymanski L, Towbin K. DSM-IV Autism/Pervasive Developmental Disorder Field Trial. *American Journal of psychiatry*, 1994, 151, 1361-1367
19. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 1981, 11, 115-129
20. Wing L, Gould J. Severe impairments of social interactions and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979, 9, 11-29

Autismo y psicosis infantil

Contribuciones teóricas y clínicas del psicoanálisis

Silvia Fendrik

Psicoanalista. Lic. en Psicología (UBA). E-mail syf@sfendrik.com.ar ; www.s fendrik.com.ar

Introducción

En la literatura psicoanalítica contemporánea hay una gran cantidad de referencias al autismo, pero la denominación de “autismo” no fue utilizada por los psicoanalistas antes de que Leo Kanner, en la década del 40’, designara con este nombre a una entidad clínica con características propias. Entre ellas enfatiza especialmente la “desconexión”; se trata de niños con los cuales es prácticamente imposible establecer algún tipo de contacto. Marca la necesidad de diferenciarlo de las entidades clínicas estudiadas por la psiquiatría de adultos, esquizofrenia y paranoia y, también, respecto a otros cuadros de perturbaciones graves en la infancia, probablemente la psicosis infantil. Antes de Kanner los psicoanalistas no hablaban del autismo infantil. Ni siquiera Melanie Klein en el caso Dick, que es de 1929, que Lacan toma en el Seminario I cuando elogia el modo en que Melanie Klein introduce, “hace nacer” el inconsciente en Dick. Se trataba de un niño de tres o cuatro años completamente perdido y desconectado, que sólo movía unos trencitos sin hacer aparentemente ningún juego, hasta que Melanie Klein le dice: “tren grande papá, tren chiquito Dick, estación mamá, y Dick quiere entrar en la estación mamá y papá se enoja”. A partir de ese momento, –y esto es lo que Lacan lee y destaca muy especialmente– el niño se angustia. Antes no había dado ningún signo de angustia, pero cuando Melanie Klein le explica lo de los trenes, Dick se angustia, y empieza a llamar a su niñera. Lo que destaca Lacan es que Melanie Klein, al

formular esa interpretación con tan pocos elementos, introdujo en el universo uniforme y no diferenciado en el que hasta ese momento vivía el niño Dick, un núcleo simbólico a partir del cual se va a constituir el inconsciente. El signo que Lacan toma –signo porque a él esto le dice algo– es la aparición de la angustia en el niño expresada en el llamado a la niñera. Para Lacan esto significa que ahí algo cambió y produjo una humanización del niño, su entrada en el mundo humano. Después comienza a entrar y salir del consultorio, a esconderse, a subirse a la falda de Melanie Klein, a sacar punta a los lápices y hacer aserrín, en síntesis, empieza a jugar. Se va ampliando muy rápidamente, a partir de ese núcleo, un universo donde van introduciéndose, incorporándose otros objetos y una relación entre esos objetos y, por lo tanto, una entrada de ese niño en lo simbólico. Esto es lo que Lacan analiza y elogia. En ningún momento Melanie Klein habla de autismo. Lacan sí dice autismo, pero ya estamos en los años ’50, ya se había empezado a usar la categoría de autismo, y entonces Lacan dice: “en este niño autista, Melanie Klein inyecta un núcleo simbólico a través de la interpretación”.

Bettelheim, Mahler

Veamos ahora cuáles son los aportes psicoanalíticos al tema del autismo ¿Qué pasó a partir de que Kanner nombró al autismo? Las dos primeras respuestas, provienen de Bruno Bettelheim y de Margaret Mahler.

Resumen

El artículo describe las posiciones teóricas de varios autores que intentaron responder desde el psicoanálisis sobre el autismo infantil precoz descrito por Leo Kanner en 1943. Diferenciado de otras perturbaciones graves de la infancia, caracterizado por una marcada desconexión. El trabajo plantea que se perfilan dos grandes líneas de elaboración. Una como fenómeno regresivo a una fase normal y la otra como defensa muy temprana ante situaciones extremas, y que estas dos grandes líneas están presentes en cualquier consideración actual sobre el autismo como un debate teórico que trasciende la observación clínica y sobredetermina la dirección de la cura.

Palabras clave: Autismo – Psicosis infantil – Psicoanálisis y autismo – Psicoanálisis y psicosis infantiles

AUTISM AND INFANTILE PSYCHOSIS. THEORETICAL AND CLINICAL CONTRIBUTIONS OF THE PSYCHOANALYSIS

Summary

This article describes the different theories of various authors that have tried to explain, from the psychoanalytic theory, the early childhood autistic disorder described by Leo Kanner in 1943. Autism differs from other childhood disorders and is characterized by a significant disconnection. This article sustains that there are two different lines of thought. One that explains the disorder as a regression during a normal phase of development; and the other as an early defense in response to extreme situations. These two theories are present in all the current considerations about autism as a theoretical debate that goes beyond the clinical observation and determines the direction of the cure.

-Key words: Autism – Infantile psychosis – Psychoanalysis and autism – Psychoanalysis and infantile psychosis.

Bettelheim define al autismo como una defensa muy temprana. Algo irrumpe, algo impide que siga funcionando en ese bebé lo que Winnicott por su parte llamaba "la línea de la vida". Bettelheim describe la desconexión como un muro que está rodeando un vacío –por eso va hablar de "fortaleza vacía" y de "defensa"– y si alguien trata de entrar, se solidifica esa estructura, se hace más fuerte; si se insiste, se produce una desestructura, y el chico puede entrar en pánico. Si no hubiera una estructura no habría ningún tipo de reacción a la intrusión del intruso, no habría reacción frente al estímulo del mundo exterior. Pero Bettelheim registra que cuando alguien trata de entrar, el muro se cierra aún más, si se trata de quebrar ese muro se produce una desestructuración, de lo que puede deducirse que ahí hay una estructura. ¿Pero en qué consiste la estructura del autismo? En una muralla que se construye muy tempranamente, frente a la irrupción violenta de algo que viene a alterar un equilibrio. Para Bettelheim el bebé está en una dualidad con la madre, hay una célula madre/niño, hay una fusión madre/niño, algo viene a quebrar esa fusión, y los dos componentes de esa fusión quedan mal, y no saben cómo reponerse, no pueden volver a conectarse.

La postura de Margarte Mahler, en cambio, retoma la metáfora del huevo con la que Freud ilustraba el narcisismo primario. Sólo que en el huevo freudiano no hay una dualidad sino una unidad: la psiquis del bebé es como una célula que se autoabastece sola. Al hablar del autismo, sin embargo, Margaret Mahler dice: "Estos niños muestran que Freud tenía razón con lo del narcisismo primario". Todos nacemos así y vamos poco a poco a ir relacionándonos con el mundo. La primera relación con el mundo es a través de esa simbiosis que se crea con la mamá; desde esa relación dual empezamos a asomarnos de a poco al mundo. La imagen es la de una fusión, en la que se abre una ventanita desde la cual el bebé va mirando de a poquito el mundo, pero protegido por un vidrio, y poco a poco empieza a conectarse con otros elementos, con los objetos del mundo que no son su mamá. En Margaret Mahler la idea central es que todos nacemos autistas. ¿Por qué? Porque sería la materialización observable, fenoménica, del concepto de Freud del "narcisismo primario".

Son dos posturas completamente diferentes, que nos van a permitir situar el panorama del autismo: o bien es normal –universal– y salimos de ese autismo a través de la etapa simbiótica con la mamá, que nos va a permitir superar ese estado de autismo primordial, o bien el autismo es una defensa frente a algo que Bettelheim define como "situación extrema", una violenta irrupción que viene a alterar la dualidad madre-niño. Ninguno de estos dos autores habla de trauma de nacimiento, ni de autoerotismo. Bettelheim cree estar más cerca de lo observable, a partir de su trabajo con niños de tres, cuatro, ocho años, de los que deduce esta hipótesis. Para él la "situación extrema" que vino a alterar el equilibrio es tan cercana a la realidad que es como si fuera la realidad misma. La idea es que hay un equilibrio madre/niño, y en Mahler hay un equilibrio inicial –el huevo– sin una diada madre madre-niño. Para ella la dualidad simbiótica es posterior al autismo originario y universal.



Tustin

Pasemos ahora a Francis Tustin, para ver cuáles son sus referencias para tratar el autismo. Francis Tustin, uno de los grandes nombres en psicoanálisis del autismo, construye su teoría sobre el autismo teniendo como referente básicamente a Melanie Klein y a la escuela inglesa y por lo tanto a la teoría de las relaciones objetales. Pero hacia el final de su vida, luego de leer a Winnicott, a quien como muchos kleinianos ella tampoco había leído, Francis Tustin se replantea la cuestión del autismo.

Dice Tustin que esta idea de que el autismo es una regresión a un estado autista primario, ha sido un error cometido por muchos psicoanalistas europeos y americanos. "¿Cuál es la razón de este error, cuáles son las consecuencias y qué es lo que hay que hacer ahora? Esta pregunta es importante porque concierne a los supuestos básicos sobre desordenes serios. Es necesario aprender del error".

Orígenes del error: "este error concuerda con afirmaciones de Freud. Al narcisismo primario sigue el autoerotismo, que también era considerado como un estadio de la no relación objetal. Un sistema psíquico aislado del mundo exterior y capaz de satisfacerse autísticamente. Un huevo cuyo suplemento de comida está guardado en su cáscara".

La idea de que hay un estado autista primario universal ya había sido objeto de algunas críticas aisladas. "también Mahler, a los ochenta años, terminó de aceptar que era un error, y renunció al concepto de "autismo primario normal", dice Tustin. La sumisión a Freud fue la que perpetuó el error. La dificultad de trabajo con esas zonas inciertas, lleva a adherir ciegamente a quienes arrojaron alguna luz". Pasa entonces a hablar nuevamente de John, que es el ejemplo clínico que cita en todos sus textos.

John tenía tres años y siete meses cuando ella lo vio por primera vez. No hablaba, pero había algunas palabras que la madre decía que John entendía bien: papá, mamá, pipí, bebé. Pero el transcurso del tratamiento va a mostrar que había más palabras. Tustin dice que muchas veces aparecían en las sesiones elementos que solemos subestimar, y solemos subestimar también lo que este tipo de niños puede entender. Al principio Tustin lo veía una vez por semana y luego, a los cinco años de

edad, cinco veces por semana. Algunas de las otras palabras de John eran “me voy, roto” (sesión ciento treinta), una vez que el papá tropezó con un escalón al llevarlo a la sesión, el chico dijo en la sesión “papá se fue, papá roto”. Lo mismo le dijo al padre en la salida. Luego Tustin se entera de que John tuvo pesadillas. En las pesadillas decía “no quiero, se cayó, botón roto, no lo dejen morder”. Siguen a este episodio sesiones importantes para la comprensión de John. Por ejemplo, la ciento cuarenta. Al entrar, el niño, con mucho asombro, dice “el botón rojo crece en el pecho”, y aclara Tustin que nos va a sorprender mucho a nosotros que, siendo ella kleiniana, hubiera decidido sin embargo no imponerle a John un esquema teórico, y usar en cambio las palabras del paciente. Esto es algo que dice ella, pero cuando leemos el caso vemos que ella realmente aplicaba un esquema kleiniano de interpretación continua, a cada cosa que el chico decía ella le encontraba alguna explicación o interpretación. En una oportunidad la madre le contó que John se había fascinado viendo mamar a un bebé. Esto le hace pensar a Tustin que John había sufrido experiencias traumáticas siendo bebé, y entonces le preguntó a John qué pensaba. John se señala la boca diciendo “botón rojo aquí”. Tustin supone que John está dramatizando, escenificando los traumas, y que para él era muy importante hacerse entender cuando dice “botón rojo aquí”. El esquema interpretativo de Tustin es indudablemente kleiniano; “la angustia sobreviene cuando fracasa la omnipotencia para controlar el objeto, para hacer lo que se quiere con él, cuando el objeto no coincide con la fantasía. El objeto roto, malo, ausente, desaparece y en su lugar queda un agujero” –excepto en lo del agujero, su esquema es kleiniano–. Luego afirma: “el trauma es de separación” y, para probarlo, relata algunas sesiones que ocurren después de las vacaciones analíticas, luego de las cuales John vuelve hecho un desastre. Dice Tustin: “las ansiedades sobre el seno roto quedan contenidas en el análisis, le permiten afianzar la transferencia, reconocer la dependencia y pedir ayuda. Pero si hay separación, todo esto se desmorona”. Pasarán cien sesiones hasta que John se recupere de esa separación de las vacaciones de Pascua, cien sesiones hasta que vuelva a dibujar un seno. Quiere incorporar el botón, se le cae, toca el pito para ver si todavía lo tiene, y ella interpreta “sin el botón John no es nadie, sin el pito y sin la cabeza”. Homologa botón, pito, y cabeza. Sin botón, sin pito y sin cabeza John no es nadie. Dice Tustin que la interpretación de la pérdida del botón y del agujero, y de la angustia que el niño experimenta frente a esa pérdida, disminuye los terrores nocturnos, pero que éstos vuelven a aparecer después de las vacaciones, o cuando se anticipa la finalización del tratamiento. Esta es una muy breve síntesis del caso de John. Cada vez que lo menciona a lo largo del tiempo y en distintas ocasiones. Tustin destaca que el chico fue al colegio y luego a la universidad, “yo no lo volví a ver, pero supe que estaba bien, que había terminado bien el colegio, y que había ido a la universidad”. Esta es una frase que ella repite, orgullosamente, al referirse a su niño autista.

Tustin admite que estaba completamente desconcertada y que no sabía qué referencias utilizar, hasta que lee un artículo de Winnicott donde habla de la depresión primitiva. Ahí se entera de las hipótesis que él formula sobre el sentimiento de desamparo que puede ex-

perimentar un niño recién nacido ante el primer desprendimiento de la madre, al que llamó “depresión primitiva”. Winnicott plantea que la pérdida de la madre puede hacer que desaparezcan aspectos de la propia boca del bebé, al mismo tiempo que desaparecen aspectos de la madre, cuando hay una separación para la que el niño aún no está preparado. Si esto sucede más tarde, se puede perder el objeto sin una pérdida de una parte del sujeto, o del *self*. Cuando se va la madre, el chico no pierde su boca, o no pierde su pito, o no pierde su cabeza. Puede hacer una diferencia entre aquéllo que se va y aquéllo que se queda. Pero Winnicott dice que cuando esto sucede muy tempranamente, cuando todavía no hay una diferenciación entre la madre y el niño, se va la madre y una parte del chico también se va con ella. Jean Allouch, en su teoría del duelo, también habla de esta pérdida de “una parte de sí” –lo que no deja de ser curioso en un analista lacaniano, hablar de una parte del sí mismo–, hacer un duelo por el objeto que se va, es también hacer duelo por esa parte de sí que se va junto con el objeto. La idea de Allouch se aproxima a la de Winnicott, y en ambos casos difiere de la teoría freudiana del duelo.

Si es más tarde, la depresión es reactiva. Si es más temprano, la depresión es psicótica. Claro está que cuando Allouch plantea su postura lo hace profundizando la teoría lacaniana, en tanto solamente se puede hacer un duelo del objeto, en la medida en que yo como sujeto pueda reconocermelo como aquéllo que le falta al objeto; yo estoy cubriendo su agujero, su falta. Es de eso que hago el duelo.

Depresión psicótica, si es muy temprano, y depresión reactiva cuando el objeto está reconocido como separado. Cuando Mahler habla de pérdida de objeto, en cambio, sigue la idea de que el autismo es una regresión a una fase normal de desamparo, de que todos nacemos autistas, de este universal. Cuando Tustin lee a Winnicott, se da cuenta de que había seguido dogmáticamente la hipótesis de Mahler, a pesar de haber observado un montón de bebés que no tenían estas respuestas “autistas”. Lacan se ocupó de señalar muy bien la falta de observación por parte de los analistas cuando hizo sus críticas a la teoría de las relaciones objetales. Lacan incluye muchísimo los observables. Y, precisamente en este punto, Lacan dice algo así como ¿alguna vez alguien vio un bebé desconectado, que no tenga interés en su entorno, que no esté ávido de mirar y de ver y de conectarse? Esto de que los bebés están metidos para sí mismos, dentro de ellos, y que no tienen ninguna conexión, es verdaderamente un disparate. Cualquiera que vea un bebé puede observar exactamente lo contrario. Aquí Lacan está mostrando que el psicoanálisis debe incluir los observables porque si no se vuelve un delirio, o como también dijo, “un autismo de dos” al referirse a ciertas curas-tipo. Sobre esto y sobre muchas cosas Lacan ha partido de observables.

Volviendo a Tustin, ella dirá entonces que la hipótesis del autismo originario entraba en contradicción con la observación de bebés que había sido gran parte de su entrenamiento en la Tavistock Clinic. Todo esto la lleva a abandonar la noción de un “autismo normal” que será reemplazada por la de una fusión prolongada, en la que el bebé es una no persona, o una sola persona con la mamá. Una ruptura abrupta de la díada es experimentada como una pérdida del propio cuerpo fusionado, y

esto es una catástrofe tanto para la madre como para el niño. Los dos sienten que les queda un agujero en el cuerpo. Pero, esa unión que se produjo entre la mamá y el bebé, ya no es una unión normal, la simbiosis ya no es algo normal, sino un modo de protección de ambos. El autismo es una reacción protectora contra la ruptura de un estado anormal que se perpetúa. Ya no es normal, algo vino a romper esa dualidad e hizo que el bebé y la mamá se protegieran simbióticamente de esa ruptura, y ésta ya es una simbiosis patológica. Esta simbiosis patológica da lugar a una reacción nuevamente autista que es la del autismo secundario.

Tustin se acerca, sin saberlo, a Bettelheim. Esta es precisamente la postura de Bettelheim, Definición de Tustin post reconocimiento del "error": "el autismo es una reacción protectora contra la ruptura de un estado anormal que se perpetúa". Es la misma que da Bettelheim: "Se desarrolla entonces un aislamiento sensorial que bloquea la entrada y la salida de experiencias de intercambio". Tustin va a decir algo que, en otros términos, también va a decir Bettelheim, y es que hay un margen, un pedazo, un algo, una parte del muro, de la fortaleza, una grieta por donde puede infiltrarse una intervención terapéutica.

Esta pequeña grieta en donde puede llegar a infiltrarse el terapeuta es la única fisura que aparece en ese muro. Algo que normalmente fluye, la relación entre la dualidad madre/niño y el uno del niño, el espacio y el no espacio, cuando ocurre esa ruptura queda congelado. Tustin va a usar una metáfora, que no encontramos en Bettelheim, y es que "los autistas están rígidos de nuevo". El autismo es como una reacción primitiva, la primera defensa, la más primitiva de todas frente a lo que hoy se llama en psiquiatría "estrés post-traumático". Cuando algo se rompe, aparece este sentimiento de que algo está faltando ¿Qué? El botón rojo, la cabeza, el pito. En la adherencia al objeto, un bebé autista se prende a la madre como si la madre fuera ya un objeto inanimado. Tustin: "el autismo no debe ser aplicado a estados normales, el autismo no es una regresión a un estado normal" ¿Por qué para ella esto es tan importante? Porque dice que si uno piensa que el autismo es un estado normal, y que el autismo secundario -el autismo que se observa a los tres, cuatro años- es una regresión a un estado anterior normal, esto justifica las terapias basadas en la contención. Nada se puede hacer sino una contención, que trata de reconstruir ese estadio normal, del cual con ayuda de la terapia el niño saldrá de una manera distinta a como salió antes, disparado, arrojado, eyectado. Se le da nuevamente la contención desde la cual saldrá de un modo más progresivo, más paulatino. De hecho, aun cuando ella misma antes de su reconocimiento "del error" pensaba que el autismo era una regresión, nunca dejó de marcar la inclusión de la palabra a través de la interpretación, aun cuando fuera la interpretación kleiniana, la interpretación analógica en forma constante. Siempre estuvo presente en Tustin la idea de que no se trataba de recrear en el dispositivo terapéutico un estado absolutamente regresivo. Winnicott en cambio sí pensaba que era importante esta recreación de un estado regresivo primario, a la que llamó "*holding*" (sostén).

A partir del reconocimiento del error, también Tustin dirá que "a los chicos autistas hay que hablarles como si pensásemos que pueden entender lo que estamos diciendo". Es insólito que diga esto ¿Significa que

antes, cuando estaba en el error, le hablaba al niño como si no pudiera entender lo que le estaba diciendo? Claramente ella dice que una de las consecuencias de haber admitido el error, es hablarles a los niños como si pensásemos que pueden entender lo que estamos diciendo. "Si pensamos que el autismo es un desvío, una alteración y no una regresión a una fase normal, anterior, seremos menos indulgentes, más activos". Esta es una consecuencia clínica importante y creo que tiene razón. Si se piensa que hay una regresión a un estado anterior normal, hay ahí una postura más pasiva y más indulgente de parte del terapeuta. Hay puro *holding*, puro sostén, como si el terapeuta fuera solamente un par de brazos que sostienen al niño. Si pensamos que es una regresión a una etapa normal "mal elaborada" vamos a ser más indulgentes. Si pensamos, en cambio, que hay una patología inicial, que la desconexión está indicando que algo ya andaba mal, vamos a ser menos indulgentes y más activos, estaremos atentos a qué es lo que vino a alterarse ya desde un inicio. Son posturas terapéuticas muy distintas. Respecto a esto Tustin dice otra cosa interesantísima: "Antes había una visión romántica y sentimental de la fusión madre/niño. Esta idea no existe sino en la fantasía romántica". Este es su modo de decir lo mismo que va a decir Lacan de otra manera, que el Todo no existe, que el Uno no existe, que no hay fusión inicial, que esto ya es una con-fusión. En términos de Tustin es una "fantasía romántica". Y dice: "Difícil ser racional y no equivocarse cuando estamos frente a un material tan primitivo y tan pegajoso. Luego, el sufrimiento comienza a ser sentido, y reemplaza al dolor. Se puede sobrellevar al trauma cuando se lo representa en lugar de estar esclavizados por el trauma. En una catástrofe psíquica se puede ver una oportunidad.

