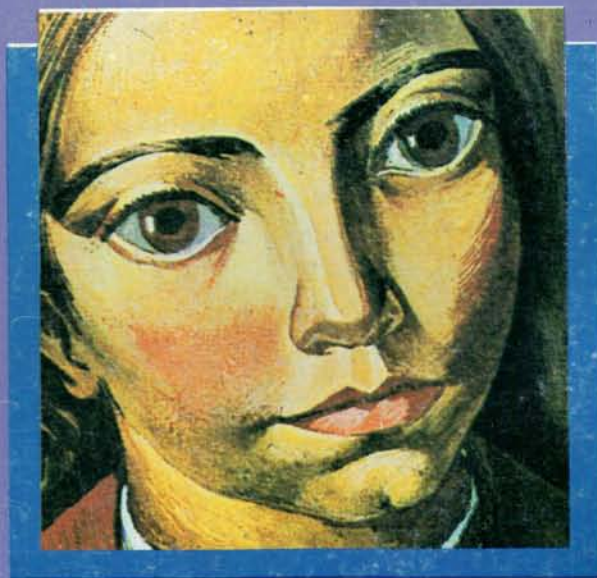


VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

9



AUTISMO INFANTIL

*Strauss / Di Tella / Waisburg
Favre / Kanner / Kielmanowicz*

Revista de Experiencias Clínicas y Neurociencias / Dossier / El Rescate y la Memoria / Confrontaciones / Señales

Volumen III - Nº 9 Septiembre - Octubre - Noviembre 1992



VERTEX

REVISTA ARGENTINA DE PSIQUIATRIA

9

Comité Científico

Directores:
Juan Carlos Stagnaro
Rodolfo Daniel Spiguel

Director Asociado para Europa:
Dominique Wintrebert

F. Alvarez (Bs. As.), I. Berenstein (Bs. As.), S. Bermann (Córdoba), P. Berner (Viena), J. Bergeret (Lyon), E. Bringas (Córdoba), F. Caroli (París), B. Dubrovsky (Montreal), R. H. Etchegoyen (Bs. As.), N. Feldman (Rosario), J. Forbes (San Pablo), O. Gershanik (Bs. As.), A. E. Goldchluk (Bs. As.), M. Hernández (Lima), O. Kernberg (Nueva York), G. Lanteri-Laura (París), H. Lôo (París), M.A. Matterazzi (Bs. As.), E. Mejías Valenzuela (Madrid), J. Mendlewicz (Bruselas), J. Moizeszowicz (Bs. As.), A. Mossotti (Santa Fe), P. Noël (París), E. Olivera (Córdoba), M. Palestini (Sgo. de Chile), H. Pelegrina Cetrán (Madrid), J. Postel (París), D. Rabinovich (Bs. As.), D. J. Rapela (Córdoba), L. Ricon (Bs. As.), E. Rodríguez Echandía (Mendoza), F. Rotelli (Trieste), B. Samuel-Lajeunesse (París), C. Solomonoff (Rosario), I. Vegh (Bs. As.), H. Vezzetti (Bs. As.), E. Zarifian (Caen), L. M. Zieher (Bs. As.), P. Zöpke (Rosario).

Corresponsales en:

CAPITAL FEDERAL Y PCIA. DE BUENOS AIRES: N. Conti (Hosp. J.T. Borda); R. Epstein (Hosp. Italiano y AP de BA); S. B. Carpintero (Hosp. C.T. García); A. Mantero (Hosp. Francés); A. Gimenez (A.P.A.); A. I. López Acosta (RISAM); L. Milano (Hosp. J. Fernández); P. Gabay, H. Reggiani (Hosp. B. Moyano); H. Levy (Hosp. T. Alvear); L. Millas (Hosp. Rivadavia); D. Millas (Hosp. T. Alvarez); N. Stepansky (Hosp. R. Gutierrez); E. Wahlberg (Hosp. Español); E. Zaslavsky (Hosp. Israelita); M. Podruzny (Mar del Plata).
CORDOBA: M. Cortes, C. Curtó, A. Sassatelli. **CHUBUT:** J. L. Tuñón.
ENTRE RIOS: J. H. Garcilaso. **JUJUY:** C. Rey Campero.
LA PAMPA: C. Lisofsky. **MENDOZA:** B. Gutiérrez; J. J. Herrera. **NEUQUÉN:** E. Stein.
RIO NEGRO: J. Pelegrini. **ROSARIO:** M. T. Colovini.

Corresponsales en el Exterior:

ALEMANIA Y AUSTRIA: A. Woitzuck. **CHILE:** A. San Martín.
ESPAÑA: J. Giménez Avello. **FRANCIA:** D. Kamienny.
INGLATERRA: C. Bronstein. **ITALIA:** M. Soboleosky. **ISRAEL:** L. Mauas.
SUIZA: N. Feldman. **URUGUAY:** M. Viñar.

Informes y correspondencia:

VERTEX, Callao 157 P. B. "C", (1044), Capital Federal, Argentina,
Tel. 72-8262 - 953-2353 - 49-0690.

En Europa Correspondencia, Informes y Suscripciones: Dominique Wintrebert,
63, Bvd. de Picpus, (75012) París, FRANCIA. Tel.: 43.43.82.22.