Escuela Francesa

A muchos analistas lacanianos que trabajan con niños, como a Eduardo y Cristina Vidal, les interesó particularmente el testimonio de Francis Tustin. De hecho publicaron en la revista de la institución que dirigen en Río de Janeiro, *Letra Freudiana*, una extensa entrevista a Tustin, junto con el texto "Del error", que es el que acabo de comentarles. ¿Será porque ella habla del agujero (negro) de la estructura a partir del cual se constituye el sujeto autista? Tal vez, de todos modos, creo que se trata de un razonamiento de tipo analógico porque, en realidad, Tustin plantea una idea de agujero que es la de un vacío sin bordes, no la de un borde que genera un espacio vacío, con lo cual es un poco exagerado, por parte de los lacanianos, tomar esto como una avanzada teórica. Lo que sí es impactante es la renuncia de Tustin al "ideal romántico" de la fusión inicial madre-niño que durante tantos años había sostenido en la clínica.

¿No será que esta idea del autismo, desde el psicoanálisis, le dará la razón a Tustin cuando dice que Margaret Mahler había pensado el autismo desde el concepto de narcisismo primario? Lo que propongo pensar es que se habría creado una suerte de mito, una especie de representación imaginaria, donde los niños autistas se podrían agregar a la serie de Freud, de los felinos y de "ciertas mujeres". Pero también es bastante inquietante porque, no solamente se habría construido una imagen del



autismo, dándole una representación imaginaria al narcisismo primario a través del autismo, sino que, además, y por eso es tan interesante para los psicoanalistas –y no solamente para los lacanianos, ni tampoco sólo para los que atienden niños– observar que allí está en juego la constitución del aparato psíquico, está en juego la teoría. Tustin, Margaret Mahler, Rosine Lefort, Yankelevich, Vidal, Alfredo Jerusalinsky, todos hablan sobre la constitución del aparato psíquico, sobre el nacimiento

del Otro, sobre el nacimiento del sujeto, con la idea, la ilusión o la pretensión de asistir –en el doble sentido– a ese nacimiento. Asistir, en el sentido de estar presente, y asistir en el sentido de ser un poco parteros de ese nacimiento. En relación con la teoría, me parece, las distintas propuestas se reducen en última instancia a una idea básica: si hay un lleno inicial o si hay un vacío inicial. Si el sujeto viene con un yo, con algo así como un núcleo yoico incipiente a partir del cual se desarrolla –esto sería más cercano a la idea de un vacío a partir del que poco a poco se va ampliando el mundo, y se van incorporando los objetos– o si viene con un lleno, con una plenitud, con una suerte de estado de goce mítico inicial, que tiene que ir perdiendo para permitirle la incorporación de los objetos. La hipótesis del “lleno” es la de Yankelevich, quien así, desde Lacan, se aproxima a la idea de Margaret Mahler de un lleno inicial, y por ende a la del narcisismo primario. La constitución del sujeto psíquico sólo puede darse a partir de una pérdida de goce. Por eso es tan importante el autismo para el psicoanálisis.

Una conclusión sería, por lo tanto, que no tenemos que creernos demasiado que hay una entidad clínica psicoanalítica llamada autismo. Muchas veces se usa al niño (supuestamente) autista como pretexto para una discusión teórica sobre el origen del aparato psíquico, el origen del sujeto, el origen del Otro ■

Bibliografía general

- Bettelheim B. *La fortaleza vacía y Fugitivos de la vida*. Fondo de Cultura Económica, México, 1976
- Dolto F. *"El caso Dominique"*. Ed. Siglo XXI, México.
- Foucault M. *Los anormales*. Editorial Fondo de Cultura Económica, 2000.
- Foucault M. *El orden del discurso*. Ed. Tusquets, Barcelona, 1970.
- Jerusalinsky A. *Psicoanálisis del autismo*. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1987.
- Lefort R. *"El nacimiento del Otro"*. Paidós. Buenos Aires.
- Kanner L. *Psiquiatría infantil*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1966.
- Lacan J. El reverso del psicoanálisis. *Seminario XVII*. Paidós 1992.
- Mannoni M. *"El niño su enfermedad y los otros"* Ed. Nueva Visión.
- Mannoni M. *"La primera entrevista con el psicoanalista"* Ed. Gedisa. Barcelona. Reimpreso en 1998
- Tustin F. *Autismo y psicosis infantil*. Ed. Paidós, Barcelona, 1987.
- Yankelevich H. "Fabián el niño de la computadora" en: *Ensayos sobre autismo y psicosis*. Ed. Kliné. Bs. As. 1998

La voz de las familias

Entrevistas a madres de niños y jóvenes con Trastornos Generalizados del Desarrollo

por Ernesto Wahlberg

Entrevista con B, mamá de un joven de 16 años con diagnóstico de Síndrome de Asperger que está cursando el secundario en una escuela común.

Vertex: ¿Cuáles fueron las conductas de su hijo que comenzaron a preocuparla? ¿Cuándo comenzaron?

B: Mi hijo tuvo un desarrollo normal, no hubo signos aparentes de ningún trastorno, hasta que tenía tres años. Su desarrollo en la primera infancia, el habla, el desarrollo motriz, la comunicación, su sonrisa, las cuestiones que uno espera como mamá primeriza y que lee en los manuales del desarrollo, estuvieron bien. Un rasgo llamativo fue que a los dos años él sabía el nombre de todas las calles alrededor de la casa y si no tomábamos por el mismo camino por el que estaba acostumbrado para ir a lo de la abuela, al zoológico, al supermercado, hacía un berrinche terrible. Hasta que nos dimos cuenta de que se tranquilizaba cuando seguíamos siempre el mismo recorrido.

Los primeros signos preocupantes aparecieron cuando tenía tres años y fue al jardín; las maestras nos citaron, y nos comentaron de la falta de concentración, de que por momentos parecía estar en su propio mundo, tenía dificultades para seguir algunas consignas. Además había empezado en el jardín a manifestar su interés muy fuerte por los lugares, los aviones, las aerolíneas, los aeropuertos.

En casa empezó a preocuparme su comportamiento; si yo invitaba a sus amiguitos él siempre hacía un juego paralelo, no interactuaba demasiado, ni tampoco sugería ni proponía juegos, sino que a veces sólo se plegaba a ellos.

Cuando él jugaba solo era, claramente, para ordenar objetos: bloques, autitos.

Volcamos estas inquietudes con el pediatra y nos derivó a la primera consulta con una psicoanalista de niños.

Vertex: ¿Qué respuestas obtuvo de los profesionales que fue consultando?

B: el recorrido hasta llegar al diagnóstico fue un largo y tortuoso camino que nos llevó once años de deambular por consultorios de psicoanalistas, neurólogos, psicopedagogos y psiquiatras. La primera profesional atribuyó su comportamiento a un trastorno de personalidad con base emocional e indicó un tratamiento de tres sesiones semanales. Fue un tironeo muy grande tratar de que fuera. Me di cuenta de que por la fuerza no podía seguir yendo; luego de ocho meses desistimos y seguimos buscando.

Entonces, cuando tenía seis años, vimos un neurólogo

quien a través de un test *multiple choice* que nos hizo completar y un breve electroencefalograma después de una entrevista de diez minutos lo diagnosticó como ADD y le prescribió metilfenidato; lo tomó durante cuatro meses y los efectos fueron muy depresores. Viendo que no era por ese lado consultamos a un psiquiatra. Este profesional nos dijo que tenía autismo, que, a la luz de lo que sabemos hoy en día, era en esos once años el diagnóstico más cercano; pero lo describió como un autismo con un diagnóstico tan pesimista que nosotros como padres nos resistimos. También porque no tuvo el reflejo de explicarnos que el autismo se trata, nada más, de un chico completamente desconectado. Cuando esa categoría se plantea a los padres como diagnóstico, el padre remite al conocimiento del estereotipo clásico del autismo, con lo cual, como mi hijo había aprendido a hablar, se comunicaba, e iba a un colegio común, no nos pareció verosímil. Nos dijo que no iba a poder siquiera terminar la escuela primaria; nos causó tal *shock* que no volvimos más.

Seguimos con una consulta con una psicoanalista lacaniana y allí nuevamente se retorna a un diagnóstico de problemas de adaptación y de relación que deriva en desajustes emocionales; la aproximación diagnóstica fue un trastorno obsesivo compulsivo con una base melancólica.

Nos dijo que a largo plazo el tratamiento resultaría prometedor, porque realmente él podía simbolizar y tenía capacidad de ser permeable a sus representaciones. Esto duró tres o cuatro años. Es entonces que por recomendación del colegio, hicimos un cambio de un psicoterapeuta que atendía en el colegio al que estaba yendo, a un médico psicoanalista. Él decía que no podía precisar el diagnóstico, que era un cuadro complejo. Recién después de ocho meses de tratamiento sospechó alguna especie de trastorno psicótico y nos mandó a una psiquiatra infantil y ella nos ofreció un diagnóstico borroso de personalidad con algunos rasgos psicóticos, pero sin mayores precisiones, y recetó M. Lo tomó dos o tres meses, tuvo efectos depresivos muy fuertes y no logró tampoco ninguna modificación sustancial de la conducta.

Después de esa entrevista nos sentimos muy desorientados y sobre todo muy desvalidos. La terapia después de tres años no estaba dando ningún resultado.

Vertex: ¿Cómo y cuándo se enteró del diagnóstico?

B: Bueno, yo decidí empezar a investigar por mi cuenta. No suspendimos la terapia porque, al menos, creíamos tener un referente con quien hablar. No queríamos que-

darnos absolutamente solos en el mundo con los problemas que teníamos con nuestro hijo y queríamos tener mínimamente un pie en un consultorio aunque no se tratara del más feliz de todos. En el verano del 2003, como seguía teniendo dificultades en el colegio, consulté en Internet un artículo sobre adaptación escolar en niños con necesidades especiales, y encontré una breve referencia al síndrome de Asperger.

Vertex: *¿Fue la primera vez que leía algo sobre el síndrome de Asperger?*

B: Sí, en el artículo delineaban algunas características y esos breves renglones encendieron una luz en la oscuridad de la confusión y, bueno, seguí la pista a partir sobre todo de Internet. Leí, me informé, me contacté. En ese momento empecé a preguntar a los profesionales que tenía a mano y nadie conocía el cuadro y tampoco me derivaron a alguien que pudiera conocerlo, así que continué durante unos meses, acumulando y acopiando datos en Internet, e hice un contacto con una profesional que es Directora del Departamento de Asperger en una Universidad de los EE.UU.

Ella me envió un protocolo de cómo debía ser un diagnóstico de Asperger. Yo pensé que en un consultorio privado no podía ser factible; empezamos a averiguar a nivel institucional y, después de dos meses, finalmente el diagnóstico que sospechábamos fuertemente, fue confirmado.

Vertex: *¿Cambió la situación al conocer el diagnóstico?*

B: La sensación fue una mezcla de sentimientos. Ante todo sentimos alivio. Alivio porque cuando uno tiene una historia tan larga como la que padecemos nosotros quiere escuchar la verdad. Usted quiere saber de qué se trata lo que tiene su hijo, y quiere, también, encontrar un profesional que entienda de qué se trata. Por otra parte, se experimenta una gran incertidumbre. Primero porque no hay una indicación muy clara sobre los pasos a seguir en el tratamiento del síndrome de Asperger. Segundo porque no hay experiencia, y uno cae claramente en la cuenta de que no existe una pastillita mágica. Leyendo sobre medicación uno aprende que se medican los síntomas del Asperger, pero que el cuadro de base permanece. Simplemente atenúan algunos de los rasgos más negativos del comportamiento de estos chicos.

Alivio e incertidumbre, y un sentimiento que no quiero dejar de expresarle: bronca, enojo, frustración e impotencia y todo en una fuerte dosis.

Vertex: *¿Cómo se adaptó la familia y actualmente cuáles son las dificultades y apoyos que tiene?*

B: Para la familia el conocimiento del diagnóstico fue muy importante. Implicó un cambio grande. Una mayor aceptación, una mayor tolerancia, aunque a veces nos vemos superados por los problemas o las crisis que aparecen, pero el panorama, el marco que le da a una familia el conocimiento del diagnóstico, permite que muchas situaciones puntuales no se vivan con el grado de tremendismo con el que lo vivíamos previamente al diagnóstico. Estamos en mejores condiciones de comprender su conducta, de tolerarlo más.

Vertex: *¿Podríamos decir de no atribuirle otras intencionalidades?*

B: Podríamos decir que cuando uno tiene presente el cua-

dro, cosa que no siempre ocurre, los desplantes, las fallas de comunicación, las reacciones egoístas que a veces estos chicos tienen se entienden y se toleran mejor. No le voy a decir que se aceptan, que nos gusten, digamos, pero dejan de ser tan ofensivas como resultaban antes del diagnóstico. La convivencia no es sencilla, pero conocer el diagnóstico es vital para que una convivencia difícil no se convierta en una convivencia insoportable.

La problemática mayor en la adolescencia es, por lejos, la dificultad de interacción social; estos chicos se vuelven más conscientes de sus limitaciones y en el caso de los que realmente hacen más intentos por socializarse, fallan más, porque en la infancia los otros pibes perdonan mucho más que en la adolescencia.

En el colegio primario el impacto de su conducta, que muchas veces intentaba ser graciosa y era ridícula, confundía a los demás. El impacto de no tener amigos no acusaba recibo de igual manera que lo está haciendo ahora en la adolescencia.

Vertex: *¿Con qué apoyos cuentan?*

B: Tener un diagnóstico implicó un movimiento hacia conseguir más apoyos. Me viene la palabra en inglés, el grado de *expertise* (sic). Realmente cuando uno sabe, se da cuenta cuándo el profesional que tiene adelante comprende de qué se trata el síndrome de Asperger. Sobre todo tomando el caso de los padres de chicos más grandes que han atravesado varias instancias de diagnóstico; entonces alivia saber que uno tiene un acompañamiento conocedor. Es muy difícil para estos chicos atravesar la adolescencia sin apoyos terapéuticos adecuados.

Vertex: *Usted participa de una asociación de padres ¿Cuál ha sido su experiencia respecto de la misma en estos años?*

B: La asociación de Asperger Argentina se creó hace un año y medio. Los padres nos vinculamos a través de un grupo *on line* de Asperger en español y fuimos llegando, a través de este grupo, hasta el padre de un chico con síndrome de Asperger que había puesto una página en Internet con el fin de contactar gente, especialmente en Argentina, porque en Asperger en castellano, la página pionera había surgido en España.

Más o menos 10 padres habían hecho contacto *on line*. Nos propusimos una reunión en una confitería, para conocernos y ahí surgieron las ganas de crear una asociación.

Para dar una posibilidad de intercambiar experiencias a los padres con problemáticas similares, preocupaciones, inquietudes y la no despreciable sensación de no estar solo en el mundo y de que hay otras personas que tienen síndrome de Asperger.

Cuando el diagnóstico llega muy tarde, uno cree que lo que le pasa es totalmente inédito y que nadie lo va a poder comprender.

Vertex: *¿Cuáles son los objetivos de la Asociación?*

B: La Asociación se ha fijado como una de sus metas principales la divulgación del síndrome de Asperger.

Dado que hemos detectado, sobre todo los padres fundadores con hijos grandes, que la trayectoria para obtener el diagnóstico suele superar los 10 años. Y es fundamental que se conozca para evitar tanto sufrimiento a los chicos y a la familia.

Por ahora es una red informal de contactos que se dan a nivel interpersonal; no se han constituido grupos de autoayuda que es otro de los objetivos.

Vertex: *¿Qué otros servicios o metas se han propuesto?*

B: Hace unos 6 meses comenzaron a realizarse encuentros quincenales de chicos agrupados por edades, una experiencia que todavía no ha decantado y me parece prematuro comentar los resultados.

También se quiere intensificar el contacto con las escuelas, dado que los niños y los jóvenes con síndrome de Asperger tienen un alto grado de incompreensión. Lograr una mayor conciencia y que con un programa de integración adecuado puedan seguir en el devenir diario de la escuela, es un objetivo a largo plazo.

Por último, fundamentalmente, lograr una mayor difusión de este trastorno en la población profesional dedicada a la atención de salud. Esto involucra una gran tarea para agilizar los procesos de diagnóstico. Creemos que el desconocimiento es una de las fallas del sistema de salud.

Entrevista con P, madre de un niño de 11 años con Trastorno Generalizado del Desarrollo que concurre a un Centro Educativo Terapéutico.

Vertex: *¿Cuándo comenzó a observar conductas de su hijo que la inquietaron?*

P: Alrededor del año y medio, más o menos. Lo principal era que hablaba poco, decía algunas palabras sueltas y no avanzaba en el lenguaje, tampoco respondía al nombre cuando era llamado. Eso era muy notorio.

Las primeras consultas tuvieron que ver con eso. La pediatra pensaba que era sordo, o que podía llegar a ser sordo. Antes hubo otros problemas, el más notorio era que no dormía bien de noche, cosa que no había pasado con mis otros hijos. Me decían: bueno, ya se le va a pasar.

Vertex: *¿Qué respuestas encontró en los profesionales cuando empezó a consultar?*

P: Lo primero que nos dijo la pediatra fue que como estaba rodeado de gente grande necesitaba estar con otros chicos de su edad. Así que lo llevamos al Jardín de Infantes. Después, ante nuestra insistencia, a los dos años nos derivó a un hospital público. La experiencia fue bastante mala. No pudieron ni siquiera hacerle un diagnóstico. Fuimos a la parte de otorrinolaringología, de ahí nos derivaron para hacerle una audiometría. Bueno, obviamente no se la pudieron hacer. La fonoaudióloga sugería que le hicieran potenciales evocados, el especialista que tenía que dar la orden para potenciales evocados insistía en que se tenía que hacer una audiometría, y así iba pasando el tiempo y nosotros pasando de Servicio en Servicio sin poder hacer demasiadas cosas.

Mientras tanto una psicóloga lo trataba una vez por semana en un Centro de salud. Tenía tres años de edad. Luego de unos meses nos dijo que veía la necesidad, de medicarlo y que tuviera un tratamiento más intensivo que ella no le podía dar porque concurría al Centro una

vez por semana; y nos mandó alrededor de los tres años y medio a otra institución pública.

Vertex: *¿Qué experiencia tuvieron?*

P: La experiencia fue peor que la anterior. Después de un año no tuvimos ningún diagnóstico. La idea era que lo medicaran, la profesional que lo vio, nos dijo que tenía que tomar T, porque si no tomaba T, y las palabras de ella fueron textuales y no me las olvido: "Era como un motor que si no le ponían aceite se fundía".

Vertex: *¿Qué problemas tenía en ese momento?*

P: Estaba bastante activo, se trepaba, agarraba todo lo que encontraba, tocaba, iba y venía. No agredía, salvo que lo quisieran sujetar, entonces empezaba a patallar para liberarse. El lenguaje seguía pobre, tenía algunas palabras sueltas, alguna vez frases de dos palabras, no más.

Vertex: *¿Estaba yendo a alguna escuela?*

P: Estaba yendo a un Jardín de Infantes común. Él hizo sala de tres años y sala de cuatro; el preescolar lo hizo dos veces en un jardín común. Era un poco difícil, se conectaba poco.

Vertex: *¿Tomó la medicación que le indicaron?*

P: No, yo me opuse a que se la dieran, porque no me convencía el discurso de los médicos, sin diagnóstico, solamente lo del motor. Además era contradictorio, porque por un lado me decían que era necesario darle T y por otro lado me hacían notar todas las contraindicaciones que tenía ese medicamento. Nos asustaba bastante. Y bueno, ahí quedamos entre idas y vueltas.

Vertex: *¿Le indicaron otros tratamientos?*

P: No, él seguía con la psicóloga, pero en la institución lo vio una fonoaudióloga que le hizo una evaluación que duró como seis meses, de la cual nunca tuvimos el resultado. Ocasionalmente lo vio un neurólogo, una o dos veces, como para controlar que no hubiese ningún problema neurológico y en ese momentole hicieron un electroencefalograma; también la pediatra le había mandado a hacer uno alrededor de los tres años de edad y no encontraron ningún problema.

Al final, luego de casi un año, nos propusieron entrar en un tratamiento más intensivo. Teníamos muchas dudas con el lugar, los profesionales no nos trataban nada bien a los papás, nos hacían sentir muy culpables de todo lo que pasaba, entonces llegó un momento en que una médica nos trató muy mal y yo dije aquí no vuelvo más. Y buscamos otro lugar.

Vertex: *¿Cómo y cuándo supo el diagnóstico?*

P: Lo empezamos a sospechar, o a saber, alrededor de los cinco años y medio. Habíamos ido al Servicio de Psicopatología de otro hospital público. No era tan terrible como el anterior, pero fue una pérdida de tiempo bastante importante. Al final nos pidieron una consulta con neurología. Allí le hicieron una evaluación de la que sí tuvimos el resultado. Y la neuróloga nos dio como diagnóstico presuntivo Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Nosotros siempre seguíamos buscando por otros lados. Porque la sensación que teníamos desde el principio, desde que empezó con todos los tratamientos, era como que se podían hacer más cosas y como que no las

encontrábamos. Incluso habíamos ido a ver escuelas de educación especial, habíamos ido a ver dos o tres, que tampoco nos convencían. Siempre estábamos preguntándole a alguien o viendo la posibilidad de buscar otra cosa, ya que nos parecía que tenía que haber algo más, que lo que hacíamos no era suficiente. De casualidad nos dieron los datos de una Asociación de padres. Fue por intermedio de una señora que había sido alumna mía y la hija musicoterapeuta trabaja con estos niños.

En la Asociación lo vio una psicóloga que hacía orientaciones, que nos dijo que para ella cumplía con el perfil de un chico con autismo. Después indagando un poco más supimos que nuestro hijo no es un autista puro, aunque sí está dentro del espectro.

Vertex: ¿Cambió la situación al conocer el diagnóstico?