Gerencia y Administración:
Carlos De Lorenzo

Diseño:
Alfredo Saavedra
Mabel Penette

Composición y Armado:
Omega Laser
Callao 157 P.B. "C"

Impreso en:
Chulca impresora s. a.
Doblas 1753
(1424) Buenos Aires
Tel.: 921-5817 922-4937

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

Hecho el depósito que marca la ley.

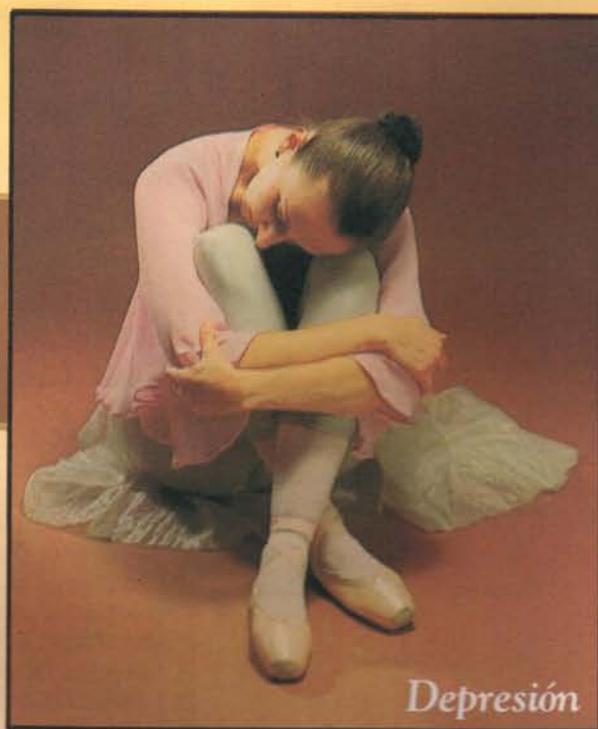
VERTEX VOL. III N° 9, SEPTIEMBRE - OCTUBRE - NOVIEMBRE 1992.

Todos los derechos reservados. © Copyright by VERTEX.

* Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría, es una publicación de Pólemos, 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.

Contribuye a recuperar
la autoestima
y el impulso vital.



NEUPAX

Fluoxetina Bagó

El antidepresivo más seguro

Trastornos Obsesivo-Compulsivos



*Reduce los
síntomas rituales.*

Presentación:
Envases conteniendo
30 comprimidos.



SNC
Bagó

EDITORIAL

Hace 35 años se inauguraba en el Hospital "Gregorio Araoz Alfaro" de Lanús una de las experiencias más originales de las últimas décadas en nuestro país. Quedaba así marcada la entrada del psicoanálisis en los Servicios de Psiquiatría e instaurado el dispositivo del Servicio de Psicopatología en los Hospitales Generales. Momento de júbilo y de recordación emocionada el que reunió en estos días a una pléyade de colegas de sucesivas generaciones en torno a Mauricio Goldenberg, principal animador de aquella experiencia.

Un momento para reflexionar, sobre todo por que aquél Servicio de Lanús surgió contemporáneamente con la Comisión Argentina Asesora en Salud Mental; organismo dinámico, autogestionario y democrático que se convirtió en una fuente riquísima de propuestas innovadoras para la época.

Un momento digno de balances, porque en aquella década se asistió también a la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental, la que con distinta suerte en diferentes épocas, marcó una posibilidad de fijar políticas globalmente coherentes en el ámbito nacional.

Hoy, asistimos al desamantelamiento de casi todo lo construído en ese sentido. En aras de una modernización del Estado, en muchos aspectos necesaria, se corre el riesgo de renunciar a una planificación sanitaria indispensable, de provocar una atomización en lugar de la mentada descentralización.

Mauricio Goldenberg decía recientemente en un reportaje:..."creo haber dejado en toda la gente que trabajó conmigo un modelo de responsabilidad y de austeridad social, de respeto por el ser humano, de compromiso auténtico como profesionales". Programa simple y profundo que apela al planteo ético frente al sufrimiento que impone la locura ■

R. D. Spiguel J. C. Stagnaro D. Wintrebert

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES



- 1) Los artículos deben enviarse a la redacción: VERTEX. Charcas 3939, P.B. "B" (1425) Buenos Aires, Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina 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 y teléfono. 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 no deberá exceder de 20 páginas, dactilografiadas a doble espacio a razón de 30 líneas por página.
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo y en la siguiente forma:
 - 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 inmediatamente 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 en forma anónima por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán también anónimos. 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 no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

SUMARIO

1

REVISTA DE EXPERIENCIAS CLINICAS Y NEUROCIENCIAS

- "Terapéutica farmacológica del trastorno cognitivo asociado a la enfermedad de Alzheimer", C. A. Mangone, pág. 167.
- "Neuroquímica de la esquizofrenia en consumidores de marihuana", S. Guala y J. Moizeszowicz, pág. 176
- "Estrategias asistenciales en primeras consultas en instituciones públicas de salud mental", A. Azubel, S. G. Kaufman y E. Shab, pág. 182

2

DOSSIER

- AUTISMO INFANTIL, Introducción, D. Wintrebert, pág. 191; Psicosis autista y Psicosis simbióticas, R. Kielmanowicz, pág. 192; Autismo, esquizofrenia y paranoia, M. Strauss, pág. 196; Frances Tustin: "Autismo infantil", K. Di Tella, pág. 201; Estructura familiar, A. S. Favre, pág. 208; Once casos, L. Kanner, pág. 211; Autismo Infantil, H. A. Waisburg, pág. 215.