P: Sí, se nos pasó toda esa incertidumbre, el no saber qué hacer, el no saber qué le pasaba. Evidentemente mejoró muchísimo. A partir del diagnóstico comenzó a tener un tratamiento y una educación adecuados, porque hasta el momento lo que habíamos estado haciendo era como tirar tiros al aire. Empezó a ir a un Centro Educativo Terapéutico tres veces por semana, por una cuestión económica y de la Obra Social y todas esas cuestiones que son medio difíciles de manejar.

Vertex: ¿Se manejaron con la ley de discapacidad?

P: Sí, porque después, al poquito tiempo, lo cubrió todo la Obra Social, incluso su programa de integración en escuela común, donde estuvo hasta 4º grado.

Vertex: ¿Cómo se adaptó la familia? Actualmente ¿cuáles son las dificultades y los apoyos que tienen?

P: Fundamentalmente empezando a conocer qué era el autismo, qué eran este tipo de trastornos, cómo eran los tratamientos. Interiorizándonos. Después de todas esas cosas fue que empezamos a poder manejarnos un poco mejor.

Apoyos externos no tenemos demasiados, más que los del Centro adonde concurre. Y los apoyos familiares son complicados. Las dificultades generalmente parten de la discriminación del entorno. Las dificultades mayores son de ver a otro diferente y hacerlo notar constantemente. Uno sale a la calle y se enfrenta con otro que lo mira a uno que va con su hijo con discapacidad, de manera diferente; eso es continuo y constante.

Hay limitaciones, entonces hay cuestiones que uno tiene que tener en cuenta cuando piensa hacer determinadas cosas, sabe que hay lugares a los que no puede ir con él.

Además él no se puede quedar solo; mi marido y yo no podemos salir los dos juntos, porque alguno de los dos tiene que quedarse con él. O tenemos que conseguir a alguien que se quede con él y no es nada fácil.

Yo me acuerdo de algo que dijo un papá de un muchacho con autismo: "Yo tengo muchos amigos que darían la vida por mí, pero no les puedo pedir que se queden una hora con mi hijo autista". Y creo que esa realidad nos toca en mayor o menor medida a todos.

Vertex: ¿Cuál ha sido su experiencia en estos años con grupos de apoyo o asociaciones?

P: La experiencia es buena, es positiva. El juntarse con otros padres con la misma problemática hace que uno no esté solo, que esté con alguien a quien le está pasando lo mismo, que puede entender lo que a uno le pasa y enten-

der lo que le pasa al otro. Eso es fundamental. Ese apoyo es muy positivo en algunos momentos difíciles como, por ejemplo, cuando interné a mi hijo por una enfermedad grave que no tenía que ver con el trastorno; en estos casos uno necesita un apoyo extra y son los otros padres quienes lo pueden dar porque conocen el problema.

Para otros objetivos de más envergadura, yo creo que lo mejor es asociarse, tratar de tener una meta y tratar de conseguir cosas para los chicos, para las familias. Es difícil porque por ahí entran a jugar intereses personales o cuestiones ideológicas; hay varias Asociaciones y, a veces, es complicado llegar a un acuerdo y poder seguir adelante.

Vertex: ¿Usted cree que incide el distinto grado de intensidad de la patología de los hijos?

P: Sí, seguramente. Yo creo que los padres más preocupados y además los más estresados son los que tienen hijos con una problemática más seria. Incluso los papás que tienen chicos con un problema más leve o menos grave, a veces discriminan a los propios chicos con problemas más serios. Esto es común. Parece una cosa rara, pero se da. Piensan "bueno, si mi hijo habla y va a la escuela, como va a estar con aquel que se hace pis encima, o que se babea". Esas cosas se notan. O sea que dentro de los mismos papás aparece esta cuestión de la discriminación. Puede ser comprensible, pero hay que tratar de superarlo.

Vertex: Respecto a la Ley de discapacidad ¿cuál ha sido su experiencia y de los otros padres del grupo de apoyo que usted coordina?

P: Si bien la ley dice que deben cubrirse todas las prestaciones y que la persona con discapacidad debe recibir todo tratamiento que requiera y que el médico indica, eso no pasa. A veces para que se cumpla, hay que llegar a medidas extremas como pedir un recurso de amparo. No son cosas sencillas, hacer un juicio, un recurso de amparo lleva mucho tiempo. Las obras sociales a veces acatan la medida del juez y otras veces no.

Vertex: ¿Notó alguna diferencia entre el sistema de prepago y la obra social?

P: Si, las empresas de medicina prepaga hasta no hace mucho se negaban directamente a cubrir cualquier tipo de prestación. Hace un tiempo empezaron a cubrir algo, medio a regañadientes y por las medidas judiciales. Ahora hay algunas que cubren las prestaciones y otras que no. Pero yo creo que hay que seguir peleándola porque es un derecho que tienen las personas con discapacidad y no deben dejarse avasallar ■

La Sra. P. coordina un taller de padres que se comunica por la red TGRED (E- mail: lavozdelosautistas@yahoo.com.ar).

La Sra. B. es miembro de la Asociación Asperger Argentina (E- mail: esinfoasperger@yahoo.com.ar).

Otra dirección de E- mail que se puede consultar es la de los padres de niños autistas: apadeacentral@yahoo.com

El autismo: la perspectiva clínica y psicopatológica

Entrevista a Roger Misès

Por François Casasoprana y Dominique Wintrebert

Vertex: *¿Cuál ha sido su trayectoria profesional?*

Roger Misès: Soy Profesor Emérito de psiquiatría infanto-juvenil. Me retiré de la práctica hospitalaria hace quince años, pero continúo con actividades universitarias, como parte de una larga historia donde el autismo ocupa un lugar importante.

Primero fui médico interno, luego jefe de clínica del Prof. Heuyer. También seguí una formación psicoanalítica en la Sociedad Psicoanalítica de París, de la que me convertí en miembro titular en 1963, y fui psiquiatra de hospital, nombrado en la *Fondation Vallée*, en 1957, cuando era bastante joven. Me encontré a la cabeza de una institución que por entonces se consideraba un lugar de acogida para niños ineducables, que eran internados y no recibían ninguna atención; se trataba de un dispositivo de mera asistencia. A los 16 años de edad eran trasladados a un servicio de adultos. El año en que yo llegué, hubo 28 salidas, todas eran traslados hacia el hospital psiquiátrico de adultos. Era bastante aterrador.

Queríamos hacer evolucionar las cosas, como lo prueba mi participación en el *Livre blanc de la psychiatrie*. En cuanto nos pusimos a cargo, la situación evolucionó, el personal empezó a movilizarse y los niños empezaron a avanzar. Di la alerta ante los poderes públicos y conseguí los medios que nos permitieron reconstruir la mayor parte del servicio y contratar personal. También conseguí el alejamiento de la Asistencia Pública que no estaba en condiciones de permitir la renovación de una institución psiquiátrica. Entonces comprobamos que muchos de esos niños entraban en el marco de las psicosis y que los que no pertenecían a esa categoría nosográfica, presentaban patologías deficitarias, pero todavía evolutivas en muchos casos. Me orienté hacia el estudio de estas patologías, publicando una cierta cantidad de libros, y sostuve la política de sector desempeñando un papel importante en la creación de los sectores de psiquiatría infanto-juvenil, lo que al principio fue una posición minoritaria. En el marco del sector creado alrededor de la *Fondation Vallée*, mostramos que estas perturbaciones se podían detectar precozmente si se trabajaba con los pediatras, los servicios sociales y todos aquellos que tienen contacto con el niño y su familia. Fui el primero en describir cierta cantidad de patologías psicóticas: las psicosis precoces deficitarias en 1963, y las desarmonías psicóticas en 1966. Estos estudios se extendieron a otros ámbitos en los últimos veinte años, durante los cuales me interesaron mucho las pa-

tologías límite infanto-juveniles, sobre las cuales hice contribuciones importantes en la clínica y la terapéutica.

Vertex: *¿Qué principios guiaban su accionar?*

R. M.: Mis principios son los de la intervención en red. No se llamaba así al comienzo, pero era la base de la política de sector. Hacíamos prevención, detección, nos apoyábamos en los intermediarios sociales, y para una cierta cantidad de casos que presentaban patologías ya estructuradas pero evolutivas, desarrollábamos acciones terapéuticas multidimensionales. Siempre sostuve que es necesario un abordaje multidimensional, es decir, no recusar la organicidad de los trastornos, no recusar los aportes de las neurociencias –de las ciencias cognitivas hoy– pero no ceder tampoco ante las posiciones reduccionistas, en especial las de los norteamericanos, que con el DSM se situaron en contra de lo que nosotros hacíamos, imponiendo una orientación basada en la enumeración de los síntomas y la implementación de medidas terapéuticas, sobre todo medicamentosas, que apuntan a reducir los síntomas sin considerar los problemas de personalidad, y sin aceptar una evaluación que implique la relación interpersonal y que reconozca el vínculo entre los trastornos del niño y los del adolescente y de la edad adulta, midiendo los aspectos evolutivos y diferenciales que pueden existir en las distintas etapas del desarrollo.

Fui nombrado profesor adjunto en 1973 y profesor titular en 1981, y me retiré en 1990. Siempre trabajé por una renovación de la clínica y por el reconocimiento de los vínculos entre las patologías del niño y las que pueden seguir en la adolescencia o en la edad adulta. Fui partidario del desarrollo de los abordajes multidimensionales, así como de la formación de personal para esas complejas y difíciles tareas. También me comprometí en la preparación de la clasificación francesa, sin sentirme especialmente inclinado a ello, sino porque la clasificación norteamericana era desastrosa y no permitía que se siguiera pensando el abordaje clínico tal como nosotros lo concebíamos. La clasificación francesa tuvo un éxito reconocido en Francia y más allá de sus fronteras, pero sigue siendo molesto que para publicar en revistas extranjeras con comité de lectura haya que pasar por el DSM. La puerta está cerrada con siete llaves.

Vertex: *¿Hubo maestros que lo influyeron?*

R. M.: Entre los que me influyeron hay personas tan



Afiche de la "CyberExpo: 15 Ans d'Art" realizada en ocasión de los 15 años del Centro "Roger Misès" dependiente de la *Fondation Vallée*

atractivas como Henri Ey en Sainte-Anne. Ey planteaba un abordaje novedoso de la enfermedad mental que hacía acercarse a especialistas eminentes de todas las corrientes psiquiátricas, filosóficas y de las ciencias humanas para tener debates muy abiertos. También alentaba las relaciones amistosas entre las distintas corrientes psicoanalíticas, inmersas en una lucha sin cuartel. Pienso también en Ajuriaguerra, con quien trabé una relación personal. Por entonces él no cumplía ninguna función oficial, pero era uno de los personajes más competentes que se pudieran encontrar en todas las áreas. Me enseñó a examinar un niño desde un punto de vista neurológico y muchas otras cosas sobre la psicomotricidad o los trastornos del lenguaje. En Sainte-Anne también estaba Mâle, del cual fui médico interno, quien era un clínico notable y elegante. Sabía entrar en relación muy discretamente y hacer emerger lo esencial. En cuanto a Georges Heuyer, era muy abierto hacia todas las corrientes y se había rodeado de psicoanalistas. Fue en su servicio donde conocí a Serge Lebovici quien tuvo un papel importante. Por fin, fui el discípulo de Paul Sivadon, con quien me entendía muy bien y hacia quien me hubiera dirigido otra vez si no me hubiese sentido atraído por la paidopsiquiatría. Entre los años '52 y '56 hubo una sala de guardia en Sainte-Anne totalmente extraordinaria, con colegas brillantes, con vivas confrontaciones entre las corrientes de pensamiento, una gran emulación. Además, el periodo de posguerra despertaba el deseo de confrontar las condiciones asilares. Nos parecía que el sistema concentracionista y el sistema asilar tenían puntos en común absolutamente temibles e inaceptables.

Vertex: Todavía había barrios donde los niños no recibían atención...

R. M.: Ustedes no pueden imaginar lo que era la Fondation Vallée cuando yo llegué el 1 de enero de 1957. Los niños inválidos estaban sentados en sillas agujereadas para hacer sus necesidades y los que se podían valer por sí mismos estaban encerrados en una pieza donde llega-

ban a ser unos 150. Los más agitados estaban enchalecados y atados a la pared. Alrededor del patio había rejas como en los campos de concentración nazi. No estoy muy conforme con la manera en que evolucionan las cosas hoy, pero en mi período de vida activa, tuvimos la sensación de haber influido de manera muy positiva. Dirigí la sección infanto-juvenil de la Comisión de Enfermedades Mentales durante muchos años. Se me escuchaba y así logré influir en las distintas circulares sobre la infancia desde 1972, y durante treinta años estuve a cargo de una semana de perfeccionamiento destinada a los psiquiatras de los hospitales públicos, en una atmósfera muy estimulante.

Vertex: Como usted bien sabe porque fue el autor del Prólogo, la versión revisada de la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEA-R) ha sido traducida al castellano en la Argentina, bajo el impulso de la Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y de Salud Mental¹. Quisiéramos pedirle que precise para los lectores de Vertex la importancia de esa clasificación en lo que respecta a algunos puntos particulares. Podríamos comenzar por los siguientes: en primer lugar, la noción de trastornos invasivos del desarrollo, tratada en forma diferente respecto del DSM IV; luego, la impresión que tenemos de que el autismo se diluye en lo que ahora se da en llamar el espectro autístico, adonde se reúnen cuadros cuya unidad aún nos deja muchos interrogantes y, por fin, ese curioso paralelismo entre el abandono del criterio de los 30 primeros meses para determinar el diagnóstico de autismo en la última versión del DSM, y la creación en la CFTMEA-R de un capítulo llamado "psiquiatría del bebé", que abarca los tres primeros años de vida.

R. M.: El marco de los trastornos invasivos del desarrollo del DSM recubre aproximadamente el del denominado "Autismo y psicosis precoces" en la Clasificación Francesa. Sin embargo, la CFTMEA-R lo delimita mejor, en especial desde la descripción de las patologías límite que establece una frontera más precisa que la de los norteamericanos. Pero hallamos las mismas categorías. El DSM IV se centra en el autismo y no deja mucho margen para cuadros como el Asperger o los trastornos invasivos no especificados, ya que estos úl-

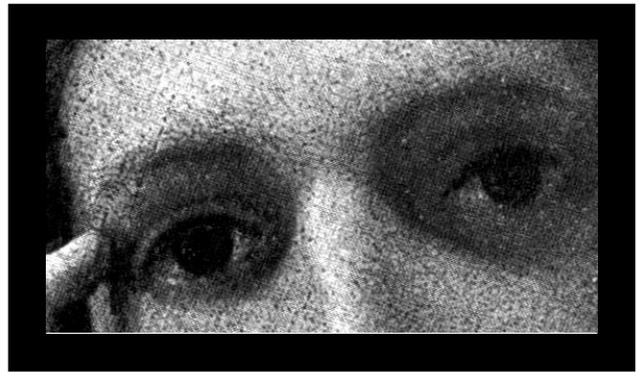
1. *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente* (CFTMEA-2000), AFAPSAM, 1ª traducción castellana de Ana Beraudi Lupi, Diego García, Mónica Serebriany, Juan Carlos Stagnaro y Juan Eduardo Tesone, Polemos, Buenos Aires, 2004.

timos no están claramente delimitados. Los principios que guían el abordaje clínico son completamente diferentes en el DSM y la Clasificación Francesa. Los norteamericanos proponen un abordaje fijado de antemano: se trata de reunir ítems sintomáticos o comportamentales, cuya adición permite establecer el diagnóstico; mientras que, ante hechos comparables, los autores franceses tienen la posibilidad de apoyarse en criterios diversificados de orden psicopatológico. De este modo, nos esforzamos por volver a captar la intencionalidad del proceso, les damos un sentido a las conductas del niño, somos sensibles a su manera de funcionar durante la entrevista. Es un procedimiento que no tiene nada que ver con el que apunta a reunir criterios predeterminados, donde sólo se tienen en cuenta los aspectos sintomáticos. Para los autores franceses, la evaluación clínica es un encuentro con una familia y un niño. La etiopatogenia no está definida de antemano. Desde luego, durante esta evaluación o a partir de exámenes que se hacen ulteriormente, se descubren factores que pueden considerarse etiológicos, o, más precisamente, que son dignos de ser considerados como influyentes, pero son descubiertos en segundo lugar. Así es que no existe una posición tomada sobre la etiopatogenia de las dificultades presentadas por un niño autista. El momento esencial, para los autores franceses, es el de la evaluación clínica.

El uso de la denominación “trastornos invasivos del desarrollo” plantea un problema. Se puede estar de acuerdo con el término si éste pretende dar cuenta de una perturbación precoz, severa, que hace fracasar la capacidad del sujeto para organizar los soportes de su vida mental, que perturba gravemente el proceso de individuación/separación, que obstaculiza los modos de investir las personas y los objetos del entorno. Es verdad que las grandes funciones se ven gravemente alteradas. Pero para los autores franceses, estas fallas no se explican mediante un trastorno del desarrollo del sistema nervioso. A veces existe un trastorno del sistema nervioso, pero esto no forma parte de la definición. Lo que caracteriza la posición francesa es que no hay una explicación etiopatogénica, sólo una definición de orden clínico y psicopatológico.

Vertex: *Forzosamente, dado que, en la depresión anaclítica, si no se da un sustituto materno confiable, vemos que se instala un estado de marasmo que puede volverse irreversible y dar un destino deficitario. Vemos que una situación vital que es una situación vincular determinada puede provocar lo que podemos llamar un trastorno invasivo del desarrollo. Más tarde volveremos a este punto. Pasemos ahora a la noción del llamado “espectro autístico”.*

R. M.: Esta noción tiene su origen en una metodología muy discutible por su simplificación que consiste en estudiar aspectos comunes hallados en poblaciones con lazos de parentesco. Se estudian familias y se busca cómo los mismos aspectos sintomáticos, los mismos rasgos esquizoides, de retraimiento, de aislamiento, u otros aspectos muy superficiales, se hallan en las poblaciones, con la idea de que estos elementos están relacionados con una expresión fenotípica cuyo fundamento estaría en el genotipo. De este modo, ciertas expresiones fenotípicas atenuadas reflejarían el mismo



fundamento genético en sus aspectos superficiales. No podemos aceptar una explicación simplificadora de ese orden, ni aislar lo que sucede en las interrelaciones, entre lo genético y los factores de orden vincular y afectivo. Tampoco podríamos basarnos en análisis que sistemáticamente hacen abstracción del estudio del funcionamiento mental como de lo que se organiza en el plano psicopatológico bajo criterios dinámicos y estructurales. Dentro del espectro autístico se agrupan niños aislados, poco comunicativos, tímidos, inhibidos, que tienen aquí aspectos comunes, pero unos son autistas, otros pertenecen a otras formas de psicosis, muchos otros se inscriben dentro de las patologías límite o son niños neuróticos que presentan inhibiciones, episodios depresivos, otros también entran en el marco de las “variaciones de lo normal”, por ciertos rasgos de su personalidad. Es realmente asombroso que haya semejante interés por este tipo de investigaciones, mientras que un concepto semejante sólo puede diluir los interrogantes. Nuestro trabajo, cuando recibimos a uno de estos niños, es reconocer más precisamente desde un punto de vista clínico y psicopatológico, a qué categoría clínica pertenece.

Vertex: *¿Qué sucede entonces con el criterio de los 30 meses, primero utilizado y luego desechado por el DSM?*

R. M.: El autismo se define como un trastorno que, en las formas más características, se afirma durante los dos primeros años de vida. En ciertos casos, los aspectos determinantes pueden afirmarse un poco más tarde, pero de todas maneras, se trata de una patología cuyo diagnóstico debería establecerse en los tres primeros años de vida. Más tarde, entramos en el marco de las otras psicosis llamadas precoces, que no son autismos, sino disarmonías psicóticas. En cuanto a la esquizofrenia infantil, fue el primer marco descrito, ya sea como una demencia precocísima, ya como una esquizofrenia de tipo bleuleriano en los años '50, que además era la única enfermedad mental reconocida en el niño. Más tarde apareció el autismo, y ocupó el terreno.

2. N. de la R.: ver Leo Kanner. Estudio de once casos de niños autistas originalmente comunicados en 1943. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, III, 9, Sept-Oct 1992, pp. 211-214.

Vertex: La descripción de Kanner es de 1943.

R. M.: Sí, pero en 1953, cuando era médico interno con Heuyer, recibí a una niña que me planteaba problemas insolubles. La habían etiquetado como una se-cuela de encefalopatía, pero no entraba en esa categoría. Descubrí el autismo volviendo a hacer lo que había hecho Kanner. Se la mostré a Lebovici diciéndole que me hacía pensar más en una esquizofrenia que en una deficiencia por encefalopatía. Él estuvo de acuerdo. Poco a poco logré entrar en contacto con esa niña sin lenguaje, pero armoniosa. No tenía trastornos motores. Lo que al principio había aparecido como movimientos anormales no entraban en ese marco, ni en el de las disquinesias. Cuando la apuraba un poco de más, su agitación aumentaba. Lebovici terminó por evocar el autismo pues había estado en los EE.UU. tres años antes. Pero el concepto no se había introducido aún en Francia, donde sólo hablábamos de esquizofrenia. En 1989 realicé un estudio: había un 5% de esquizofrénicos, pero se trataba de formas prepubertarias o de la adolescencia. Además, los autistas no se vuelven esquizofrénicos, algunos casos evolucionan hacia una integración más o menos extendida, sin embargo el autismo representa así y todo la forma más peyorativa entre las psicosis infantiles.

Vertex: Uno de los casos de la descripción princeps de Kanner fue luego cajero de un banco. Como huella de su autismo se podía ver falta de iniciativa y desinterés hacia el sexo opuesto, pero logró integrarse².

R. M.: Hace poco lo dije en la Conferencia de consenso sobre los inicios de la esquizofrenia: las evoluciones muy favorables no tienen que ver con el autismo de Kanner en su forma típica, ni las otras formas de autismo que presentan un déficit más o menos acentuado. Sólo tienen que ver con lo que ahora se denomina "autismo de alto nivel". Este último se asemeja mucho al síndrome de Asperger. Asperger estimaba que para establecer este diagnóstico, no debía haber ninguna perturbación de las funciones cognitivas y del lenguaje, de allí la descripción de sujetos con aptitudes sorprendentes: los calculadores de calendario, etc.

Vertex: Siempre se dijo que el síndrome de Asperger eran los autistas de alto nivel...

R. M.: Yo también lo digo. Para mí hay tres formas dominantes de psicosis infantil: el autismo en sus formas típicas, similares a las de Kanner, cuyo diagnóstico se hace ya en la sala de espera...

Vertex: Se trata de la patología de la relación.

R. M.: Junto al autismo hay "psicosis deficitarias precoces", donde se organiza un síndrome autístico o psicótico intrincado con un déficit importante. Estos se presentan esencialmente como deficiencias atípicas, con estereotipias, automutilaciones, discordancias, conductas paradójales. La tercera categoría es la de las "desarmonías psicóticas", que describí en 1966, que aparecen en niños de entre tres y seis años de edad y que se presentan a través de trastornos diversos, pero con angustias arcaicas mal controladas, confusiones fantasma/realidad, fenómenos de desborde por los procesos primarios, modos de relación muy regresivos persistentes, mientras que poseen buenas capacidades perceptivo-motoras o mnésicas. También se observan

trastornos del lenguaje tales como confusiones pronominales, neologismos. Todo esto dentro de un contexto donde se ve claramente el predominio de la relación dual que los mantiene en una relación anaclítica y de posesión mutua con los objetos investidos. Todas estas formas de psicosis pueden presentar fases de retraimiento, aislamiento, pero no son autistas. En particular, falta el aislamiento intencional que tiene un sentido: el niño autista se separa de la relación, el aspecto defensivo es extraordinariamente sensible y evidente y se ve confirmado por el hecho de que si uno se ocupa de esto, se atenúa, al igual que las estereotipias. A la niña que mencioné hace un momento, intenté hacerla jugar. Yo me decía, no es posible que no logre comunicarme, Tustin describe muy bien este sentimiento, es como si uno estuviera ante un niño temeroso que se esconde detrás de su caparazón, que se encierra, pero que al mismo tiempo, mantiene una dimensión humana de búsqueda de intercambio. Con esa niña lo intenté todo. Cada mañana volvía a empezar, y creo que fue gracias a mi obstinación que pude encontrar un modo de comunicación: no podía sentarme frente a ella, la molestaba, por prudencia me sentaba a su lado. Un día, alargué hacia ella una regla. Esperé, retiré la regla. Hice lo mismo unas cinco o seis veces. La niña se mostró interesada. Eso se siente. Al final, empujó la regla hacia mí. Esperé un momento y volví a empujar la regla, y entramos en relación. Entendí que no se trataba de un retraso, que era una patología complicada, pero abordable. Son cosas que uno mismo debe reinventar, en un momento dado, durante su formación, su experiencia.

Vertex: Absolutamente.

R. M.: No conocía el autismo, pero estaba como frente a un marciano que llega a nuestro planeta y hay que encontrar una manera de comunicarse para entrar en relación con él.

Vertex: ¿Y la melancolía?

R. M.: Creo que no se puede hablar de melancolía en la infancia. Se puede hablar de depresión grave o anaclítica, las depresiones de Spitz o de Bowlby, en el eje de las depresiones del niño menor de 3 años que, a pesar de todo, alcanza un nivel de desarrollo suficiente como para ser sensible a la separación. La clasificación francesa aborda estas categorías.

Vertex: Si mencioné el tema de la melancolía es porque a menudo he observado en estos niños que están en la posición de objeto pulsional, se meten en los orificios. Aquí vemos el valor del trabajo de Hochmann cuando dice que con estos niños hay que crear conjunciones de coordinación, que para no dejarlos entre dos, hay que ayudarlos a pasar de aquí a allá, de un lugar a otro, de un significativo a otro. Si no, se quedan atascados entre ambos. Y esta posición de objeto, es la del melancólico. Efectivamente, no se puede razonar a partir de la melancolía tal como se la describe en el adulto. Hay trabajos a los cuales hoy no nos atrevemos a darles toda su importancia sobre las depresiones maternas, sobre las indiferencias precoces, que nunca fueron, a mi entender, abordados con todo el rigor necesario porque hay algo intocable en cuanto a la madre del niño pequeño.

Pero si consideramos que, cuando un niño ya pasó por el estadio del espejo –de esto tuvimos una demostración experimental durante la Segunda Guerra Mundial– entra en un estado de marasmo si es separado de su madre sin que se le dé un sustituto materno confiable, y como sabemos que si ese marasmo se instala, seguro tendremos un déficit, estamos obligados a remitir esto a una edad más precoz. Este es el sentido de mi pregunta.

R. M.: Si, lo entiendo, pero creo que es un problema distinto al del autismo, más bien se trata de las psicosis precoces deficitarias que suelen organizarse alrededor de carencias graves mediante un marasmo masivo seguido de una reorganización que se hace sobre un modo psicótico, con un déficit que pesa en los aprendizajes. Desde el punto de vista nosográfico, no se trata de autismo, ni de melancolía.

Vertex: Para ustedes es un cuadro específico.

R. M.: Nosotros somos muy prudentes. La clasificación que hemos propuesto conserva, a pesar de todo, el eje de las manifestaciones precoces del autismo ya conocido y trabajado, incluyendo orientaciones un tanto fenomenológicas, un tanto cognitivistas –no resulta muy psicodinámica esta clínica del niño de 3 años tal como se la ve en la CFTMEA-R– pero así y todo, presenta puntos de referencia útiles.

Vertex: El síndrome de Rett no está aislado como tal en la CFTMEA, a diferencia de lo que ocurre en la CIE 10 y el DSM IV. ¿Por qué?

R. M.: Por el determinismo encefalopático. El síndrome de Rett entra en el marco de lo que se denominaba demencias, es un proceso involutivo. El sujeto, normal hasta entonces, entra a los dos años de edad en un proceso demencial que contiene la enfermedad para desembocar en la regresión y, a menudo, en la muerte. El problema de Rett, desde un punto de vista clínico, es que en un momento de la evolución, hallamos elementos similares a los de un cuadro de autismo.

Vertex: Podríamos preguntarnos por qué figura aislado en el DSM.

R. M.: Para nosotros es un caso particular, pues se trata de una demencia.

Vertex: Esto nos lleva al autismo como discapacidad. Crea cierta confusión asimilar el autismo a una discapacidad.

R. M.: No hay ninguna confusión, está muy claro: es una posición ideológica. Cuando Kanner hace su descripción *princeps*, toma niños retrasados o encefalopatas, o considerados como tales. Kanner muestra que entre estos niños hay algunos muy particulares, todo lo viven como si hubieran perdido el contacto con la realidad, pero también presentan deficiencias múltiples. Dicho de otro modo, hay un proceso específico que descubrir en un nivel psicopatológico, lo que no impide, por otro lado, que existan discapacidades.

Vertex: ¿Pero éstas no derivan del proceso psicopatológico?

R. M.: El proceso específico organiza las fallas de la comunicación y las particularidades de los procesos cognitivos; al mismo tiempo, este proceso moviliza una orga-



nización defensiva que es el elemento característico, más allá de las causas del autismo.

Vertex: Me cuesta utilizar el término de discapacidad.

R. M.: A mí también. He luchado siempre contra los que asimilan autismo a discapacidad. En este punto tuve múltiples controversias. El peligro es que los autores que desarrollaron la noción de “autismo-discapacidad” recusan las nociones de enfermedad, de psicopatología e incluso de atención. Para ellos, el autismo es una patología innata, ligada a factores genéticos, que se expresa en cuadros con dominante deficitaria. No hay defensas, reorganización, ni posibilidad de una evolución favorable. Se es autista para toda la vida. Se pueden introducir métodos educativos como el TEACCH, que permitirá emplear las capacidades residuales, presentes o emergentes, pero a través de una especie de entrenamiento que no apunta ni a removilizar las defensas, ni a darle cierta libertad interior al sujeto. En un momento dado, las instituciones que trabajaban con el TEACCH según las concepciones de Schopler, pidieron y obtuvieron una ley especial para los discapacitados. Sin embargo, otras instituciones siguen tratando niños autistas apuntando únicamente a brindarles atención psicoterapéutica y desconociendo la ayuda que requieren a nivel educativo.

Vertex: Schopler estableció una clínica muy fina que no existía.

R. M.: Eso fue invaluable.

Vertex: Pero cuando uno lee la manera en que la utilizan –el castigo y la recompensa– es intolerable.

R. M.: Es terrible.

Vertex: Y los padres piden mucho eso.

R. M.: Desde luego. Por ello es que sólo se puede trabajar con los padres reconociendo los daños, las dificultades que nacen de las deficiencias, de las desventajas del niño. Yo publiqué una clasificación de los trastornos mentales, pero también implementé con otros autores (Ch. Aussilloux, Nicole Quemada, J. Constant, J. P. Thévenot, B. Durand y otros) una clasificación de las discapacidades en niños y adolescentes sobre el modelo de Wood. Cuando llegué a la Fon-

dation Vallée, había retrasados con deficiencias muy graves; no se podía negar la organicidad y había una necesidad de brindar apoyo y la obligación de hallar los medios para paliar las dificultades de comunicación y de aprendizaje. Había que considerar esta dimensión. Lo hicimos, pero al mismo tiempo, logramos interesar a enfermeros y docentes en la detección de la dimensión psicopatológica. Lo que sucedía era que, al liberar a los niños de los mecanismos psicopatológicos más limitadores, al ayudarlos a abandonar sus estereotipias, para pasar de un movimiento inútil a un movimiento que tenía un sentido, al acompañarlos desde una buena distancia, reducíamos su ansiedad, hacíamos aparecer defensas más flexibles y, al mismo tiempo, permitíamos que las deficiencias se atenuaran, que ciertas incapacidades se vieran reducidas, de manera que estos niños lograban vivir experiencias vinculares que, a su vez, tenían efectos muy beneficiosos en la reducción de los mecanismos defensivos más limitadores.

Cuando hablamos con las familias sobre sus hijos, podemos mostrarles cómo todos estos parámetros funcionan y que no son meros co-terapeutas encerrados en el sistema TEACCH, que también son padres sensibles al sufrimiento de su hijo, a su forma de angustia. Entonces, a veces descubren que incluso su manera de teorizar el autismo como discapacidad –Hochmann lo dice claramente– es una manera de aislarse con su hijo en algo que permanece inmutable y que los encierra con él dentro de la repetición.

Vertex: *¿Espera algo de la genética?*

R. M.: Me parece que es muy interesante, justamente respecto de estos problemas. Durante mucho tiempo oí decir a muchos padres “van a descubrir la causa del autismo”. Ahora, los mismos avances de la genética han mostrado que este tipo de investigación es inviable. Se ha descubierto una cantidad de sitios implicados de distinta manera, y con formas muy variables de un autismo a otro para el mismo cuadro clínico, hay más de sesenta. No es lo mismo que la trisomía 21.

Vertex: *¿Usted cree en eso?*

R. M.: Creo que interviene como un factor más.

Vertex: *En lo que se refiere a los gemelos monocigotas, uno puede serlo y el otro no, esto desmiente completamente el asunto.*

R. M.: Hice un trabajo sobre el monocigotismo como factor de riesgo. Guardo mis reservas sobre el papel del gen como sistema explicativo simplificador, y justamente, creo que el hecho de ser monocigota es ya un riesgo considerable. Cuando se tiene siempre un espejo delante, es difícil hacer evolucionar el vínculo especular.

Vertex: *Esto es tema de controversia incluso para los genetistas. Roubertoux, por ejemplo, considera que no hay una causa genética para el autismo.*

R. M.: He escrito un artículo con Roubertoux³. Es ver-

dad, él considera, y yo coincido, que no hay una causa sino factores que intervienen conjuntamente con otros factores.

Vertex: *¿No es éste uno más de esos conceptos modernos difusos? El hombre biopsicosocial. Hay que quedar bien con todos. A partir del momento en que todo está distribuido en sesenta sitios diferentes, ¿no estamos delirando? Un día, algún genetista debería hacer lo mismo con las personas que adoran el chocolate, estoy seguro de que también encontraría sesenta sitios.*

R. M.: Lo que es seguro es que estos datos recientes excluyen una enfermedad genética en el sentido empleado para las enfermedades neurológicas. Aquí no hay un gen perfectamente localizable cuya influencia y efectos se conocen de manera precisa. Ya no es posible construir un sistema explicativo de este orden para el autismo.

Vertex: *Está el tema de los estudios sobre el predominio del autismo en los mellizos monocigotas separados.*

R. M.: Si hubiera, aunque más no fuera, un solo niño monocigota entre cien, que no fuera autista mientras que su hermano sí lo es, entonces la explicación genética quedaría excluida.

Yo soy partidario de considerar la interacción entre series de factores que se sitúan en planos diferentes –series complementarias– que pueden incluir factores genéticos, lesionales u otros; pero es absolutamente necesario tener en cuenta también lo que se introduce en la relación madre/niño por el simple hecho de que las disfunciones precoces del sistema nervioso modifican los intercambios entre madre e hijo.

Vertex: *También está la idea de la recombinación sináptica.*

R. M.: A partir del factor genético u orgánico puede haber una perturbación vincular, pero, si tomamos un factor afectivo determinado, esto se vuelve más aleatorio pues cuando se hace el diagnóstico de autismo al año o dos años de edad, nada permite decir que la relación del niño con el entorno es la misma que al comienzo. Esto también cuestiona un sistema explicativo demasiado rígido haciendo ver la influencia de los factores vinculares y afectivos en la organización del sistema nervioso, en razón de la plasticidad del sistema nervioso durante los primeros meses. Los trabajos de Kandel demuestran que estos factores influyen en las conexiones sinápticas y en la organización del sistema nervioso.

A partir de allí, el descubrimiento mediante las imágenes cerebrales de desórdenes neurobiológicos ya no permite tomar estos datos como argumento etiológico en favor de una explicación orgánica.

Por lo tanto, no podemos sino defender la espiral interaccional y descubrir lo que se inscribe en el plano psicopatológico, a la vez los desórdenes directos y las reorganizaciones defensivas. Y no podemos descubrir de la misma manera lo que se inscribe en el plano neurobiológico. Todo esto mantiene cierta movilidad. Cuanto más complejo se hace, menos derecho tenemos a planear una explicación reductora.

Es evidente que no vamos a trabajar haciéndole al niño una IRM todos los días para ver cómo evolucionan sus conexiones cerebrales.

3. Génétique et autisme infantile. Remarques méthodologiques à propos des études sur les jumeaux. La monozygotie facteur de risque. R. Mises, P. Ferrari, P. Roubertoux. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45, avril-mai 1987. pp.: 187-195.

Vertex: Esto debe tener sus efectos también.

R. M.: Estamos frente a un sujeto muy perturbado, pero evolutivo y sensible a las medidas que implementamos si están bien coordinadas, y trabajamos sobre la clínica y la psicopatología.

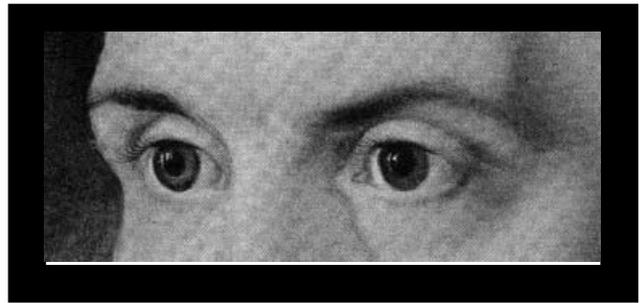
Quisiera precisar un punto importante sobre las desarmonías psicóticas. En Francia las conocemos desde hace tiempo. Pero los norteamericanos están redescubriéndolas. En 1994, el grupo de S. Cohen en Yale describió los MCDD (*Multiple Complex Developmental Disorders*) que corresponden al cuadro de las desarmonías psicóticas y también, en gran medida, al cuadro de los Asperger en las formas menos afectadas por aspectos deficitarios. Se trata de formas de psicosis precoces de mejor pronóstico. Aparecen después de los tres años de edad; los niños tienen posibilidad de comunicarse, de simbolizar, de expresarse. Entran en un proceso inquietante, pero distinto de la esquizofrenia. Sin embargo, pueden volverse esquizofrénicos en la edad adulta, en un 15 a 20% de los casos.

Vertex: Pasemos ahora al tratamiento. ¿Cuáles son las modalidades de atención más interesantes?

R. M.: Las acciones que desarrollamos deben considerar el proceso evolutivo en sus dos aspectos. Por un lado, los mecanismos psicopatológicos, el aislamiento, las limitaciones ligadas a la inmutabilidad del cuadro, los mecanismos descritos por los postkleinianos: el dismantelamiento, la identificación adhesiva. Para ello, es menester recibir al niño, establecer un vínculo con él y ayudarlo a controlar las expresiones de la angustia que son desorganizadoras. Paralelamente, hay que implementar intervenciones de tipo acompañamiento en la vida cotidiana, acciones educativas o pedagógicas que permiten sostener las capacidades presentes y desentrañar las capacidades que van a emerger. De este modo, sostendremos las investiduras y favoreceremos el acceso a una autonomía progresiva.

Estos dos planos deben estar articulados con flexibilidad. A lo que me opongo, es a que haya, por un lado, un personal encargado de organizar la vida cotidiana, y por otro lado, terapeutas que se ocupen del resto. Las experiencias realizadas en los internados y hospitales de día han mostrado que todas las personas que trabajan en la institución pueden estar implicadas en el registro de la atención en su dimensión psicoterapéutica. Esto es básico en cualquier trabajo institucional. Estos participantes le proporcionan al niño relaciones confiables. El niño debe poder contar con ellos, pues necesita personas confiables. A veces el niño traba relación con la mucama. Entonces los demás vienen a apoyar lo que está en juego, participando en las reuniones de equipo. Dado que se trata de autismo, hay que evitar el abandono, la no disponibilidad tanto como la intrusión o el acercamiento intrusivo.

En esta posición se darán emergencias positivas que deberán ser aprehendidas en el momento oportuno. Del mismo modo, habrá momentos de bloqueo, regresiones sobre las que nos interrogaremos considerando lo que es del orden de la transferencia y de la contratransferencia. En un trabajo de equipo bien hecho, con grupos de seis o siete niños, las reuniones de equipo son indispensables. Cada uno es cuestionado por las angustias y los comportamientos repetitivos de los niños autistas y los intercambios dentro del equi-



po tienen efectos revitalizantes para el conjunto. Asimismo, permiten tomar la distancia necesaria: es así como se llega a romper con las repeticiones y los terapeutas redescubren, a su manera, mecanismos psicopatológicos específicos del autismo. Se lleva una memoria del equipo y de la institución, lo cual permite elaborar un lenguaje común.

En este trabajo, el psiquiatra y el psicoanalista ocupan un lugar importante, y sobre todo aquellos que tienen una formación y una orientación dinámica. Creo que no se puede exigir que todo el mundo tenga una formación dinámica. Tampoco hay que exigir que todos sean de la misma escuela psicoanalítica. Yo me hallé muy cómodo teniendo colaboradores de escuelas distintas, pues nadie puede afirmar haber conceptualizado mecanismos de ese orden de manera definitiva; por ende es interesante ver que aportan los distintos puntos de vista.

Asimismo es posible introducir datos provenientes de las ciencias cognitivas que contribuyen al ajuste de las acciones educativas y pedagógicas. Hoy en día los educadores y los docentes están muy al tanto de estos enfoques y pueden utilizar sus competencias. De manera general, todo lo que pueda ser innovador, con la condición de que no sea delirante, merece ser utilizado. Los puntos de apoyo no son demasiados.

Vertex: Hay que sostener el deseo.

R. M.: Eso es fundamental. El deseo de hacer tal cosa con tal niño es algo que debe ser tenido en cuenta.

Entre los múltiples abordajes desarrollados, hay distancias que no se deben reducir. Conviene interesarse por los motivos que subyacen en los distintos enfoques. Vemos que ciertos participantes han avanzado mucho con el niño y que otros aún se encuentran en posiciones de apoyo más primitivas, más cercanas a lo arcaico. Por eso es que funciona: si todo el mundo estuviera en el mismo nivel, al niño le faltaría algo; es preciso que sea apoyado y, al mismo tiempo, impulsado hacia adelante. Por lo tanto, no hay que unificar las perspectivas. Sobre todo porque uno de los mecanismos dominantes es la repetición idéntica, adonde los adultos pueden ser arrastrados por los niños. Así es como se crean aislamientos autísticos; Hochmann lo describió muy bien. Hay familias atrapadas en esto, y algunos terapeutas con teorías cognitivistas al extremo, también. Siempre se pueden crear aislamientos donde encerrarse con los niños autistas.

Hoy en día, hay que poder trasladar estas maneras de trabajar a dispositivos en red que permiten llevar a cabo acciones multidimensionales. Así es como nos apoyamos en una amplia asociación que apela a equipamiento y a personas pertenecientes a ámbitos distintos: salud, educación, acción social. Lo importante es que no se juxtapongan, sino que cooperen, que puedan formar un equipo.

Vertex: Eso es un lujo. Es muy costoso en términos de tiempo.

R. M.: Cuando se puede hacer es importante.

Los dispositivos especializados empleados pertenecen a ámbitos distintos, sanitarios o médico-sociales, pero también hay que utilizar los dispositivos destinados a los niños normales: las guarderías, los jardines de infantes, las escuelas. Cuando empecé a ocuparme de los niños detectados en la ciudad, en los años '60, los jardines de infantes aceptaban recibirlos. Las maestras estaban felices de poder participar.

La red funciona de manera transversal. El niño es admitido en una guardería, un jardín de infantes o un hospital de día, pero, al mismo tiempo, es escolarizado. Se coordinan los modos de intervención entre las personas y se considera la dimensión evolutiva. Este funcionamiento permite ajustar los dispositivos en función de la edad, de los progresos o bien de las regresiones, volviendo así a un dispositivo más terapéutico. Lo importante es la posibilidad de evolución respecto de la política tradicional en la cual el niño era ubicado dentro de una institución: cuando había que movilizar algo, sólo podía hacerse dentro de la institución.