3

EL RESCATE Y LA MEMORIA

- "Telma Reca, maestra de medicina casi olvidada (1904-1979)", por E. Stewart de Costa, J. E. Kusnir y R. A. Yunes, pág. 222
- "Discurso de Telma Reca con motivo del premio Aníbal Ponce", pág. 226.

4

CONFRONTACIONES

- "La teoría del apego y sus aplicaciones a la psicoterapia" (última parte), M. Marrone, pág. 229; VII Encuentro Internacional de Psicoanálisis del Campo Freudiano, D. Wintrebert, pág. 231; Ilana, o una psicosis "feminista", L. Mauas, pág. 234.

5

LECTURAS Y SEÑALES

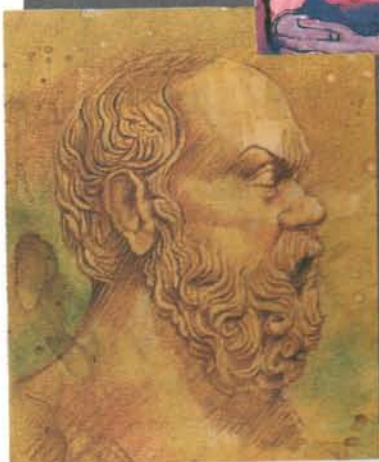
- "Lecturas" pág. 237; "Señales", pág. 239; "Noticiero de APSA", pág. 240.



VAN GOGH



DOSTOIEVSKI



SOCRATES

Ellos tienen algo en común con su paciente: la **EPILEPSIA**

En la historia universal ellos ocupan un lugar consagrado

En la historia de la terapia antiepiléptica un lugar consagrado está destinado a:

carbamazepina 400 mg

CONFORMAL 400

Única CARBAMAZEPINA en micropartículas UNICELL de liberación prolongada.

PRESENTACION: Conformal 400 mg:
Env. x 30 comprimidos
Conformal 200 mg: Env. x 30 comprimidos
Env. x 60 comprimidos

ELVETIUM - RHODIA

Licenciataria exclusiva Rhône Poulenc - Rorer

TERAPÉUTICA FARMACOLOGICA DEL TRASTORNO COGNITIVO ASOCIADO A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Resumen:

Las drogas de primera generación, los nootropos, no han sido de utilidad en el tratamiento del trastorno cognitivo de la enfermedad de Alzheimer. Los de segunda generación, es decir aquellos que modifican la disfunción de neurotransmisores han mostrado cierta eficacia, principalmente los colinérgicos y sobre todo los anticolinesterásicos, eficaces para el trastorno amnésico y atencional. Están en desarrollo, agonistas (M1) y antagonistas (M2) muscarínicos específicos. Las drogas monoaminérgicas y peptidérgicas han mostrado cierta eficacia en el control de los trastornos conductuales. La máxima esperanza está centrada en los fármacos de tercera generación.

Palabras Clave: Enfermedad de Alzheimer - Demencias - Memoria - Tratamiento.

"PHARMACOLOGIC THERAPY OF COGNITIVE DISORDER RELATED TO ALZHEIMER'S DISEASE"

Abstract:

First generation drugs have not been useful in the treatment of the cognitive disorder in Alzheimer's disease. Those of second generation which modify the disfunction of neurotransmitters have proven useful, specially cholinergics and anticholinergics. There is development going on of agonist (M1) and antagonist (M2) specifically muscarinic. Monoaminergic and peptidergic drugs have shown good results in the control of behavioural problems. Maximum hope is centered in third generation drugs.
Key Words: Alzheimer's Disease - Neurotransmitters - Disfunction.

"THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE DU TROUBLE COGNITIF DE LA MALADIE D'ALZHEIMER"

Résumé:

L'utilisation des drogues de première génération, les nootropes, pour traiter le trouble cognitif de la maladie d'Alzheimer, n'ont pas donné de résultat. Celles de la deuxième génération, c'est-à-dire celles qui modifient la disfonction des neurotransmetteurs, ont démontrées une certaine efficacité, principalement les cholinergiques et surtout les anticholinestériques en ce qui concerne les troubles amnésiques et de l'attention. Des recherches sont en cours sur les agonistes (M1) et les antagonistes muscariniques. Les drogues monoaminérgiques et peptidérgiques ont donné quelques résultats dans le cas des troubles de conduite. L'espoir est centré sur les drogues de troisième génération.

Mots clés: Maladie d'Alzheimer - Démence - Mémoire - Traitement.

Carlos Alberto Mangone*

La Enfermedad de Alzheimer es un trastorno degenerativo cerebral caracterizado por un deterioro demencial progresivo de lenta instalación y evolución, que ejerce un efecto devastador sobre el paciente y su familia. Su incidencia se incrementa con la edad. Si consideramos que nuestra población tiene una distribución en pirámide invertida, reconoceremos el riesgo potencial, en morbilidad y mortalidad, a que estamos expuestos. La EA es la forma más frecuente de demencia, estimándose que aproximadamente el 50% de los síndromes demenciales responden a esta entidad. Según estudios epidemiológicos 1 de cada 9 sujetos mayores de 60 años y 1 de cada 5 mayores de 85 pueden padecer un síndrome demencial(35). Un estudio realizado por el grupo de Demencia de la SNA en Capital Federal y Gran Buenos Aires, demostró que alrededor de un 12 a 14% de la población mayor de 55 años presentaba un deterioro cognitivo, luego de corregir por nivel de educación(29).