Por el contrario, este dispositivo deja un lugar disponible para lo que está fuera de ella; ninguno de los participantes es completamente responsable del niño, cada uno sabe que, si se halla en dificultades, otros intervendrán después de él y retomarán al niño en otras condiciones. Finalmente, las dificultades se estudian en común.

En este marco, se le presta particular atención a los desplazamientos del niño. Esto lo lleva a diferenciar mejor los lugares y las personas cuando, precisamente, uno de los mecanismos del autismo es la homogeneización, la repetición de lo mismo.

Estos elementos están en la base de la atención psicoterapéutica. Pero también es necesario el apoyo educativo, pedagógico y social, que toma en cuenta la dimensión de los déficits y de las incapacidades. Debe haber un equilibrio entre ambos planos. Estos programas educativos no deben estar demasiado predeterminados. Es lo que ocurre con el TEACCH, que algunos han querido utilizar contra la atención.

Vertex: Históricamente el TEACCH tomó ese camino pues en los EE.UU. no había dinero que recaudar en el campo de la atención, mientras que sí lo había por el lado de la educación.

R. M.: Schopler era el principal asistente de Bettelheim. Cuando la escuela ortogénica desapareció, montó su negocio él solo y logró la exclusividad de la educación de los autistas en Carolina del Norte⁴.

Los padres denunciaron la culpabilización practicada por los psicoanalistas que desarrollaron explicaciones psicogenéticas muy elementales. La mayoría de nosotros no tiene esa postura. Pero los padres están necesariamente implicados cuando hay atención, y debemos tenerlos en cuenta, como ya dije.

En la actualidad, el TEACCH está integrado. Un colega como Jacques Constant escribió un artículo estupendo sobre la manera en que su equipo emplea este método introduciendo a la vez la perspectiva psicodinámica.

La reeducación del lenguaje, de la psicomotricidad, también ocupa su lugar, no como reeducación de un instrumento que falla, sino introduciendo una dimensión psicoterapéutica. La relación con los padres también se adapta en cada caso. Se considera su personalidad, la relación de pareja. Se evita a la vez el corte total respecto de los padres, preconizado por Bettelheim, y el tratamiento sistemático propuesto por Geissmann. Se los apoya, se los considera como padres y no como co-terapeutas; hay que hacer una alianza con ellos. En ciertos casos, se les propone una participación en grupos o un apoyo personal.

Finalmente, me parece importante que al menos una vez cada dos meses se haga una reunión donde participen todos aquellos que se ocupan del niño, incluyendo a los padres. Esto permite profundas discusiones y el encuentro entre la familia y los distintos participantes, y ayuda a integrar todas las contribuciones y las perspectivas de miradas complementarias ■

4. N. de la R.: ver Autismo: psicoterapia o educación. Entrevista a Eric Schopler por K. Heinrischdorff y R. Dimarco. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, VII, 24, Jul-Agosto 1996, pp. 134-136.

Imágenes del autismo en el cine norteamericano

Mauricio Matusевич; Daniel Matusевич

José Ingenieros 2891 7ª. Tel. : 4581-1315. E-mail: matusевич1@uolsinetis.com.ar.

“...Un niño jamás responde cuando le preguntan qué vas a hacer cuando seas mayor: voy a ser crítico de cine.”
François Truffaut

“... Leo, cuando el prólogo está terminado, una confesión brutal, que me arrastra al *maelstrom* de la extrañeza. Dice el ex crítico de cine norteamericano William K. Zinder: “Yo soy un muchacho americano que creció para realizar uno de los grandes sueños americanos. Fui crítico de cine”.
¿Contradicciones del capitalismo?
¿Proximidad de otro sueño esquizoide americano, ser presidente de los USA?
¿Picadura de la mosca Tse-Tse?
Guillermo Cabrera Infante

Introducción

En el presente artículo analizaremos diferentes imágenes del autismo, tal como han sido desarrolladas por el cine norteamericano. Para llevar adelante dicho análisis tomaremos tres filmes que, de alguna manera, representan modelos arquetípicos clásicos, y trataremos de ver cómo es representado allí el autismo.

Los modelos elegidos son la comedia, el policial y la “road movie” o “película del camino”, como la llama Homero Alsina Thevenet, debido a que son géneros que simbolizan patrones tradicionales, a través de los cuales el cine norteamericano ha ido desplegando sus características fundamentales; hacemos la salvedad de que, si bien uno de los directores seleccionados es sueco (Lasse Hallstrom), la película elegida es estadounidense, tanto por tema como por actores, producción, guión y simbolismo.

El siguiente texto ha sido escrito y pensado tomando un modelo desarrollado por José Pablo Feinmann, en el que primero se eligió un tema y luego se seleccionaron películas que hacen referencia a dicho tema; el mismo autor nos alerta, sabiamente, cuando aclara que se debe ser muy cauto al asomarse a escritos sobre cine, debido a que jamás dos lectores tendrán la misma opinión sobre algo tan opinable como el arte cinematográfico.

Consideramos que el ejercicio de la crítica no debe ser entendido simplemente como una actividad centrada en la reseña de estrenos y reposiciones, sino, más bien, como una tarea dedicada a delinear un mapa de sentidos y posibilidades que guíen y/o acompañen al/la espectador/a.

Es en este sentido que este artículo tratará de avanzar, aceptando las reglas de juego de una actividad sumamente compleja desde el punto de vista epistemológico, y siendo conciente de las limitaciones que plantea el campo de análisis, que eruditamente fueron definidas por François Truffaut en el primer capítulo de su libro *Los films de mi vida*: “... cualquier persona puede convertirse en crítico de cine; al postulante no le será exigido ni un décimo de conocimiento del que se le pide al crítico literario, al de música o al de arte. Un director de cine debe aceptar el hecho de que su trabajo será eventualmente juzgado por alguien que tal vez nunca asistió a un film de Murnau.

La contrapartida de esto estará dada por el hecho de que cada persona que trabaja en una redacción, se sentirá autorizada a contestar la opinión del titular de la columna de cine. El jefe de redacción manifiesta su más profundo respeto por su crítico de música, pero interpele al crítico de cine en el pasillo y le dice: ‘a usted no le gustó el último Louis Malle pero mi esposa tiene otra opinión, a ella le encantó la película’”.

Resumen

En este artículo analizaremos diferentes imágenes del autismo tal como han sido desarrolladas por el cine americano; los géneros elegidos son la comedia, el policial y la “road movie” debido a que representan modelos arquetípicos clásicos. Las películas seleccionadas son: Alguien sabe demasiado, Rainman y Quién ama a Gilbert Grape.

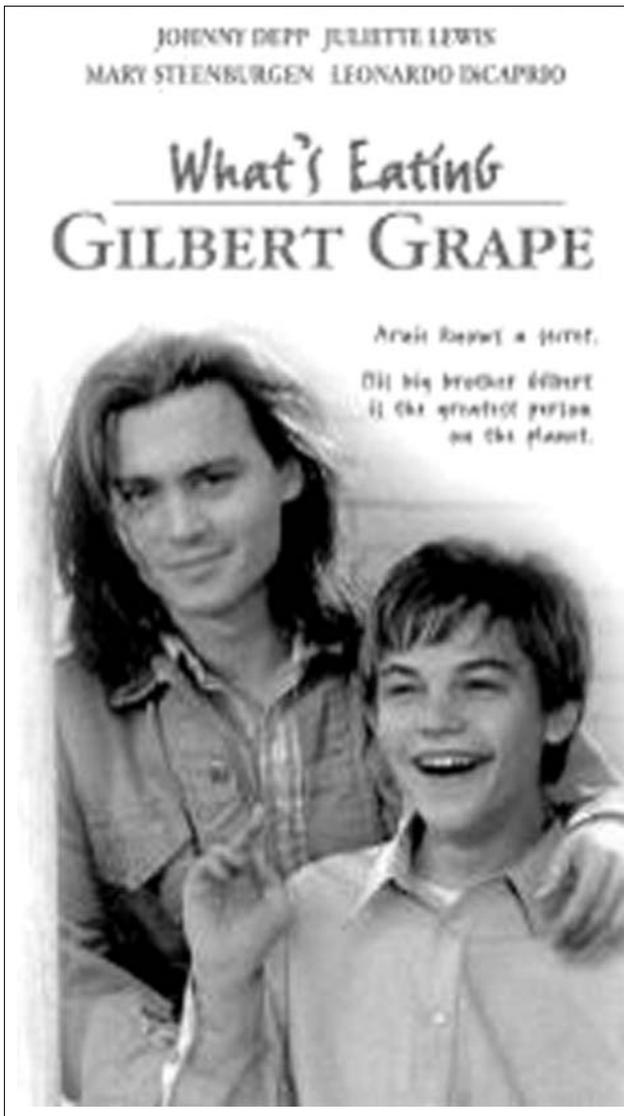
Palabras clave: Cine norteamericano – Autismo – Alguien sabe demasiado – Rainman – A quién ama Gilbert Grape.

PICTURES OF AUTISM IN THE AMERICAN CINEMA

Summary

The aim of this article is to analyze the different ways in which the autism appears in the American cinema; the genres chosen are comedy, thriller and road movie because they represent classical movie patterns. The movies commented are: Mercury rising, Rainman, Who eats Gilbert Grape.

Key words: American cinema – Autism – Mercury rising – Rainman – Who eats Gilbert Grape.



Afiche del film "A quién ama Gilbert Grape".

A quién ama Gilbert Grape

Living in Endora is like dancing to no music

Lasse Halstrom plantea, en 1993, la que quizás sea una de las aproximaciones cinematográficas más sensibles al autismo hechas hasta el día de la fecha, basándose en el guión escrito por Peter Hedges. Siguiendo el estilo de Sam Shepard en sus novelas, cuentos y guiones, este autor describe el modo de vida en la Iowa rural a través de la historia de la familia Grape.

El narrador de la historia es Gilbert, el hijo de 24 años, en una buena *performance* de Johnny Deep después de su papel consagratorio en *Edward Scissorhands*. Es desde su mirada que nos relacionamos con las historias de Ellen, Amy, Bonnie y, por supuesto, Arnie, el hermano autista que está a punto de cumplir 18 años, y es a partir de este dato que se construye el esquema dramático de la película.

Gilbert es el encargado de sostener las necesidades de su familia trabajando en el almacén del pueblo y cuidando de Arnie, ya que éste trata permanentemente de escaparse de cualquier lugar donde esté para ir a subirse a la torre de agua de la villa; también está Bon-

nie, la madre que no sale de la casa desde que se suicidó el esposo hace 15 años y se dedica, casi con exclusividad, a aumentar de tamaño su cuerpo, de más de 200 Kg de peso. De esta manera, queda establecida la tensión esencial de la película entre quedarse o escaparse de Endora o, mejor dicho, entre tratar de enfrentar los cambios inevitables (*Foodmark*) que trae el paso del tiempo, o seguir viviendo atrapados en un pasado que no tiene salida.

La estructura del film es deudora de las *road movies* y tiene algunos puntos de contacto con *Paris, Texas* de Wim Wenders (otro europeo fascinado por los Estados Unidos), con sus paisajes desolados, su melancolía, su respeto por los personajes, el humor triste y un delicado equilibrio entre la sensibilidad y el folletín. De esta forma cobra gran peso el personaje de Becky (increíble Juliette Lewis), ya que, tanto su llegada al pueblo como su partida, actúan como catalizadores de la acción.

Es una película de caminos quieta, donde la mayor parte de los movimientos de los protagonistas son internos y se acompañan de movimientos del entorno: la cadena de hamburguesas que viene a establecerse y la casa que se hunde, muestran la presencia inevitable de un mundo cambiante, cuya visión no puede ser negada, por más que Gilbert pase más de media película tapándose la cara con su pelo.

Otra línea de comprensión tiene que ver con el efecto "freak"¹ que provoca la familia Grape; seres extraños, marginados, no del todo comprendidos, muy queribles, oscilando permanentemente entre entregarse a su suerte o intentar cambiar el destino.

Atravesado por estas historias aparece Arnie, en la mejor actuación que se recuerde de Leonardo Di Caprio, quien llegó a ser considerado por algunos críticos después de este trabajo como un nuevo River Phoenix, predicción que no confirmó para nada a la luz de sus trabajos posteriores. Su composición del hermano autista está llena de matices y sutilezas (en varios reportajes afirmó que es el papel que más disfrutó en su carrera), que van mucho más allá de las palabras, abriéndonos las puertas a una mirada del mundo cargada de afecto y emoción. Podemos decir, sin temor a caer en un exceso de interpretación, que sus constantes fugas son una suerte de señal permanente, o de mensaje a la familia, o a todo Endora, acerca de que existe otra vida posible más allá de los límites de lo que se ve.

Una narración que fluye con precisión, acompañada por una gran fotografía (el gran Sven Nykvist, colaborador habitual de Ingmar Bergman), hacen de esta película una pequeña joya que arroja una mirada absolutamente profunda y comprensiva, no sólo sobre el autismo sino también sobre todos aquellos seres diferentes. El detalle a remarcar es que esa mirada es absolutamente cinematográfica, es la imagen la que permanentemente se impone y nos cuenta la historia.

1. La palabra "freak" es utilizada aquí como la usó Tod Browning en su gran film clásico del año 1932; José Pablo Feinmann le da otra acepción al término: "Un *freak* es un personaje con un evidente problema físico o psíquico (preferentemente una mezcla sumatoria de los dos) que permite a un actor un extremo ejercicio de sobreactuación que tiende a deslumbrar a la academia, que ama a los *freaks* y a los actores que los interpretan".

Alguien sabe demasiado

...are we talking about him Art,
or are we talking about you

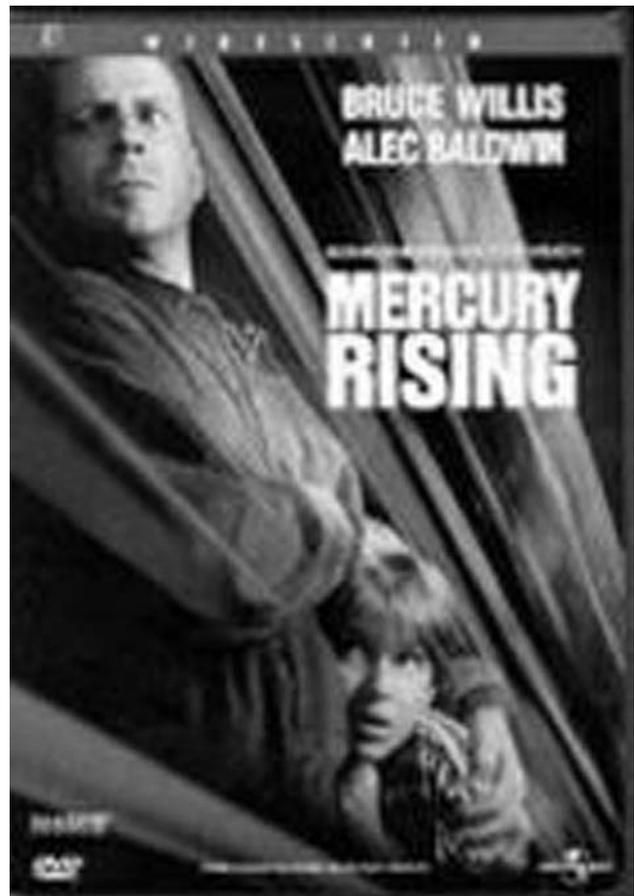
Un agente del FBI traumatizado, debe cuidar de un niño autista de 9 años, cuyos padres fueron asesinados por un agente de la NSA (Agencia de Seguridad Nacional). Es la excusa para acompañar a Bruce Willis a través de una jornada por el autismo, donde al final del día ninguno de los protagonistas será el mismo. La relación que se establece entre el protagonista de 9 años y su protector, es el atractivo principal de este film, que recorre caminos bastante trillados, sin realizar ningún aporte trascendental al género.

Apoyándose muy libremente en la novela *Simple Simon* que Ryne Douglas Pearson publicó en 1996, el director Harold Becker y el guionista Lawrence Kenner construyeron una trama lineal y bastante previsible, cuyo mayor interés radica, quizás, en que explica el autismo de una manera clara y atrayente al público en general; el primero en interesarse en este guión fue Ron Howard, quien había pensado en Harrison Ford para el papel principal pero después abandonó el proyecto.

El esquema de la película remite claramente al clásico de Peter Weir *Testigo en peligro*, aunque nunca *Alguien sabe demasiado* alcanza la intensidad dramática y los picos de emoción del film del director australiano; la elección de Bruce Willis para el papel de Arthur Jeffries es acertada, debido a que el actor consigue agregar un plus de vulnerabilidad a un papel que no dejó de perfeccionar, desde la primera entrega de "Duro de Matar". La manera en que trata de comunicarse con Simón y las dificultades con las que se encuentra, son un excelente ejemplo de cómo se debe tratar de construir códigos para poder interactuar con las personas que sufren autismo. Lamentablemente, el director elige no avanzar en esa línea, optando por una aproximación mucho más ligera a la cuestión, que hace que el film rápidamente pierda atractivo.

Pero el verdadero descubrimiento de la película es la excelente actuación de Miko Hughes, quien se destaca en su rol de autista con habilidades especiales para descubrir códigos secretos; en su artículo *Autism in the movies*, Melissa Bee sostiene que el trabajo del pequeño actor hizo creer a varios críticos que se trataba de una persona que realmente padecía de la enfermedad. Recientemente, algunas características de su personaje fueron utilizadas por Mark Harmon en su novela *El curioso incidente del perro a media noche*, donde también un asesinato pone en movimiento a un niño autista en búsqueda del sentido de su vida en un contexto extraño, hostil y agresivo; también Haley Joel Osment lo tuvo en cuenta cuando construyó el personaje que ve gente muerta (*...I see dead people*) en la película de M. Night Shyamalan *Sexto Sentido*.

Tanto el director como el guionista, pierden varias oportunidades para dotar a sus actores con mayor profundidad y carácter; tal vez el ejemplo más claro de esto sea Kudrow, el villano compuesto por Alec Baldwin con su habitual solvencia e ironía, al que nos quedamos con ganas de ver más tiempo en pantalla: el contrapunto con Jeffries en la bodega de su casa, la noche de la fiesta, está dentro de las mejores escenas de la película. Esta pérdida de oportunidades redundará en



Afiche del film "Alguien sabe demasiado".

que la acción transcurra en un territorio de gran superficialidad, que hace que la película se vaya desbarancando aceleradamente apenas transcurrida su primera mitad.

Una cierta urgencia por llegar rápidamente al desenlace dramático conspira contra la coherencia de los hechos, presentados en un montaje que a veces deja algunos cabos sueltos, con personajes que no encuentran su lugar en la trama, vagando por la película como si ellos mismos fueran autistas a la deriva en un mundo que no comprenden (y que no los comprende).

Por todo esto creemos que *Alguien sabe demasiado* es una experiencia sólo recomendable para los muy fanáticos de Bruce Willis; a aquellos interesados en policiales con niños autistas tal vez les convenga pasar y esperar hasta la próxima.

Rainman

You use me, you use Raymond, you use everybody...
I' am an excellent driver

Sin lugar a dudas *Rainman* marcó un punto de inflexión a la hora de analizar las relaciones entre autismo y cine.

Estrenada en el año 1988, fue escrita por Ronald Bass y Barry Morrow (ganaron un Oscar por el guión) inspirándose en la historia del autista Kim Peek, un prodigio muy famoso en los Estados Unidos capaz de memorizar datos desde los veinte meses de edad. Ambos guionistas



Escena del film "Rainman".

y los autores fueron asesorados por el psicólogo Bernard Rimland, quien los asistió en la composición de los personajes y en la creación de climas; Rimland es el fundador del *Autism Research Institute* y, a su vez, tiene un hijo que padece de autismo. El proyecto original iba a ser dirigido por Steven Spielberg, pero a último momento renunció; asimismo fue rechazado por Sydney Pollack para, en última instancia, ser aceptado por Barry Levinson quien también desempeña un pequeño papel en la película.

No es tarea sencilla considerar un film que, después de diecisiete años, se transformó en parte de la cultura popular; inevitablemente deberemos recurrir a elementos de la crítica cinematográfica pero también debemos considerar cuál fue el impacto social de la película.

Tomando un punto de vista extracinematográfico es necesario decir que *Rainman* contribuyó de manera sustancial a que la cuestión del autismo adquiriera visibilidad social y se instalara como nunca hasta ese momento en la opinión pública. El mismo Dr. Rimland, sostuvo en una entrevista, que la creación del personaje de Raymond requirió amalgamar algunas de las características más complejas de tres pacientes autistas atendidos por él, para, así, poder dotarlo de elementos que lo hicieran interesante para el público general.

A partir de ese momento ser autista equivalió a ser *Rainman*. En su imprescindible página de Internet, Me-

lissa Bee agrega que el cine ha hecho muy poco para ayudar a construir o mejorar la imagen del autismo en la sociedad, ya que, prácticamente, siempre son mostrados como débiles mentales, anormales y rechazados por sus familias al tiempo que enviados a instituciones. La autora se pregunta por qué casi no existen películas que muestren a personas que sufran la enfermedad en la adultez, y que tengan un nivel de funcionalidad más adecuado; concluye, entonces, diciendo que el cine ha contribuido a crear en la mente de la sociedad el mito de que decir autismo es igual a decir deficiente mental.

Siguiendo este razonamiento, debemos preguntarnos si, finalmente, la imagen proyectada por el film a la sociedad fue beneficiosa o perjudicial a la causa de aquellos que pelean por el lugar de las personas que padecen esta enfermedad. Probablemente lo beneficioso fue que millones de personas que nunca habían escuchado hablar acerca del autismo comenzaron a preguntarse acerca de qué se trataba esa enfermedad.