Si bien la enfermedad se acompaña de varios síntomas psiquiátricos como insomnio, agitación, ansiedad, depresión, delirios, etc, el deterioro cognitivo progresivo es el principal trastorno, por lo que nos centraremos en la terapéutica farmacológica del mismo.

El apoyo social y psicológico al

*Médico Neurólogo. Docente Adscripto de Neurología, UBA. Jefe a/c Servicio de Neurología, Hospital Santojanni. Coordinador Sector Demencias, Hospitales Santojanni y Ramos Mejía.
Pilar 950 (1408) Bs. As. Argentina
Tel/Fax (54-1) 982-6259

grupo familiar y la instrucción al cuidador sobre las mejores estrategias a seguir para el cuidado y la convivencia con el enfermo son de vital importancia. El paciente que se encuentra en un entorno que lo estimula cognitivamente y funcionalmente, evoluciona con mejor adaptación y se reduce la necesidad de su internación.

El desarrollo de técnicas específicas para el estudio de neurotransmisores ha permitido reconocer no sólo las disfunciones neurobioquímicas subyacentes al deterioro cognitivo sino también señalar los tipos neuronales "más vulnerables". Otra línea de investigación ha focalizado su interés en las modificaciones ultraestructurales y moleculares de la enfermedad, como la degeneración

fibrilar, la formación de amiloide y placas, etc.

Un intento de clasificación de las drogas para el tratamiento del déficit cognitivo puede observarse en el cuadro 1.(2)

Diseño de estudios clínicos experimentales

No se ha hallado el modelo animal ideal para la EA lo que dificulta el diseño de nuevas drogas.

La falta de un diagnóstico clínico de certeza o de un marcador periférico, genera error diagnóstico en un 15% de los casos(36). El cuadro clínico heterogéneo y las fluctuaciones diarias de sus manifestaciones hace

que el diseño clínico experimental para probar nuevas drogas sea problemático(56).

Es necesario diseñar un protocolo con instrumentos de medición sensibles y adaptados a la población en estudio, los que deberán estar validados y aplicados previamente a controles normales apareados por sexo, edad y nivel de instrucción.

De esta manera se tendrá mayor precisión en la identificación del paciente y el seguimiento del deterioro. Por la gran variabilidad interindividual se prefiere el diseño doble ciego cruzado, donde cada paciente es control de sí mismo.

En el Centro de Demencias del Hospital Santojanni y en el Sector de Patología Neurocognitiva del Hospital Ramos Mejía, utilizamos un protocolo para ensayo clínico de drogas que hemos adaptado a nuestro medio, validado y re-validado. Los instrumentos que comprobamos como los más sensibles para el diagnóstico, el seguimiento del deterioro y la objetivación de la eficacia del fármaco, pueden verse en el cuadro 2. Una variable muy importante que hemos incorporado es la evaluación del nivel de estrés (burden) del cuidador y como éste influye y se modifica con el tratamiento(64).

Hemos adaptado la repetición de la frase del MMSE siguiendo los lineamientos originales de utilizar vocablos fricativos(27): "el flan tiene frambuesas y frutillas".

El ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale)(51) es una escala de valoración cognitiva, de memoria y conducta, especialmente diseñada para EA, ya utilizada en varios ensayos clínicos con drogas. La escala cognitiva evalúa lenguaje comprensivo y expresivo, praxias constructivas, ideatorias e ideomotoras, capacidad de seguir comandos, nominación de objetos y dedos y orientación. La escala de memoria evalúa evocación libre y reconocimiento de una lista de palabras, capacidad de aprendizaje verbal y número de intrusiones(39). Las palabras utilizadas para este ítem han sido balanceadas de una lista de vocablos frecuentes de la lengua castellana(34).

Los objetos a nominar se seleccionaron del test de Boston. Un enfermo tipo Alzheimer sufre un deterioro de 8 puntos en la escala cognitiva por cada año evolutivo. Hemos observado en nuestra población semejante rango de deterioro. Este dato nos permite evaluar la efi-

Cuadro 1

Drogas para el déficit cognitivo en la enfermedad de Alzheimer

1- Drogas de Primera Generación:

Estimulantes Metabólicos Neuronales

a-Nootropos: • Piracetan • Oxiracetan • Pramiracetan

2- Drogas de Segunda Generación:

Modificadores de la Disfunción de Neurotransmisores

a-Acetilcolina:

- precursores de acetilcolina
- anticolinesterásicos
- agonistas muscarínicos selectivos

b-Noradrenalina

- clonidina
- IMAO B: L-Deprenyl
- IMAO A: Meclobamide

c-Serotonina

- Triptofano
- Trazodone
- Zimelidina

d-Neuropéptidos

- ACTH 4-10 • DDAVP
- Naloxona • Somatostatina
- Inhibidores de enzima convertasa: CAPTOPRIL

3- Drogas de Tercera Generación

Agentes Antipatogénicos

- Factores Neurotróficos
- Moduladores de los Factores Neurotróficos: GMI
- Bloqueantes de canales de Calcio: Nimodipina
- Inhibidores de neurotoxinas endógenas (AA excitadores)
 - Bloqueantes glutamatérgicos
 - Bloqueantes glicinérgicos
 - Secuestradores de Radicales libres
 - Inhibidores no competitivos de receptores a glutamato
- Moduladores de proteínas anormales
- Inhibidores Serino-proteásicos

4- Misceláneas

- Drogas de Acción Vascular (Vasodilatadores)
 - fiamina
 - L-Acetil Carnitina
 - Estrógenos. Pregnanodiol
 - Antiinflamatorios no esteroideos
 - Desferroxamina

cacia de un fármaco a mediano y largo plazo.

Drogas de primera generación

Nootropos: Los Nootropos(2, 19, 21, 23) incrementan la actividad metabólica neuronal por un mecanismo aún desconocido, pero que se cree debido a la estimulación del recambio de fosfolípidos y la síntesis proteica y a una potenciación de la neurotransmisión colinérgica. A pesar de que estas drogas mejoran la capacidad del cerebro de mantener la estabilidad electrofisiológica en condiciones de estrés metabólico y protegen experimentalmente al animal con amnesia inducida por hipoxia, no han mostrado eficacia farmacológica en el perfil cognitivo en humanos. Esto puede en parte deberse a variaciones farmacocinéticas(2) o a que los modelos animales utilizados no han servido como predictores de la respuesta en humanos. El Piracetam ha mostrado cierta eficacia en pacientes con deterioro leve especialmente cuando se lo asocia a precursores de acetilcolina como lecitina(28). En un ensayo con pramiracetam 4000 mgrs, no pudo demostrar mejoría en el PET scan ni en el perfil neuropsicológico.

Drogas de segunda generación: modificadores de neurotransmisión

Desde el punto de vista neuroquímico, la EA es la más estudiada de las demencias. En el cuadro 3 se resumen las alteraciones de los neurotransmisores en algunas de ellas. El déficit colinérgico cortical no es patrimonio exclusivo de la EA, existiendo en esta otras disfunciones bioquímicas(30).

Acetilcolina

A principios de la década del '70 comienzan a comunicarse la reducción de marcadores colinérgicos como la acetilcolinesterasa (ACE) y la colinacetyl-transferasa (CAT) en cerebros de pacientes con EA. La teoría colinérgica de esta enfermedad fue y es sustentada por numerosos hallazgos como la atrofia de las células colinérgicas del N. Basal de Meynert, principal origen de las fibras colinérgicas que proyectan a corteza(62). Surge así la indicación

de fármacos colinérgicos para mejorar el perfil nmésico. Estas drogas son sintomáticas y no frenan el proceso evolutivo. Además sólo actúan en uno de los disturbios bioquímicos y requieren de un pool remanente de neuronas colinérgicas via-

bles, por lo que deben administrarse a pacientes leves o moderados. La eficacia de muchas de ellas es relativa debido a que tienen muy corta vida media, pobre pasaje a través de BHE, estrecho margen terapéutico y algunos efectos adversos.

Cuadro 2

Instrumentos de evaluación del deterioro cognitivo (Protocolo para Ensayo Clínico con Drogas) Santojanni- Ramos Mejía Dementia Registry

- 1-Nivel de Deterioro: Escala de Deterioro Global(47)
Escala de Demencia de Blessed(7)
- 2-Evaluación Funcional: Escala de Evaluación Directa(38)
- 3-Screening Cognitivo
 - Mini Mental State Examination (MMSE)(6, 27)
 - A.D.A.S.(Alzheimer Disease Assessment Scale)(54, 39)
 - Memoria Episódica verbal y visual (test Barcelona)
 - Fluencia verbal por categoría semántica y fonológica(10)
 - Trailmaking A-: (coordinación visuomotriz)
 - Trailmaking B-: (Flexibilidad Cognitiva) (48)
- 4- Evaluación del Nivel de Stress del Cuidador:
Cuestionario Semiestructurado de la Escala de Zarit (64)

Cuadro 3

Alteración de neurotransmisores en las demencias(30)

Transmisor	E. A.	E. H.	ALC.	M. I. D	E .P.	Envejecimiento
Ach-CAT	↓↓	↓	↓	⇒		⇒
ACE	↓↓	↓	↓	⇒		⇒
DA	↓	↓	↓		↓	↓
NA	↓		↓	⇒	↓	↓
GABA	↓	↑	↓			↓
5-HT	↓↓				↓	⇒
CRF	↓↓				↓	⇒
NY		↑				
SS	↓					⇒
SP		↓				
Glut.	↓					⇒

Ach=CAT: colinacetyltransferasa
ACE: acetilcolinesterasa
DA: dopamina
NA: Noradrenalina
GABA: ácido gaba-aminobutírico
5-HT: serotonina
CRF: factor liberador corticotrofina
NY: neuropéptido Y
SS: Somatoestatina
SP: sustancia P
Glut: Glutamato

E. A: Enfermedad de Alzheimer
E. H: Enfermedad de Huntington
ALC.: Demencia alcohólica
M. I. D.: Demencia Multi-infarto
E. P.: Enfermedad de Parkinson

↓ disminuido
↑ aumentado
⇒ sin cambios o incierto

NOVEDAD ABSOLUTA

Labinca[®]
Cronus

ZOPICLONA

INICIA EL TIEMPO DEL DESCANSO PLENO

1 COMPRIMIDO AL ACOSTARSE.

RAPIDO COMIENZO DE LA ACCION HIPNOTICA

INDUCCION AL SUEÑO A LOS 20-30 MINUTOS DE LA INGESTA

SUEÑO PROFUNDO Y FISIOLÓGICO SIN ACCION RESIDUAL DIURNA

DURACION IDEAL DEL EFECTO HIPNOTICO (6 A 8 HORAS)

PRESENTACION:

ENVASES CON 10 Y 30 COMPRIMIDOS RANURADOS.