Pensar a *Rainman* desde una mirada cinematográfica, implica enfrentarnos a algunos de los peores clichés de Hollywood, tanto desde el punto de vista del argumento como desde las actuaciones. Una de las trampas más significativas del film, radica en que aquéllo que vemos está hecho o construido para emocionarnos y no para permitir que nuestras emociones fluyan libremente a partir de las imágenes; es decir, que el espectador sufre una pérdida de la libertad debido a que sí o sí deberá emocionarse con lo que está viendo, corriendo el riesgo, si no, de ser acusado de insensible o de no ser "políticamente correcto". Dicho de otra manera es algo así como que si alguien dijera que no le gustó *Rainman* en una charla de amigos, rápidamente sería tildado como insensible o poco empático con aquellos que padecen de autismo.

Los premios que la Academia le otorgó al film (mejor actor, mejor guión, mejor película y mejor director) sin duda contribuyeron a crear ese clima social de película seria y emotiva, que no se puede dejar de ver, corriendo el riesgo, si no, de quedar afuera del momento cultural que se genera alrededor de un film de moda. Siguiendo a Antonio Costa, podemos afirmar que el modelo hegemónico definido por las grandes compañías norteamericanas, pasa tanto por el control económico de las producciones, como por el control ideológico de los espectadores, eliminando cualquier vestigio de que se trata de un discurso estructurado que se propone alcanzar determinados fines, y favoreciendo al máximo la impresión de que se trata de pura narración, pura historia y pura emoción.

José Pablo Feinmann sostiene que la historia verdadera y profunda del cine de Hollywood (o, si se quiere, del cine estadounidense) no pasa por los premios Oscar; el Oscar es una vidriera, una feria de vanidades y un gran negocio. De todas formas en torno a esta cuestión es muy fácil detectar una serie de paradojas: cuando el premio lo gana una película o un actor valorado, la alegría es inevitable; en cambio cuando el favorito de uno es derrotado, el comentario habitual es algo así como que la Academia siempre premia basura o que el reconocimiento carece por completo de valor.

La historia que cuenta el guión de *Rainman* es sencilla: un vendedor de autos con aires de *yuppie* se entera de que su padre falleció y que prácticamente lo desheredó en el testamento; cuando viaja para asistir al entierro

y cobrar la herencia, se pone al corriente de que el beneficiario de casi todos los bienes es un hermano autista que ni siquiera sabía que tenía. La película relata el viaje de Raymond y Charlie a través de los Estados Unidos para visitar a sus abogados y obtener la custodia del hermano autista, ignorando todas las necesidades especiales del enfermo y manipulándolo permanentemente con el único objetivo de obtener el dinero que cree que le corresponde.

Charlie maltrata y subestima permanentemente a su hermano hasta que descubre que las habilidades que posee le pueden servir para ganar dinero en el casino y pagar las deudas que le ocasionaron sus negocios; en ningún momento la trama muestra la menor posibilidad de adaptación al mundo del autista adulto, ya que Raymond, aunque con momentos de resistencia, termina sometiéndose a los deseos del hermano.

En el final se produce la clásica redención de uno de los personajes, que se habrá convertido en más profundo, más sensible y más sabio, después de haber tratado de estafar a su hermano a lo largo de más de cien tediosos minutos; no es mucho lo que se puede rescatar del guión, ya que la película está armada como una sucesión de episodios (en el hotel, en el casino, en la ruta, en la clínica) poco articulados, donde los actores son presentados de manera superficial y con escaso volumen dramático.

Un tema complejo lo constituyen las actuaciones, mejor dicho la actuación, de Dustin Hoffman en un papel excluyente; además es muy poco lo que se puede decir de Tom Cruise, a esa altura de su carrera más preocupado por su apariencia que por construir un personaje;

tengamos en cuenta que este actor rechazó el papel protagonista de *El joven manos de tijera* debido a que tuvo miedo de “afearse” ante su público.

Por este papel Dustin Hoffman ganó su segundo Oscar protagonizando al hermano autista Raymond (el primero se lo dieron por su caracterización de Rato Rizzo en *Midnight Cowboy*); el rol fue pensado para el gran Bill Murray pero debido a que rechazó la oferta Dustin Hoffman fue contratado tomando una participación muy activa en la construcción del personaje, cambiando el *handicap* de debilidad mental a autismo y tomando como modelo en su aspecto y en su forma de caminar a Kim Peek.

La crítica especializada alabó unánimemente su actuación, quedando hasta el día de la fecha como el paradigma del autista en el cine. Hoffman camina de costado, tartamudea, mira para abajo, se “empaca” y todas cosas por el estilo.

Veamos ahora qué nos dice José Pablo Feinmann al respecto: “... a la Academia le gustan las cosas serias, las grandes actuaciones. Y, con el tiempo, los actores fueron descubriendo el secreto: nada posibilita mejor una gran actuación –es decir, un festival de tics y otras desmesuras– que hacer de minusválido mental o físico; si se puede, de los dos”.

Digamos entonces para terminar que si bien Dustin Hoffman dijo que las dos actuaciones por las que será recordado son *Rainman* y *Perdidos en la noche* (muy buena película del irregular John Schlesinger que realiza uno de los primeros aportes al cine gay) quedará para los historiadores del cine establecer cual será la naturaleza de ese recuerdo ■

Bibliografía consultada

- Alsina Thevenet H. *El cine: gente, hechos, películas*, Fraterna, Buenos Aires, 1986
- Bee M. *Autism on film*, <http://hunnybee.com/autism/autism-movies.html>
- Cabrera Infante G. *Un oficio del siglo XX*, El País, Aguilar, Madrid, 1994
- Costa A. *Saber ver el cine*, Paidós, Barcelona, 1988
- Feinmann J. *Pasiones de celuloide. Ensayos y variedades sobre cine*, Norma, Buenos Aires, 2000
- Eastman J. *Retakes. Behind the scenes of 500 classic movies*, Ballantine Books, New York, 1989
- Frith U. *Autismo*, Alianza Editorial, Madrid, 2003.
- Haddon M. *El curioso incidente del perro a media noche*, Salamandra, Buenos Aires, 2004
- Ricagno A. Hundiéndose en Endora, *Revista El Amante*, Año III, Nro. 32, pág. 12, octubre 1994
- Truffaut F. *Os filmes da minha vida*, Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1989
- Truffaut F. *El cine según Hitchcock*, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1992



Psicopatía autista en la infancia*



Hans Asperger

Por Hans Asperger (1906-1980)

Hans Asperger, nació en 1906, en Austria y estudió medicina en Viena, con el proyecto de especializarse en pediatría. Comenzó su trabajo en la Clínica Pediátrica Universitaria de Viena, sintiéndose particularmente atraído por la práctica de la Pedagogía Curativa, que se venía desarrollando en esta institución desde 1918. Allí elaboró lo que constituiría su tesis doctoral, publicada en alemán en 1944. En su trabajo original Asperger, describió a cuatro niños, con edades comprendidas entre seis y once años, que presentaban como característica común una marcada discapacidad por dificultades en la interacción social, a pesar de su aparente adecuación cognitiva y verbal, e introdujo el concepto de Psicopatía Autista en la terminología actual. En esta Sección reproducimos los tramos esenciales de un trabajo suyo, aparecido en 1952, en los que describe el síndrome que llevaría su nombre. Su investigación quedó relegada por espacio de treinta años hasta que Lorna Wing utilizó el término Síndrome de Asperger en un artículo publicado en 1981. La Pedagogía Curativa constituyó uno de los pilares fundamentales

* Extraído de *Die autistischen Psychopaten im Kindesalter*, 1944

del aporte de Asperger. Conceptualmente, se trata de una estrategia terapéutica que integra, perfectamente, técnicas de educación especial en la práctica médica, sustentando todo ello en el trabajo de un equipo multidisciplinario (médicos, personal de enfermería, educadores y terapeutas). Asperger, partía de la premisa de que, a pesar de las importantes dificultades que generaban, estos niños tenían capacidad de adaptación si se les proporcionaba una orientación psicopedagógica adecuada. Tras la II Guerra Mundial, durante la cual sirvió como soldado en el frente de Croacia, y durante veinte años, Asperger asumió la dirección del Departamento de Pediatría de la Universidad de Viena y fue profesor de las Universidades de Innsbruck y Viena. Falleció de forma repentina en 1980, mientras desarrollaba un trabajo clínico activo.

En el texto siguiente describiré un tipo de niños especialmente interesante y bien reconocible. Todos ellos tienen en común un trastorno fundamental que se manifiesta en su apariencia física, funciones expresivas y, en realidad, en todo su comportamiento. Este trastorno causa serias y características dificultades en la integración social. En muchos casos los problemas de adaptación son tan profundos, que ocultan todo lo demás. En algunos casos, no obstante, pueden ser compensados por un alto nivel de pensamiento y experiencia personal. Esto a menudo lleva a excepcionales logros en la vida adulta. Presentando aquí este tipo de trastorno queremos demostrar lo legítimo de reclamar un tratamiento educativo apropiado para seres humanos diferentes, el cual tenga en cuenta sus dificultades específicas y características. Además, podemos demostrar que, a pesar de su anormalidad estas personas son capaces de desempeñar su papel en la sociedad, sobre todo si se encuentran con una respuesta de amor, comprensión y guía. Hay muchas razones para describir detalladamente este tipo anormal de desarrollo infantil. No menos importantes son las cuestiones que está suscitando, de importancia para la psicología y la educación.

Nombre y concepto

He elegido la etiqueta Autismo en el esfuerzo de definir el problema central que genera una estructura anormal de la personalidad en los niños y niñas de los que estamos hablando. El nombre proviene de la descripción de la esquizofrenia de Bleuler en donde se entendía por autismo una alteración fundamental de la comunicación que se manifestaba de una manera extrema en pacientes esquizofrénicos. Esta etiqueta "autismo" es sin duda una de las más importantes creaciones lingüísticas y conceptuales en nomenclatura médica.

Los seres humanos normalmente viven en una interacción permanente con su entorno y responden a éste continuamente. Sin embargo, las personas con autismo tienen esta capacidad gravemente trastornada y sus posibilidades de interacción están muy limitadas. Para una persona con autismo solo existe *él mismo* (este es el significado de la palabra griega *autos*) y no se comporta como un individuo que está y se percibe dentro de un entorno social al que influye y que influye en él de manera constante.

* * *

Mientras que los pacientes esquizofrénicos muestran una pérdida progresiva del contacto con la realidad y de habilidades comunicativas, los niños de los que hablaremos parece que carecen de ello desde el principio. El autismo es un rasgo de importancia en ambos casos. Altera afecto, intelecto, voluntad y acción. Los síntomas esenciales de los esquizofrénicos y los de nuestros niños se pueden englobar bajo un común denominador: una ruptura de las relaciones entre ellos y el mundo exterior. No obstante, al contrario de los pacientes esquizofrénicos, nuestros niños no sufren una desintegración de la personalidad. Tampoco son psicóticos, en cambio muestran rasgos más o menos fuertes de carácter psicopático. La alteración fundamental que hemos identificado en estos niños afecta todos los aspectos de su personalidad y puede explicar tanto sus dificultades y déficit, como sus especiales logros.

Una vez que aprendamos a prestar atención a las manifestaciones características del autismo, nos daremos cuenta de que no son tan raras en los niños, sobre todo en sus formas más suaves. Describiremos unos casos característicos como ejemplos:

Fritz V.

Empezamos por un niño insólito que muestra un grave deterioro en su capacidad de integración social. Fue remitido por la escuela al ser considerado ineducable al final de su primer día allí

Fritz fue el primogénito. Tenía un hermano dos años menor que él que era algo difícil pero no se manifestaba tan alterado como Fritz. El parto fue normal. El desarrollo motor estuvo retrasado. Aprendió a andar con 14 meses y durante mucho tiempo fue extremadamente torpe e incapaz de hacer cosas por sí mismo. Aprendió las rutinas de la vida diaria muy tarde y con gran dificultad. Veremos más detalles más adelante. En cambio, aprendió a hablar a una edad muy temprana pronunciando sus primeras palabras con 10 meses, mucho antes de que empezara a andar. Aprendió rápidamente a expresarse con frases y pronto hablaba *"como un adulto"*. No se conocen enfermedades infantiles ninguna enfermedad cerebral.

Desde la edad más temprana nunca hizo lo que se le

pedía sino exactamente lo que quería, o lo contrario de lo que le exigían. Era incansable e inquieto y tendía a agarrar todo lo que se encontraba a su alcance. Las prohibiciones no le detenían. En el momento en que se sentía incitado hacia la destrucción, cualquier cosa que tomaba terminaba rota.

Nunca era capaz de integrarse en un grupo de niños que estuvieran jugando. Nunca trataba con otros niños, y en realidad, no estaba interesado en ello. Los otros niños solo le irritaban. Se ponía agresivo y golpeaba furioso todo lo que estaba al alcance de su mano (una vez con un martillo) sin pensar en el peligro o el daño que provocaba. Por esto le echaron de la guardería después de unos pocos días. Igualmente, por culpa de su falta de autocontrol, su escolarización terminó el primer día. Había atacado a otros niños, paseó indiferente por la clase e intento derrumbar el perchero.

No sentía un verdadero cariño por nadie aunque de vez en cuando tenía arranques de afecto. Entonces abrazaba a varias personas, aparentemente sin ningún motivo. El efecto, sin embargo, no era agradable. Su comportamiento no daba sensación de un sentimiento sincero, sino que parecía brusco y compulsivo. No se podía evitar pensar que Fritz tal vez nunca sea capaz de querer a nadie, o nunca haga nada únicamente por agradar a alguien. No le importaba si la gente estaba triste o preocupada por su culpa. Casi parecía disfrutar cuando la gente se enfadaba con él mientras intentaban enseñarle algo, como si fuera una agradable sensación, que él intentaba provocar con su negativismo y desobediencia.

Fritz no sabía que significa respeto y era absolutamente indiferente a la autoridad de los adultos. No sentía ningún reparo y hablaba sin timidez incluso con los desconocidos. Aunque adquirió tempranamente el lenguaje, fue imposible enseñarle las formas de cortesía (*Sie - Usted*). A todo el mundo se dirigía de "tu". Otro fenómeno extraño en este niño era la presencia de ciertos movimientos estereotipados y rutinas.

Comportamiento en la consulta

La postura, la mirada, la voz y la manera de hablar hacían evidente desde el principio que la comunicación del niño con el mundo exterior era extremadamente limitada. Esto también se puso de manifiesto inmediatamente en su trato con otros niños. Desde el momento en que puso el pie en la consulta se mantuvo alejado del resto del grupo y esto no cambió. Permanecía ajeno y no parecía darse cuenta nunca del mundo que le rodeaba. Era imposible conseguir que se uniera a los demás para jugar, y tampoco era capaz de jugar el solo. Simplemente no sabía qué hacer con los juguetes que le daban. Por ejemplo, se metía los bloques de construcción en la boca y los mordía o los tiraba bajo las camas. El ruido que producían parecía gustarle.

* * *

Harro L.

Este niño de ocho años y medio fue remitido a nosotros por su colegio como inmanejable. Era su tercer año en el colegio, pero estaba repitiendo el segundo curso, porque había fallado en todas las asignaturas. El

profesor creía que él "hubiera podido si hubiera querido". Ocasionalmente, hacía observaciones sorprendentemente maduras para su edad. Por otro lado, a menudo se negaba a colaborar, a veces hablando de forma mal educada, por ejemplo: "esto es demasiado estúpido para mí", haciendo peligrar la disciplina de toda la clase. Casi nunca hacía los deberes. Peor todavía eran sus problemas de conducta. Era muy raro que hiciera lo que le decían, pero se ponía a discutir y tan descaradamente, que el profesor dejó de preguntarle para no hacer el ridículo delante de la clase. Por otro lado, Harro nunca hacía lo que se esperaba de él, sino exactamente lo que quería y sin pensar en las consecuencias. Durante la clase, se levantaba de su sitio y andaba por el suelo a cuatro patas. Una de las principales razones por la que lo expulsaron de la escuela era su fuerte tendencia a pelear. Las cosas más nimias le provocaban una gran furia, con la que atacaba a otros niños, rechinando los dientes y pegando a ciegas. Esto era muy peligroso, porque él no era un luchador experto. Los niños que son buenos luchadores saben exactamente hasta qué punto pueden llegar y controlan sus movimientos, así que casi nunca causan serios problemas. Harro era todo lo contrario como además era muy torpe, no controlaba sus movimientos y no tenía ni idea de dónde dirigirlos, haciendo a menudo, y sin querer, daño a los demás. Era extremadamente sensible a las bromas, pero con su extraño y grotesco comportamiento las provocaba directamente.

Se decía que era un "adicto a la mentira". No mentía para escaparse de algo malo que había hecho -no era éste el problema, ya que siempre decía la verdad desvergonzadamente- pero contaba largas y fantásticas historias, cada vez sus confabulaciones eran más extrañas e incoherentes. [...] Tenía pocas expresiones faciales o gestos. Su digna seriedad muy pocas veces se interrumpía, por ejemplo cuando reía secretamente de sí mismo. Normalmente era imposible darse cuenta de que le parecía divertido en el momento.

Su voz cuadraba perfectamente con su aspecto, muy profunda y daba la impresión de salir desde su abdomen, hablaba despacio y de forma monótona, sin mucha expresión. Nunca miraba a la persona con la que estaba hablando, su mirada estaba perdida; con su rostro tenso y rígido intentaba formular sus pensamientos. Esto se le daba sorprendentemente bien. Tenía una manera insólita de expresarse como una persona adulta y madura, no como ocasionalmente se observa en el caso de niños que usan frases hechas, sino creándolas desde una experiencia no infantil. Era como si acuñara cada palabra para ajustarla al momento. A menudo lo que hacía era no responder las preguntas, sino dejar que sus propias palabras le llevaran por sus propios caminos. [...]

Conducta en la consulta y tratamiento terapéutico

Durante todo el periodo de su estancia en la consulta permanecía ajeno. Nunca se le veía jugando con otros niños. La mayoría del tiempo estaba sentado en una esquina, concentrado en un libro, indiferente al ruido o a los cambios en su entorno. Normalmente leer así de abstractamente es muy extraño antes de llegar a la edad de 10 años. Los otros niños le encontraban raro y pronto se convirtió en un personaje ridículo.

lo por su aspecto y “la dignidad” con la que lo llevaba (¡los niños son especialmente sensibles a esto!) Sin embargo, le trataban con una cierta timidez y respeto, y por una buena razón. Cualquier tomadura del pelo por parte de otros niños se encontraba con una brutal y cruel respuesta. Harro no veía la parte divertida de las cosas y carecía del sentido de humor, sobre todo si las bromas eran sobre él

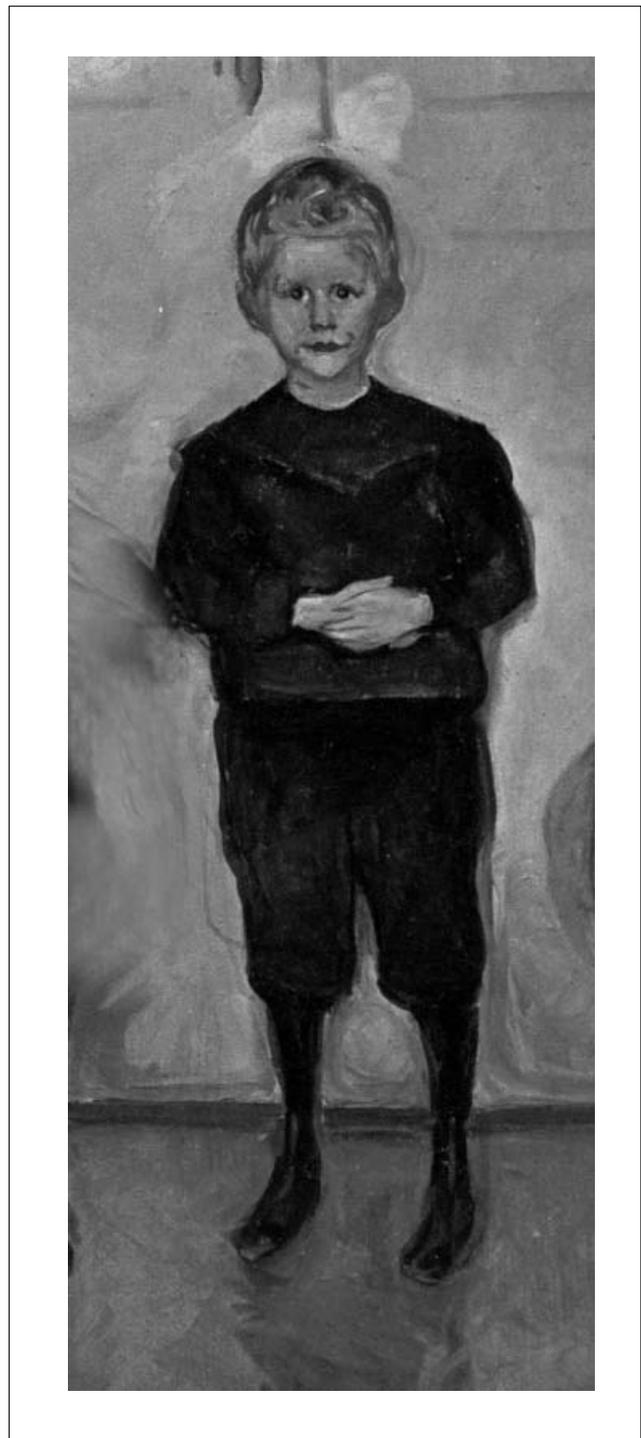
* * *

El cuadro clínico de la psicopatía autista

En lugar de seguir describiendo más casos en detalle, vamos a señalar los rasgos más característicos de las personas con autismo.

La personalidad “autista” es muy característica, a pesar de las amplias diferencias individuales. Cometeríamos un error si ignorásemos estas diferencias y permitiéramos que lo característico de cada individuo se desvaneciera tras la tipología. Las personas con autismo se diferencian unas de otras no sólo por el grado de alteración de su capacidad para el contacto o en el nivel de inteligencia sino también por su personalidad y sus intereses especiales que con frecuencia, son excepcionalmente distintos y originales.