Labinca[®]
Cronus
ZOPICLONA

NOVEDOSO HIPNOTICO LIDER EN VENTAS EN TODA EUROPA.

Precusores de la AC

La liberación de AC esta en relación al rango de su síntesis. Cerca de 16 ensayos clínicos con lecitina(20), o asociando lecitina con piracetam(21, 23) fallaron en encontrar respuesta estadísticamente significativa.

- 4-AP: 4-aminopyridina es un compuesto que aumenta la liberación presináptica de AC y otros neurotransmisores como DA y Serotonina. La droga inhibe canales de K(22), prolongando la duración del potencial de acción, permitiendo la mayor entrada de Ca y por ende la mayor liberación de neurotransmisor. Los estudios realizados (22, 61) no fueron favorables.

- DuP 996 (Linopirene): es un derivado análogo del 4-AP, con semejante mecanismo de acción. No tiene acción sobre receptores sino sólo en el mecanismo de liberación. Se está ensayando multicéntricamente en USA(19,52).

Agonistas colinérgicos

Nicotínicos

Algunos trabajos reportaron pérdida de receptores nicotínicos en EA (53) mientras otros observaron marcado incremento en atención y tiempos de reacción con la administración subcutánea de nicotina, por lo que el desarrollo de drogas nicotínicas centrales puede ser promisorio (46, 58).

Muscarínicos

Los receptores muscarínicos están relacionados con la memoria, el aprendizaje, el control de conductas motoras y el control emocional. Los receptores M1 postsinápticos no están afectados en EA mientras que se ha hallado disminuida la densidad de receptores presinápticos M2, cuya activación disminuiría la liberación de AC(20). Se intenta el desarrollo de fármacos con selectividad agonista M1 y/o antagonista M2. Actualmente se han identificado y clonado receptores muscarínicos M1 a M5 permitiendo su caracterización bioquímica y farmacológica(8, 9, 12). La mayoría de los receptores cerebrales son M1 y están localizados principalmente en neocórtex e hipocampo. Esto sugiere la posibilidad de identificar subtipos de receptores colinérgicos involucrados en la EA y desarrollar agentes específicos(19).

- RS-86: es un agonista colinérgico

de acción prolongada, buen pasaje de BHE y escasos efectos adversos. Es selectivo principalmente sobre receptores muscarínicos postsinápticos M1. Los resultados de los estudios realizados han sido muy controvertidos (43, 11)

- Bethanecol: agonista no selectivo, no pasa BHE por ser polar(4) requiriendo una administración directa intraventricular por bomba. Los riesgos de la forma de administración así como la no significativa eficacia farmacológica hacen cuestionable su uso.

- Minaprima: inicialmente desarrollado como antidepresivo atípico, es un agonista M1 selectivo (19).

- AF102B: es un agonista M1 selectivo con buen pasaje de BHE y ha probado ser eficaz en las pruebas iniciales en distintos modelos animales lo que lo convierte en un interesante candidato terapéutico en EA (25).

- BM-5: es una nueva clase de fármacos antagonistas M2 que incrementarían la liberación de AC.(45)

Inhibidores de la colinesterasa

Inhiben el catabolismo de la AC, incrementando la disponibilidad de la misma a nivel de la fisura sináptica.

- Fisostigmina: se publicaron alrededor de 15 estudios clínicos de fisostigmina en EA(57, 19), reportándose en la mayoría moderada o nula mejoría del perfil mnésico. En administración prolongada, 4 de 6 pacientes que recibieron la droga por más de 9 meses mostraron una disminución en el rango de deterioro(3).

La variabilidad en los datos puede deberse a uso de dosis subterapéuticas, pobre absorción, vida media corta con diferencias interindividuales en la metabolización y pasaje a través de la BHE. El efecto terapéutico se correlaciona con la inhibición de la colinesterasa licuoral. Nuestro grupo ha realizado un estudio abierto en 12 pacientes (7 mujeres, edad promedio 56 años) siguiendo el diseño de búsqueda de mejor dosis y administración de la misma por 8 semanas. Los pacientes tenían moderado nivel de deterioro (GDS 3 y 4), MMSE entre 18 y 24 puntos y semejante nivel de instrucción. Criterios de eficacia fueron un aumento mayor a 4 puntos en el MMSE mantenido por más de 4 evaluaciones, una disminución en el score cognitivo del ADAS (versión adaptada)(39) mayor a 4 puntos y

una disminución en el número de intrusiones observadas en el aprendizaje de lista de palabras. Se administró la droga 4 veces por día, 2 pacientes recibieron 2 mgrs por toma, 4 recibieron 3 mgrs. y 6 enfermos 4 mgrs. Hubo que suspender la administración en uno de los que recibían 12 mgrs/día y en dos de los que recibían 16 mgr por causas cardíacas (bradicardia) en uno y severo cuadro de vómitos y diarrea en dos. Sólo en 6 de los restantes la respuesta fue según los criterios de eficacia propuestos, constituyendo un casi 65 % de respuesta de los que completaron el tratamiento pero sólo el 50% de la población en estudio.

- Tetrahydroaminoacridina-Tacrine o THA: es un compuesto sintético, con buena biodisponibilidad por vía oral y corta vida media. Aparte de su acción inhibitoria reversible de la colinesterasa, bloquea los canales lentos de K incrementando la liberación presináptica no sólo de AC sino de dopamina, serotonina y noradrenalina(19). Es uno de los fármacos con mayor número de ensayos clínicos(17,55,26). La dosis está sujeta a los efectos colaterales principalmente hepatotoxicidad. No debe ser superior a los 60-70 mgrs/día a pesar que la mejor eficacia se observa con 100 mgrs.

- Velnacrine (HP 029) y su análogo N-BENZYL o HP 128: son análogos del tacrine, menos potentes que éste(54) y evidenciaron menor toxicidad con dosis de 200 mgrs/día (16)

- Galantamine: es una amina terciaria, con buena biodisponibilidad por vía oral y una vida media de 5 horas. En dosis de 30 mgr/día en dos tomas por dos meses ha demostrado buena tolerancia y resultados clínicos positivos(19)

- Metrifonate: es un organofosforado que se transforma en clorado con buena biodisponibilidad y una vida media larga. Si bien se reportaron efectos adversos, las dosis de 10 mgrs/día es segura. Se necesitan más ensayos para observar eficacia (19).

- Fluoruro de sulfonilmetano (FSM): es un inhibidor irreversible de la colinesterasa. Tiene buen pasaje por BHE y presenta gran selectividad de acción en el SNC (por características farmacocinéticas). Puede lograr un 80% de inhibición de la colinesterasa con escasa modificación de la periférica. Ha mostrado eficacia en revertir amnesia inducida en animales y está por comenzar su ensayo en humanos(42).

Drogas monoaminérgicas

La EA presenta también alteraciones en las vías monoaminérgicas, ver cuadro 3.

- Clonidina y Guanfasina: son agonistas alfa 2 que mostraron mejorar la memoria en estudios animales, pero no en humanos. La clonidina ha mostrado eficacia en Síndrome de Korsakoff(44).

- Bloqueadores de la recaptación de Serotonina: el alaproclate, zimeclidina y citaloprán han sido estudiados en EA, pero no han demostrado efecto positivo sobre la cognición (19,14).

- IMAO: son drogas que aumentan el neurotransmisor aminérgico en la fisura sináptica. El deprenyl, una droga IMAO-B ha mostrado efecto beneficioso en administración crónica(40) en un estudio húngaro, pero no en otros. El Meoclobamide, un IMAO-A reversible, ha mostrado beneficios en estudios animales, cierta eficacia en ensayos con humanos y mínimos efectos adversos, lo cual induce postular un estudio multicéntrico para lograr conclusiones útiles(60).

Drogas que afectan el sistema neuropeptidérgico

Innumerables péptidos han sido identificados como moduladores o neurotransmisores en el SNC. En la EA se hallan afectados el factor liberador de corticotrofina (CRF) y la Somatoestatina (SS) cuyos receptores se encuentran disminuidos en un 40%. Los péptidos se relacionan con el control de distintas conductas, memoria y aprendizaje(59). Estudios realizados con un análogo sintético del ACTH 4-10, (ORG 2766) y de la vasopresina, (desglicinamina arginin vasopresina), mostraron inicialmente resultados alentadores en ensayos animales, pero no tuvieron eficacia con el perfil cognitivo en humanos(63, 37). El único ensayo clínico realizado con un análogo de la SS, (L363,586) ha sido ineficaz(19).

Los Opiáceos modulan negativamente la transmisión colinérgica. Se pensó que su antagonista Naloxone podría tener eficacia terapéutica, pero varios ensayos mostraron lo contrario(31).

Captopril: los hipertensos tratados con inhibidores de la enzima convertasa experimentan mejor performance cognitiva que los que reci-

ben otros antihipertensivos. La actividad de angiotensina se halla elevada en varias áreas cerebrales de pacientes con EA(1) El captopril se halla actualmente bajo ensayo clínico.

Drogas de tercera generación

Factores neurotróficos (FNT) y moduladores de FNT

Existe creciente número de evidencias que factores de crecimiento y factores neurotróficos están relacionados con la sobrevivencia y plasticidad del sistema nervioso del adulto. La administración de FNT atenua la degeneración y los cambios conductuales en animales envejecidos. El factor de crecimiento nervioso (NGF) puede ser beneficioso en EA, ya que se postula que su déficit puede ser responsable de la pérdida de neuronas colinérgicas(32).

La administración de NGF ha mostrado revertir parcialmente déficits colinérgicos corticales inducidos, promover sobrevivencia de neuronas colinérgicas septales luego de la transección de las fimbrias en ratas adultas(19). Si bien es posible administrar el NGF purificado animal, es preferible el uso del NGF humano o sintético para evitar reacciones inmunológicas. Dado su difícil pasaje por la BHE, debe administrarse por bomba(19). Se considera que esto mejoraría la evolución de la patología (2)

Injertos de tejidos para administrar FTN: injertos de fibroblastos secretores de FTN han probado prevenir la degeneración de neuronas colinérgicas luego de la sección de la fimbria-fórnix en ratas(50). Esto podría ser una alternativa de administrar crónicamente FTN en concentraciones fisiológicas(32,33).