Un aspecto fundamental que se manifiesta claramente en este tipo de personalidad es su estabilidad a lo largo del tiempo. Desde el segundo año de vida podemos detectar 1 ya rasgos característicos que permanecen sin cambios y constantes a lo largo de todo el ciclo vital. De forma natural, la inteligencia y la personalidad sufren un desarrollo, en el curso del cual, ciertos rasgos predominan y otros desaparecen, de modo que los problemas que se presentan se van modificando considerablemente. Sin embargo, los aspectos esenciales del problema permanecen inalterables. En la infancia aparecen dificultades en el aprendizaje de habilidades prácticas y en la adaptación social. Estos problemas proceden de la misma alteración que a la edad escolar causa dificultades en el aprendizaje y problemas de conducta y en la edad adulta, conflictos a nivel social y marital. De este modo, aparte de sus características específicas, es su permanencia la que también hace que el autismo se reconozca fácilmente como una entidad. Una vez que uno ha identificado a una persona con autismo como tal puede reconocer de modo instantáneo a tales personas. Se les detecta a través de pequeños detalles, por ejemplo, el modo en que ellos entran en la consulta en su primera visita, su comportamiento en los momentos iniciales y las primeras palabras que ellos pronuncian. [...] No establecen contacto ocular con su interlocutor. No miran fijamente a nada, sino que más bien, parecen percibir principalmente en la periferia de su campo visual. Por ello, en ocasiones, nos sorprenden que hayan percibido y procesado gran cantidad de información del mundo que les rodea. En una interacción diádica habitual son incapaces de utilizar la expresión facial como medio para establecer el contacto. Algunas veces, tienen una expresión tensa y preocupada. Mientras hablan, sin embargo, su rostro es inexpresivo y vacío, de acuerdo a su pérdida mirada. También carecen de expresión gestual. No obstante, a veces los niños no dejan de moverse,



pero lo hacen de modo estereotipado y sin un valor expresivo. [...] Con frecuencia en un área muy reducida, aislada y circunscrita pueden manifestar un desarrollo desproporcionado.

Tenemos datos de un niño con autismo que estaba interesado por las ciencias naturales. Sus observaciones ponen de manifiesto una agudeza poco corriente para captar lo esencial. Él organiza los datos dentro de un sistema y formula sus propias teorías incluso si son confusos. Era difícil que cualquiera de estas cosas las hubiera leído u oído, y de hecho, él siempre hacía referencia a su propia experiencia. También hay un chico cuyo interés principal es la química. Gasta todo su dinero en experimentos que con frecuencia horrorizan a los demás miembros de la familia e incluso roba para costearse los.

Algunos chicos tienen intereses todavía más específicos, por ejemplo, llevar a cabo experimentos en los cuales crean ruidos u olores. Otro niño con autismo estaba obsesionado con los venenos. Tenía un conocimiento poco corriente de este campo y poseía una gran colección de venenos, algunos bastante ingenuamente elaborados por el mismo. Vino a nosotros porque había robado una cantidad sustancial de cianuro del almacén de química de su escuela. Otro sujeto estaba preocupado por los números. Llevaba a cabo complejas operaciones aritméticas sin que nadie le hubiera enseñado.

Otro chico con autismo tenía un interés especial por la tecnología y conocía una cantidad impresionante de maquinaria compleja. Adquirió este conocimiento a través de preguntar constantemente, no era posible rechazar o desviar sus dudas, y en gran medida también a través de sus propias observaciones. Además, estuvo ocupado en fantásticos inventos, como naves espaciales y otras cosas parecidas. En hechos como este puede uno darse cuenta de lo lejos de la realidad que con frecuencia están los intereses de las personas con autismo. [...] Llegados a este punto, parece que existe una contradicción que tenemos que resolver, y la cual, no obstante, nos llevará a un punto muy importante. Nosotros queremos demostrar que la alteración esencial en autismo es un problema en sus relaciones cotidianas con el ambiente. Esta alteración explicaría todas las peculiaridades que aparecen en las personas con autismo. Ahora bien, ¿cómo podemos reconciliar estas dificultades en sus relaciones con el ambiente, con la especial claridad y brillantez que está implícita en los ejemplos propuestos? ¿Cómo alguien que tiene alterada su capacidad para el contacto puede experimentar tanto y de manera tan consciente? La contradicción es sólo aparente. El niño normal, especialmente el más pequeño, el cual mantiene una relación apropiada con el ambiente, instintivamente se deja llevar. Los juicios conscientes no se llevan a cabo y de hecho, pueden ocurrir sólo cuando te distancias del mundo de los objetos. El ser capaz de distanciarse del mundo de los objetos es un prerrequisito para la abstracción consciente y para la formación de conceptos. El incremento de la distancia personal que caracteriza a los niños con autismo y que es también el corazón de sus dificultades en las reacciones afectivas instintivas, es por un lado, el responsable de su buen rendimiento intelectual en el mundo. Por este motivo podemos hablar de "una claridad de visión psicopatológica" en estos niños, a partir de lo que podemos observar. Esta capacidad, que se mantiene a lo largo de toda la vida puede en circunstancias favorables llevar a rendimientos excepcionales que otras personas nunca podríamos obtener. La capacidad de abstracción, por ejemplo, es un prerrequisito para la labor científica. Incluso nosotros encontramos individuos con autismo entre distinguidos científicos. Las alteraciones del contacto que aparece como impedimento en cuestiones de la vida práctica está típicamente asociado a la imagen del profesor "sabio distraído", y que aparece reflejado en bromas y dibujos.

Desafortunadamente, en la mayoría de los casos los aspectos positivos del autismo, no compensan sus aspectos negativos. Hemos mencionado repetidamente, que en el autismo aparecen diferentes niveles de competencia. Un abanico que incluye desde los brillantes

genios, pasando por los raros y excéntricos que viven en su propio mundo y se conectan muy poco, hasta aquellos que tienen severamente alterado el contacto, personas con retraso mental, autómatas.

* * *

El comportamiento en el grupo social

Mi principal objetivo ha sido mostrar que la alteración fundamental en las personas con autismo está en las limitaciones en sus relaciones sociales. Toda su personalidad está determinada por esta limitación. Hasta aquí hemos observado a estos niños y hemos visto cómo esta alteración afecta a sus funciones expresivas y a su rendimiento intelectual. Sin embargo, la naturaleza de estos niños se revela más claramente en su comportamiento hacia otras personas. [...] Los niños pequeños con autismo con frecuencia se comprometen en actividades estereotipadas. Algunas veces se trata de simples movimientos, como balancearse rítmicamente. En otras ocasiones es un juego monótono con el cordón del zapato con el que se pasa horas y horas o con un juguete en particular, por ejemplo, una cuerda o una vieja muñeca, la cual es tratada casi como un fetiche. Los niños se divierten con frecuencia con golpeteos rítmicos o alineando sus juguetes, por ejemplo, clasificando sus bloques de acuerdo al color, forma o tamaño; o según alguna otra regla indescifrable antes que hacer construcciones con ellos. Generalmente es imposible arrancarles de sus juegos o de sus preocupaciones. Un niño de siete años con autismo manifestaba grandes problemas en la alimentación porque él nunca dejaba de mirar las pequeñas manchas de grasa que flotaban en la superficie de su sopa. Esto le interesaba excesivamente, mirarlas, moverlas de un lado para otro y soplarlas. Aparentemente, los cambios de forma eran tales y tremendamente significativos para él. [...] Queda claro hasta este momento y por los datos presentados que la personalidad de los niños con autismo carece de una falta de armonía entre afecto e intelecto. Mientras que en el ámbito intelectual podrían estar por encima de la media, sus impulsos y sus instintos están con frecuencia gravemente alterados. Esto se pone de manifiesto en los fallos de adaptación intuitiva a situaciones y cuando tienen que afrontar las demandas de la vida práctica. [...]

La impresión de la falta de armonía y la contradicción sólo se incrementa cuando consideramos los sentimientos que ellos ponen de manifiesto en sus relaciones con objetos, animales u otras personas. Tan pronto como uno empieza a trabajar con éstos niños, se siente golpeado por un déficit emocional característico, el cual bien podría ser considerado la causa última de su alteración social. Este déficit se manifiesta en su aislamiento cuando están en medio de la gente y en sus contrariedades con el medio y, especialmente, con su círculo familiar más cercano. Faltan las muestras de afecto, que normalmente hacen la convivencia con un niño tan recompensante. Nunca se oye que intenten ser agradables o caer bien. Incluso, con frecuencia se comportan de modo desagradable cuando alguien intenta ser amable con ellos. Su malicia y crueldad aparece demasiado claramente desde su empobrecida emocionabilidad.

Los niños con autismo son egocéntricos en grado extremo. Siguen sólo sus propios deseos, intereses e impulsos espontáneos, sin considerar restricciones o prescripciones impuestas desde afuera. Hay una falta completa de respeto por la otra persona. Tratan a todo el mundo como a un igual, a un compañero de curso, y le hablan con la lógica confianza. En su excesiva desobediencia, su falta de respeto es clara. No se comportan descaradamente de forma deliberada, pero tienen un déficit característico en su comprensión de la otra persona.

Ellos tampoco son conscientes ni respetan la distancia personal en las relaciones con otras personas. Como cuando despreocupadamente se apoyan en otros, incluso en un completo extraño, y pueden recorrerlos con sus dedos como si fueran un mueble, tomándose toda una serie de libertades sin asomo de timidez. Hacen una petición o inician una conversación con un tema de su propia elección. Todo esto sin tener de ningún modo en cuenta, en su interlocutor, la edad, el estatus social o las mínimas normas de cortesía. [...] Otra característica de los niños con autismo es la *ausencia del sentido del humor*. No “comprenden las bromas”, especialmente si se refieren a ellos. Esto es otro de los motivos por los que con frecuencia son el “blanco” de las mismas: si uno puede reírse de sí mismo, no se siente tan ridículo. Sin embargo, los niños con autismo raramente se sienten tan relajados y descuidados como para sumergirse en esta particular sabiduría y profun-

da intuición que subyace al sentido del humor. Cuando se sienten alegres, como ocurre algunas veces, les resulta chocante y desagradable. Su estado de ánimo es exagerado y falta de moderación. Saltan y se alborotan invadiendo el espacio de otras personas, y comportándose de manera agresiva y molesta. Cuando hacen juegos de palabras, sin embargo, pueden manifestarse de un modo lúcido e incluso ser muy creativos. Esto abarca desde simples trabalenguas y asociaciones de sonidos hasta citas reales e ingeniosas, reproducidas con extraordinaria exactitud.

Estamos convencidos, de que las personas con autismo tienen su lugar dentro de la comunidad. Ellos cumplen bien con su papel, quizás mejor que ningún otro y eso que estamos hablando de personas que durante su infancia tuvieron grandes dificultades y causaron incontables preocupaciones a las personas que se encargaban de su cuidado.

El ejemplo del autismo pone de manifiesto con especial claridad cómo incluso las personas con alteraciones profundas pueden ser capaces de desarrollarse y adaptarse, alcanzando niveles de integración social que uno nunca hubiera imaginado en el curso de su desarrollo. Esto determina nuestra actitud hacia individuos de estas características y similares. Nos creemos en el derecho y en el deber de interceder en favor de estos niños con todas nuestras fuerzas. Consideramos que únicamente un educador absolutamente dedicado y entrenado puede llevarles al éxito ■

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E

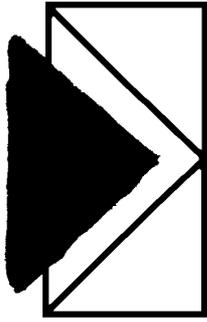


Proyecto ATUEL
Estudio, Prevención, Diagnóstico
y Asistencia de las Adicciones
Asoc. Civil s/f.d.l.

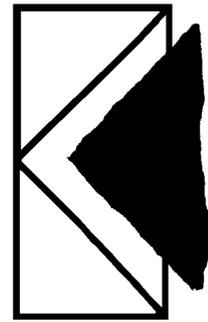
- ✓ Tratamientos Ambulatorios
- ✓ Consultorios Externos ampliados
- ✓ Centro de Día
- ✓ Atención médica, psicológica y ocupacional
- ✓ Prestador de organismos gubernamentales

Dirección Médica: Dr. Martín Porthé
Director de Programa Terapéutico: Lic. Gabriel Mattioni
Área Psicosocial: Lic. Liliana Paganizzi, T.O.

Correa 2520. Ciudad de Bs. As. Telefax: 4702-8739
E-mail: lacasa2520@hotmail.com
www.proyectoatuel.com.ar



confrontaciones



Psiquiatría carcelaria argentina

Pablo Carlos Cristiani

Médico Especialista Universitario en Psiquiatría y en Medicina Interna (UBA). Ex-Médico Psiquiatra del Servicio Psiquiátrico Central de Varones U20, Servicio Penitenciario Federal. Candidato en formación Asociación Psicoanalítica Argentina. Docente Adscrito 1ra Cátedra de Psiquiatría Htal. "José T. Borda". E-mail: pccristiani @ intramed.net.ar

Introducción

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el modo de asistencia psiquiátrica en el ámbito del Servicio Psiquiátrico Central de Varones U20 del Servicio Penitenciario Federal (SPF). Partiendo de una descripción de su funcionamiento destacaré algunos elementos que caracterizan su dinámica particular.

Antecedentes históricos

Es curioso el lugar físico que ocupa la U20 dentro del Hospital "José T. Borda": se encuentra en el fondo del predio, totalmente cercado. Dentro del "Borda" como último eslabón de una cadena asistencial con todo su significación, la U20 contiene la interfase locura-judicial. Ahí están aquellos con quienes no se sabe qué hacer: psicópatas y psicóticos que cometen delitos graves.

No se sabe qué hacer con ellos ahora como no se supo en 1880, cuando el Dr. Lucio Meléndez, entonces Director del Hospicio, señaló la urgente necesidad de crear un departamento para locos delincuentes(3). El pabellón Chiaruggi se erigió en 1872. En 1892 el Dr. Domingo Cabred concretó el proyecto inaugurándose, en 1899, el pabellón Dr. Lucio Meléndez del Hospital Neuropsiquiátrico de hombres. A lo largo de 64 años los locos delincuentes estuvieron alojados en ese pabellón

hasta 1963, cuando por una huelga se lo militarizó. El Servicio Psiquiátrico Central de Varones se creó oficialmente el 28 de abril de 1969 por Decreto N° 1972 del Poder Ejecutivo Nacional(9).

Los dos primeros directores fueron médicos, pero luego lo fueron oficiales del escalafón general; lo que se denomina en la jerga carcelaria "grises y blancos": agentes penitenciarios del cuerpo o profesionales que pertenecen a la fuerza, respectivamente. Esa es la primera disociación de una serie que caracteriza el funcionamiento penitenciario. En el plano físico se observa a la U20 como un lugar segregado, ubicada al fondo en un lugar que no "pertenece" al Hospital y con el que tanto uno, el SPF, como el otro, el Hospital, parecerían no saber qué hacer.

Criterios y modo de funcionamiento

Los principales motivos de ingreso a la U20 son los trastornos de la personalidad, el abuso de sustancias y/o los intentos de suicidio. Los internos llegan por orden judicial o derivados de otras Unidades Federales de Buenos Aires o del interior del país. A su arribo son alojados en las Celdas Individuales de Tratamiento (CIT) o "buzón" (en la jerga carcelaria), al cual, en el caso de no tener ventanas, se lo denomina "ciego" (ídem). Allí aguardan la evaluación psiquiátrica para determinar su siguiente destino que puede ser: 1) la vuelta a su lugar de

origen o a otra Unidad carcelaria, 2) su pase a Sala ó 3) su permanencia en la CIT hasta su compensación clínica o hasta completar la evaluación.

En la U20 existen tres Salas con una disponibilidad de camas que, en la práctica, está sobrepasada; rondando la población de internados un promedio de 120 internos, con un lento y persistente aumento de su número total.

El criterio para el alojamiento, es decir, en cuál Sala y Sector se indica la internación, depende exclusivamente del Jefe de Seguridad Interna. Éste, sobre la base de su experiencia y capacidad, determina adónde será alojado el interno, sea éste "primario" -interno en su primera experiencia de prisión- o "cachivache" -preso viejo reincidente que conoce muy bien los manejos carcelarios-.

El funcionamiento coordinado entre profesionales y celadores es inexistente. Lo que aquí se dirime es a cargo de quiénes están y qué función cumple cada uno. Desde el punto de vista "gris", el médico es necesario para realizar ciertos trabajos que requieren la firma de un profesional, como la redacción de informes judiciales, las autorizaciones de traslado y las actas de alojamiento en CIT o Sala, aunque por razones de seguridad los traslados hayan sido hechos por los celadores. Existe una consideración parcial de enfermedad para los psicóticos ("loquitos"), pero no existe la posibilidad de pensar a un delincuente psicópata como una persona que pudo haber sufrido y que inflige y provoca, dolor y sufrimiento a terceros mediante el delito.

Desde el punto de vista médico las posibilidades de tratamiento son limitadas porque chocan con distintos aspectos simultáneamente:

- a. Escaso interés en el mejoramiento de los internos.
- b. Escaso interés institucional por recuperar personas de la delincuencia.
- c. Mucha dificultad operativa en coordinar con el aparato judicial la mejor perspectiva para cada caso individual.

Predomina una urgencia por sacar adelante un gran volumen de trabajo, escaseando el tiempo necesario para la reflexión.

Sin embargo, los resultados positivos existen, aunque son fruto de acciones aisladas y no resultan de un modo sistemático de trabajo que detecte potencialidades terapéuticas, jerarquice esfuerzos y establezca horizontes terapéuticos en cada situación singular.

Predomina lo empírico e individual por sobre una deseable combinación de lo profesional más lo empírico y colectivo.

Lo prioritario es que "la bomba no explote acá". No que no explote.

El psicópata es enviado de un lugar a otro por el sistema judicial, por la U 20, por las otras Unidades. No puede habitarse a sí mismo y, por ende, no tiene un lugar en el mundo.

Aspectos clínicos

Del espectro de internos con problemas de salud mental que habiendo cometido delitos, pudieran declararse inimputables, tomaré el grupo de psicópatas ya que es el más representativo de la U 20 y de todo el sistema penitenciario, y el que más problemas ocasiona al funcionamiento.

El manejo y tratamiento de psicóticos agudos y crónicos y débiles mentales, no representa un problema dentro de la U 20, debido al adecuado manejo profesional de pacientes de estas características.

Sin embargo, en la población de psicópatas, la particular combinación del uso de la identificación proyectiva junto al grado de agresión y a los altos montantes de angustia hacen que la relación con estas personas y la atención profesional tengan un impacto emocional de tal magnitud que hacen necesarias ciertas consideraciones particulares:

- a. Psicopatológicas y psicodinámicas.
 - a. Técnicas.
 - b. De funcionamiento institucional.
 - c. Resultados.

a. Consideraciones psicopatológicas y psicodinámicas

En función de la población observada durante el tiempo en que he trabajado en la U 20, considero lo predominante en la combinación de las características psicodinámicas descritas como posición fetal(10) y esquizoparanoide(6), en detrimento de una adecuada elaboración de las ansiedades que caracterizan a la posición depresiva(7). Si bien las defensas yoicas son variadas, las predominantes son la omnipotencia, la disociación, la negación y la idealización, la proyección y la identificación proyectiva.

El mundo objetal es parcial y el predominio del pensamiento paranoide -con conservación de la prueba de realidad- es marcado.

También se observa en la vida de los internos la sucesión de traumas vitales y su pertenencia a familias pobremente constituidas con muy limitada presencia y escaso caudal afectivo, así como la temprana salida de ese núcleo para sobrevivir en la vía pública. A los 7, 8, 9, 10 años de edad se constata la iniciación de conductas adictivas baratas: nafta, kerosene y/o pegamentos,

Cuadro 1

<i>Mundo externo</i>	<i>Mundo carcelario</i>	<i>Mundo interno</i>
Droga externa	Droga "interna"	Droga psíquica
Cocaína, pasta base etc.	"Medicamentos"	Relación transferencial
Pulsión	Pulsión	Pulsión

hasta llegar a la marihuana y, en el mejor de los casos, a la utilización de pasta base de cocaína. Se observa en ellos un comienzo de la actividad delictiva a través de la perpetración de actos ilegales menores tales como robo de estéreos de automóviles, arrebatos en la vía pública, etc. Como consecuencia de ello inician una circulación por los Institutos de menores, y luego comienzan una actividad delictiva con uso de armas de fuego. Lo característico en esos sujetos es la suplantación del pensamiento por la acción. El pensamiento está detenido en la actividad paranoide centrada en quién lo va a dañar y a quién tiene que dañar para sobrevivir. El pensamiento relacionado al mundo afectivo tiene un grado de concretismo y de no desarrollo, el que sumado a pobres capitales verbales muchas veces les impide nominar lo que les sucede, faltándoles vocablos en ese sentido. Este déficit contrasta con otros dominios mucho más desarrollados como, por ejemplo, el de la destreza motora. La manera de tramitar la angustia y expresar la conflictiva del mundo interior se expresa mediante actuaciones. Estas consisten en cortes, mutilaciones en antebrazos, pecho, cuello, ingesta de cuerpos extraños, cucharas, tenedores, "feites" (cabezales de máquinas de afeitar) e inclusive, pequeñas lámparas eléctricas.

Estas actuaciones, cargadas de angustia, que son expulsadas mediante el pasaje al acto –elementos beta bio-nianos(6)– pasan a circular y a alojarse en los integrantes del SPF quienes funcionan como "continente" con importantes consecuencias que paso a describir.

En el nivel inmediato generalmente se produce la contraidentificación proyectiva(5) de esa agresión y angustia proyectada, propiciando actos médicos represivos como el retorno al "buzón" o la utilización de medicación intramuscular en forma punitiva, y por parte de los "grises" un aumento de la violencia verbal y física en el trato al recluso.

Todo ello conduce en el plazo mediato a la puesta en

marcha de mecanismos para la eyeción del interno, si esto fuera posible –recordemos la vivencia de sometimiento al tener que acatar "la orden del juez"–.

Como resultado de esos mecanismos podemos imaginar al interno como una "bomba humana" angustiada y agresiva que angustia a otros y los hace reaccionar activando afectos reprimidos penosos y perversos en términos pregenitales(4).

Nadie quiere alojar a estos internos. Llegan de las unidades penitenciarias de Devoto, Ezeiza, Marcos Paz y del interior del país. Llegan porque "hacen la caída" –denominación carcelaria de las actuaciones engañosas para obtener beneficios–. Llegan para volver cuanto antes, porque son los que nadie sabe dónde ubicar, y para los que habría que diseñar un espacio físico determinado que permita un abordaje terapéutico específico teniendo en cuenta sus potencialidades individuales, si las hubiera.

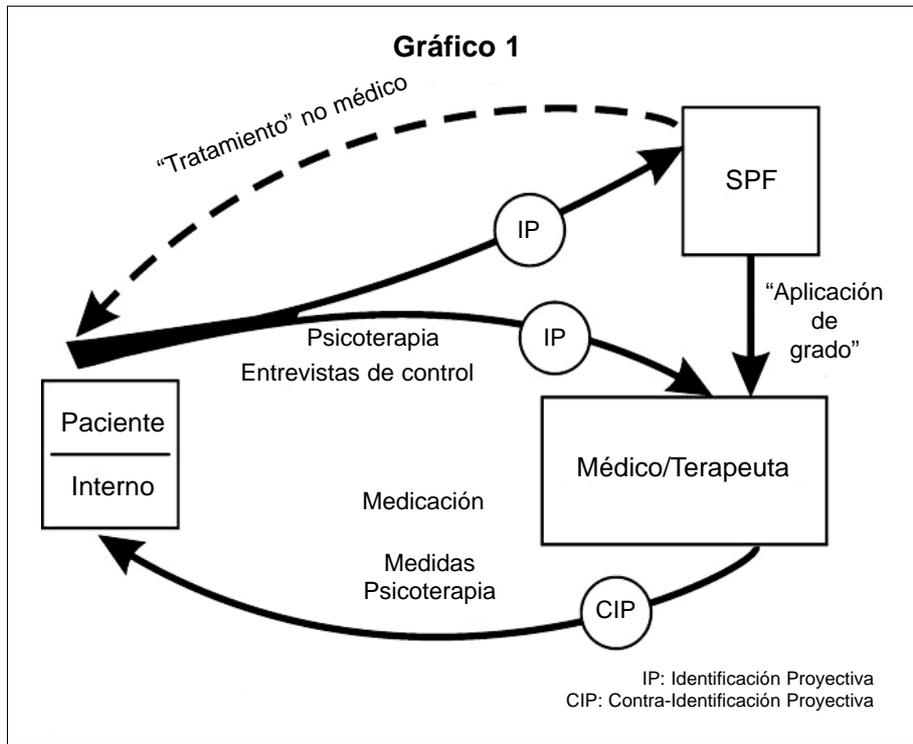
b. Consideraciones técnicas

Lo estipulado para el tratamiento es la confección por escrito diaria de los internos a ser asistidos y el traslado de los mismos a la zona de consultorios para ser atendidos por el profesional respectivo, médico, psicólogo o asistente social con la frecuencia y el tiempo de entrevista que éstos consideren necesario. El tratamiento psicoterapéutico está en la órbita de los psicólogos, mientras que el control farmacológico es actividad médica. La confección de informes rara vez es combinada y si lo es, tiene el objetivo de no evidenciar incongruencias, expresando la dificultad de integración del equipo de salud.

Una mención aparte y destacada es cómo afectan los fármacos la técnica de trabajo.

La asociación de psicopatía y abuso de sustancias es sistemática en la población de pacientes que me tocó observar. Lo notable es que la situación de privación de acceso a drogas del mundo externo, la voracidad y el hambre objetual de estos internos busca denodadamente objetos para su satisfacción.

En tanto el médico satisfaga esta demanda y recete aquello que quiere el paciente su precario equilibrio interno se mantiene. La negativa a satisfacer esta demanda pone al descubierto una voracidad impetuosa que permite la creación de una situación potencialmente terapéutica: el establecimiento de una transferencia desde lo anteriormente transferido al objeto droga hacia la



persona del médico, constituyéndose el médico en la droga “adictiva” (ver Cuadro 1). Establecido este proceso el paciente sólo puede ir mejorando mediante la elaboración del trabajo psicoterapéutico.

Lo llamativo es cómo en situación de privación externa la fuerza pulsional encuentra en el fármaco legal la satisfacción y esto pasa desapercibido para la institución. Obviamente, el cese del aporte de medicación lleva a reacciones acaloradas y a actuaciones tal como lo han comunicado otros autores(8). El reconocimiento de este mecanismo permitiría aprovechar una situación potencialmente terapéutica muy particular dado que conjuga dos factores muy difíciles de lograr con este tipo de pacientes. Uno el acceso al sistema de salud y el otro la abstinencia forzada. El adecuado reconocimiento y manejo de esta particular situación podría llevar a momentos que permitan la elaboración psíquica, o eventualmente a la utilización racional de fármacos que eviten angustias arrolladoras y actuaciones excesivas pero que no obturen el proceso de desarrollo y maduración mental.

c. Consideraciones institucionales

El montante de agresión y angustia en combinación con el uso de la identificación proyectiva(6) repercute en todos los integrantes del “ecosistema” carcelario. Como sistema que busca su propio equilibrio el disturbio que produce un interno actuador sin medicación intranquiliza al propio interno, a los celadores del SPF y a otros miembros del equipo de salud.

La agresión y la angustia que se moviliza y que angustia a quienes rodea, provoca el deseo de que se silencie –vía medicación– a alguien tan angustiante. La manera en que esto se efectiviza es, generalmente, mediante actos que intentamos ilustrar en el Gráfico 1.

d. Resultados: apreciaciones sobre la recidiva delincuencial

Se podría considerar al retorno a la actividad delincuencial como el medio para volver a la cárcel. Dentro del ámbito carcelario, los delinquentes “son”, tienen una categorización existencial que se aprecia en apodosos y su ubicación en distintos ámbitos físicos, como por ejemplo las salas para “los pesados” –delinquentes con amplios prontuarios–. Afuera, en el mundo exterior, la ansiedad esquizoparanoide no elaborada los impulsa a la acción. No para avanzar hacia la posición depresiva sino para regresar a la posición fetal, donde son alimentados, oscurecidos y enclaustrados. De ahí el carácter ominoso, atractivo y aterrador del ambiente carcelario.

Quiero destacar el carácter agresivo de la voracidad, de los actos y del vínculo en general, en este tipo de pacientes(2). En relación a sus patobiografías, a mis experiencias contratransferenciales y a la etimología de la palabra agresión*, postulo la idea de que la agresión es búsqueda de objeto, es una manera de ir al encuentro de quien pueda contener toda esa combinación de afectos,

* Tanto la palabra latina *aggressio, -onis* f.: agresión, ataque, como *agresor, -oris* m.: agresor, comparten la misma raíz y derivan de *aggredior, -edi, essus sum* verbo intransitivo: ir hacia, acercarse a *ad dicendum* a.: empezar a hablar// tr.; acercarse, dirigirse, abordar a alguien (para hablarle) o a algo. *Crudelitatem principis* a. dirigirse al duro corazón (= a la crueldad) del príncipe // tantear, tentar, sondear a uno; tratar de convencer a uno o de ganar su voluntad.

Inclusive la misma palabra *aggredior* consta de dos partes *ad* y *gradior*. Esta segunda nos remite a lo siguiente *Gradior gradi, gressus sum* verbo intransitivo: andar, ir marchar, caminar, avanzar: *animalia alia gradiendo, alia serpeado ad pastum accedunt*, los animales se acercan al alimento unos andando otros arrastrándose, *gressi per opaca viarum* habiendo avanzado por caminos oscuros(11).

objetos internos y relaciones de objeto que necesitan colocar en algún lado. Esta idea parecería verificarse en el siguiente plano: nadie sabe qué hacer con ellos, ya se trate del sistema judicial, del hospital o del sistema penitenciario.

La agresión es la manera de ir hacia alguien que los calme y los pueda hacer pensar.

Conclusiones

Como corolario de las observaciones clínicas realizadas en mi práctica en la U 20 dependiente del SPF, cabe señalar la aparición de los siguientes fenómenos:

1. La disociación del funcionamiento del SPF como resultado del accionar psicopático tanto del psicópata detenido como del aspecto psicopático de quienes constituyen el SPF.

2. El lugar que pasa a ocupar el fármaco legal producto de la privación de la libertad y la abstinencia.

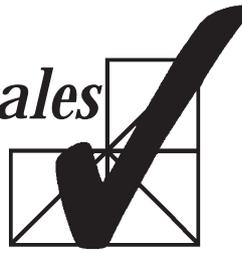
3. El ritmo establecido por la identificación proyectiva y la contraidentificación proyectiva en detrimento del pensamiento.

4. La recidiva delincencial como resultado de la falta de elaboración de las ansiedades esquizoparanoideas lo cual provoca la regresión fetal en vez del avance a la posición depresiva ■

Referencias bibliográficas

1. Bion, WR. *Volviendo a pensar*, Lumen Hormé, Buenos Aires, 1996
2. Bion, WR. *Elementos de Psicoanálisis*, Lumen, Buenos Aires 2000
3. Cristiani PC. Orígenes de la Unidad 20 del Hospital "José T. Borda", *Temas de Historia de la Psiquiatría Argentina*, 23, julio 2005
4. Freud S. *Tres ensayos de teoría sexual*, vol 7, Amorrortu Editores, Buenos Aires 2003
5. Grinberg L. *Teoría de las Identificaciones*, Tecnicpublicaciones, Madrid, 1985
6. Klein M. "Notas sobre mecanismos esquizoides", *Obras Completas* vol 3, Paidós, Buenos Aires, 2001
7. Klein M. "Contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivo", *Obras completas* vol.3, Paidós, Buenos Aires 2001
8. Limentani A. Una reevaluación del acting-out en relación con la elaboración, *Int. J. Psychoanal*, 1966, 47: 2-3
9. Poder Ejecutivo Nacional, Decreto N° 1972 del 28 de abril de 1969
10. Rascovsky A. *Psiquismo Fetal*, Paidós, Buenos Aires 1960
11. Segura Murguía S. *Nuevo Diccionario Etimológico Latín Español y de las voces derivadas*, Universidad de Deusto, Bilbao, 2001

lecturas y señales



LECTURAS

Mark Haddon. El curioso incidente del perro a medianoche, Ediciones Salamandra, Barcelona, 2004, págs.

El curioso incidente del perro a medianoche es, sin dudas, una novela diferente. A poco de comenzar descubre el lector que el protagonista no se parece a ningún otro personaje de ficción: su mirada, su percepción del mundo, es tan particular como difícil de comprender. La narración en primera persona, en voz del propio Christopher (de quince años, a la vez héroe y anti-héroe) no hace más que acentuar la sensación de extrañeza que sobreviene al observar el mundo a través de sus singulares ojos. Extrañeza que poco a poco va mutando en impensada identificación al comprender que lo diferente no lo es tanto y que lo parecido esconde, no pocas veces, distancias dolorosamente insalvables.

Cuando Christopher descubre muerto al perro de la vecina y deduce que ha sido asesinado, se propone encontrar al culpable a la manera de su admirado Sherlock Holmes. Este es el punto de partida de lo que podríamos llamar la *historia de superficie* del relato, una aventura detectivesca que depara sorpresas, riesgos y situaciones imprevistas tanto al protagonista como al lector. Más en la profundidad, la *otra historia* narra la conmovedora aventura (y desventura) vital de un adolescente con enormes dificultades en la comprensión de la vertiente analógica de la comunicación humana. En efecto, Christopher es incapaz de decodificar la mí-

mica de los rostros, las entonaciones de la voz, las pausas y los silencios. Considera a las metáforas simples mentiras. Detesta el contacto físico, las aglomeraciones humanas y ciertos alimentos de determinados colores y formas. Posee, por otro lado, gran capacidad para el cálculo matemático y la deducción lógica. Prefiere estar solo, mirar las estrellas y leer sobre astronomía y viajes interplanetarios. Con la ayuda de sus educadores ha debido aprender a aproximarse a lo incomprendible utilizando *prótesis cognitivas* a modo de interfase entre su mundo seguro y exacto y el peligroso mundo de los otros.

No hay una línea en toda la novela en la que se pronuncie la palabra *enfermedad* ni se mencione diagnóstico alguno. Está claro que algo pasa con el protagonista, que los demás reaccionan frente a esto de modos diversos y que Christopher necesita de cuidados especiales. Es el propio autor quien informa, desde una nota aparecida en el periódico *The Guardian* en abril de 2004, que su novela "cuenta la historia de un adolescente con Síndrome de Asperger que encuentra un perro asesinado en el jardín de su vecina". Además de talento literario (Haddon lleva escritos varios libros para niños) y de información sobre el mencionado cuadro (entre otros quehaceres, el autor ha trabajado con personas que padecen deficiencias físicas y mentales), se requiere de una gran capacidad empática para meterse en los zapatos de un sujeto como el protagonista de esta novela y lograr un resultado tan verosímil como emocionante, que tiene además todos los ingredientes del género de aventuras: misterio, peligros, diversión, superación de obstáculos, heroísmo...Y también decepción, dolor, confusión, conflicto.

El curioso incidente del perro a medianoche es, en cierta forma, un en-

sayo sobre las posibilidades y limitaciones del conocimiento, entendido como una angustiada búsqueda de sentido llevada a cabo desde la insoslayable subjetividad del observador. Pero es también, y sobre todo, un llamado de atención sobre la simplificación y el peligro que resulta de dividir el mundo en *diferentes* e *iguales*. El cariño del autor hacia su personaje, evidenciado en la enorme sutileza empática con que escribe con la voz de éste, testimonia un claro posicionamiento ético muy alejado de la noción incurablemente autoritaria de *tolerancia con lo diferente* y más cercano, tal vez, al ideal del amor por la alteridad.

Santiago A. Levin

Armando Bauleo, Alicia Monserrat, Federico Suárez. **Psicoanálisis operativo**. Atuel/Parusia, Buenos Aires, 2005, 170 págs.

En la introducción de este libro, Armando Bauleo, explica que: "Los capítulos que organizan este texto se armaron en base a reflexiones que fueron, a su vez, resultado de nuestras prácticas. También en alguno de estos escritos se encontrarán conjeturas e hipótesis que surgieron de aquellas prácticas o de cuando intentamos estructurar diversos 'aparatos' (escuelas, seminarios o áreas de trabajo) alternativos a lo instituido.

Como sostén tuvimos nuestra 'comprensión clínica' de las diversas circunstancias en las cuales desarrollamos nuestra labor, o mejor dicho, nos guiaba el "método clínico", que siempre brinda, a través de la observación-diagnóstico de situación-intervención (o interpretación), cierto ritmo de elaboración útil frente a campos a veces totalmente novedosos.

Este libro tendría una 'mediana edad', es decir, contiene algunos ele-

mentos nacidos hace ya tiempo y otros totalmente actuales, como ocurre a menudo cuando deseamos comentar o rever circunstancias en las cuales estamos (o estuvimos) implicados”.

El resurgimiento de las prácticas grupales inspiradas en las enseñanzas de Enrique Pichón Riviére da ocasión a los autores para adentrarse una vez más por las vías que abre una incesante pregunta del psicoanálisis: ¿qué es un grupo?

La arqueología de las nociones fundadoras, el sondeo de la clínica actual y la reflexión teórica da por resultado un conjunto de reafirmaciones y tesis novedosas, otros modos de girar en torno a las viejas preguntas, que vuelve fascinante la lectura de este texto.

Un audaz rastreo de los orígenes de la Psicología Social en la Argentina, que desentierra un valioso designio de sus pioneros, así como la crónica/balance del recorrido del colectivo Plataforma por parte del Dr. Armando Bauleo, completan los aportes que nos acerca esta obra.

Vertex

Carlos Mangone, Ricardo F. Allegri, Raúl L. Arizaga, Juan A. Ollari. Demencia, enfoque multidisciplinario. Buenos Aires, Polemos, 2005, 596 págs.

La demencia constituye una afección prevalente en la edad avanzada y genera un gran desafío debido al envejecimiento de la población mundial, en particular en los países en desarrollo. La enfermedad de Alzheimer continúa siendo la principal causa de demencia pero, a medida que nuestros conocimientos avanzan, se pone de manifiesto que las demencias no Alzheimer constituyen un componente importante. Resulta claro también que muchos casos de deterioro cognitivo en el anciano son multifactoriales. El nuevo enfoque de los factores vasculares en la enfermedad degenerativa mixta, así como un componente en la demencia vascular pura, ha enfatizado la importancia de la búsqueda de factores de riesgo modificables. Esta obra desarrolla un exhaustivo estudio de las enfermedades que causan demencia, pero no se limita a ello sino que también trata su abordaje, las estrategias diagnósticas y su impacto económico y social. Los autores de este libro son destacados profesionales de renombre internacional y su trabajo constituye un aporte de incalculable valor para los profesionales de las distintas especialidades que deben diagnosticar y tratar pacientes con demencia.

Vertex

Néstor M. S. Koldobsky. **Trastorno borderline de la personalidad. Un desafío clínico.** Buenos Aires, Polemos, 2005, 421 págs.

El libro de Néstor Koldobsky constituye un aporte destacado sobre el complejo tema de los trastornos de la personalidad. Enfocada especialmente en el diagnóstico y el tratamiento de los Trastornos Borderline de la Personalidad (MP), la obra ofrece al lector –en un prosa bien construida y de fácil lectura– una minuciosa visión de conjunto de cada aspecto de los TBP.

El lector hallará capítulos que sintetizan con lucidez las elaboraciones de los investigadores más importantes en el campo de los TBP, tales como Gunderson, Kernberg, Millon, Beck, Linehan, Tyrer y Livesley. El autor enfatiza la necesidad de complementar el enfoque “categorial” tradicional del TBP con el “dimensional”, más actual y sofisticado. El “hilo rojo” que atraviesa estos enfoques es que la ayuda al paciente borderline se da a través de la psico-integración, por vía de la resolución de la “disociación” del ego, iniciada en la infancia, ya sea por factores genéticos o por circunstancias familiares o ambientales adversas (o una combinación de ambas).

Michael H. Stone

Erratas

En el artículo “Efectos de los psicofármacos en el feto y el recién nacido” de Silvina Mazaira, aparecido en el N° 59 de *Vertex*, en la página 42 falta parte de la bibliografía. Quién desee consultarla integralmente puede hacerlo en nuestra página web:

www.editorialpolemos.com

Asimismo, por un error tipográfico que se deslizó en el N° 60 de *Vertex*, en la página 139, penúltimo párrafo, donde dice Benjamín Barenblit debía decir, como en el título, Valentín Barenblit. Y, por ende, a lo largo de la entrevista de las páginas siguientes, donde dice B.B. debería decir V. B.

Nuestras sinceras disculpas.

SEÑALES

VI° CONGRESO EUROPEO DE LA ASOCIACION DE HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE HISTORY OF PSYCHIATRY (EAHP)

PARIS, FRANCIA

22, 23 & 24 Septiembre 2005

CENTRO HOSPITALARIO SAINTE ANNE
1, Rue Cabanis, París 75014

Información, inscripción y presentación de trabajos, dirigirse a
Secretaría E.A.H.P.: - EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr
23 Rue de La Rochefoucauld, 75009 Paris
Tél. : 54 (1) 49-70-88-58 Fax : 54 (1) 42-81-11-17

CLEF
CAPACITACION EN LENGUA FRANCESA

Cursos de francés grupales e individuales
Cursos para profesionales
Traducciones e interpretaciones
Cursos en París

www.clef.com.ar info@clef.com.ar

☎ 4373-7423

Av. Corrientes 1847 piso 12° E

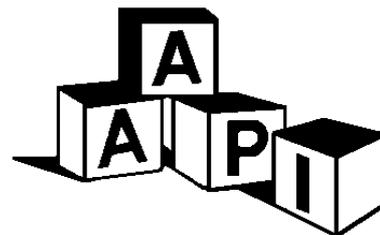


Casa de medio camino y hostel
Rahbilitación de la salud mental en una institución
de puertas abiertas

Directores: Dr. Pablo Gabay - Dra. Mónica Fernández Bruno

Paysandú 661 - Ca405ANE Ciudad de Buenos Aires
Tel. (11) 4431-6396 - www.centroaranguren.com

Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines



“Intervenciones Tempranas Respaldao el Futuro”
11 al 13 de Agosto de 2005
Buenos Aires - Sheraton Hotel

Entre el 11 y el 13 de Agosto de 2005 se realizará en Buenos Aires el XII Congreso de AAPI, Asociación Argentina de Psiquiatría Infanto Juvenil y Profesiones Afines.

Su nombre, “Intervenciones Tempranas Respaldao el Futuro”, avala la idea de desarrollar formas de Diagnóstico Precoz y Tratamiento Temprano que favorezca un futuro en Salud.

Nuestros disertantes serán integrantes de AAPI Central y de sus sedes Córdoba, Cuyo y Noroeste y colegas invitados de varias instituciones.

Nos acompañarán Profesionales de otras áreas: Pediatría, Neurología, Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, etc.

Psiquiatras de Chile han confirmado su presencia y esperamos que lo hagan otros profesionales de Latinoamérica.

Los temas programados son todas las patologías psiquiátricas de la infancia.

Retardo mental

Trastorno Generalizado del desarrollo

Trastorno por Déficit de Atención y Comportamiento Perturbador

Trastorno de la Conducta Alimentaria

Trastorno de Tics

Trastorno del Estado de Animo: Depresión, Bipolaridad

Trastorno de Ansiedad: Fobias, Estrés post Traumático, etc.

Violencia, Maltrato y Abuso

Adopción

Genética y Psiquiatría. Genética y Psicofarmacología

Psicofarmacología

Diagnóstico por Imágenes

Secretaría e informes:

Av. Córdoba 2302 6° “K” (C1120AAS) Capital Federal

Tel: (54-11) 4951-8139 Fax: (54-11) 4952-4501

E-mail: aapi@bayfem.com.ar