GMI: Monosialogangliósido: Este fármaco actuaría por potenciación de factores que actúan a nivel de diferentes poblaciones neuronales. Es decir, podría modular la respuesta neuronal a los factores neurotróficos. Esta es la base racional del uso del GMI en EA. Cada área neuronal atrofiada o denervada produce sus factores neurotróficos más específicos, en cambio el GMI actúa potenciando no específicamente a los mismos, modulando así el trofismo de sistemas de neurotransmisión. En la sección demencias del servicio de neurología de los Hospitales Santojanni y Ramos Mejía estamos realizando un ensayo clínico doble ciego cruzado con GMI en EA (18).

Bloqueantes de los canales de calcio

Nimodipina: Los mecanismos intraneuronales relacionados con la memoria y el aprendizaje están regulados por enzimas calcio dependientes. Los iones Ca son terriblemente tóxicos cuando se acumulan intraneuronalmente. A su vez el aumento de Ca intraneuronal puede gatillar el sistema de activación de los receptores NMDA. Los niveles séricos crónicamente bajos de calcio han sido postulados como fenómeno etiopatogénico de la EA, ya que favorecen el montaje de neurotúbulos y filamentos, que en exceso desencadenaría degeneración neurofibrilar(14). Clínicamente parece favorecer la memoria y aprendizaje en paciente vasculares o mejorar el perfil cognitivo y conductual de pacientes con psicosis cerebral orgánica(19). A dosis de 90 mgrs/día parece, según nuestra experiencia, una droga útil, más en cuadros mixtos con componente vascular, que en degenerativos puros.

Inhibidores de toxinas endógenas excitadoras (AA)

La sobreestimulación del glutamato, (el principal neurotransmisor excitatorio) puede desencadenar una peligrosa cascada de eventos, especialmente ante situaciones de hipoxia. El mismo actúa como otros neurotransmisores excitatorios a través de la estimulación de receptores a N- dimetilaspártico. Una disfunción de dicho receptor puede afectar directamente la entrada de calcio a nivel neuronal, produciendo eventos secundarios múltiples como activación de proteasas calcio dependientes, formación de radicales libres, acidosis y despolarización persistente de la membrana neuronal. A su vez este mecanismo arrastra más calcio intracelular llevando a la destrucción del citoesqueleto y desintegración de la membrana neuronal (activación de proteasas calcio dependientes como la calpaina)(2).

La neurotransmisión por ácido glutámico, regula fisiológicamente procesos cognitivos como la potenciación a largo plazo en el proceso de la memoria y el aprendizaje. Se supone que tanto un bloqueante de receptores a NMDA como un agonista del ácido glutámico podrían ser beneficiosos para el tratamiento de la EA. Actualmente, agonistas competitivos del glutamato, antago-

nistas glicinérgicos (milacemida), agonistas adenosínicos, secuestradores de radicales libres e inhibidores glutamatérgicos no competitivos (MK-801) se están comenzando a ensayar (2).

Moduladores de proteínas anormales

Este grupo de drogas en desarrollo tiene como objetivo el reducir la intensa acumulación de material proteínico anormal (placas de amiloide, degeneración neurofibrilar) que caracteriza la enfermedad. Existe consenso acerca de que uno de los defectos más precoces en el acúmulo de amiloide se debe a un modificación proteica post-translacional. Se sugieren ensayos con drogas inhibitorias de serino-proteasas, inhibidores de los radicales libres y estimulantes neurotróficos(2).

Misceláneas

• Acetil-carnitina: Es indudable que la disregulación del metabolismo intraneuronal de Ca juega un rol preponderante en la fisiopatología de la EA. La mitocondria también controla las funciones del Ca. Ocurre desacople de actividad mitocondrial en EA. La carnitina es un transportador fisiológico de ácidos grasos libres, sin la cual no podrían atravesar la membrana mitocondrial para ser oxidados. Los correlatos clínicos de las experiencias de la administración crónica de la Acetil-L-carnitina en humanos son muy promisorios. Aparentemente podría disminuir el rango de deterioro de la enfermedad quizás actuando sobre el proceso de envejecimiento o restituyendo fuentes de energía para las neuronas sanas o detoxificando a la célula de radicales libres u otras toxinas. La expectativa con este compuesto no es sólo la mejoría sintomática, sino el enlentecimiento evolutivo(13).

• Drogas anti-inflamatorias: investigaciones inmunohistoquímicas recientes informan que la EA produce un "estado inflamatorio crónico en el cerebro". En placas seniles y degeneración neurofibrilar se encontraron linfocitos T4 y T8 y gran número de microglia reactiva expresando glicoproteínas del complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) en su superficie. Neuritas degeneradas se marcan por anticuerpos de varias proteínas del comple-

mento por lo que se supone que la lisis celular activa ocupa un lugar preponderante(41, 49). Cabe como pregunta si la respuesta inmune refleja un proceso natural de defensa del cerebro o si es un mecanismo patogénico. Estos datos implicarían que antiinflamatorios administrados crónicamente podrían retardar el desarrollo de la enfermedad. Se estudió la incidencia de EA en pacientes con artritis reumatoidea, que habían recibido antiinflamatorios entre sus 35 y 50 años, viéndose que la misma era menor. Los autores adjudican luego de profundos estudios estadísticos que podría deberse al uso de estas drogas. Este hecho motivó el planteo de un ensayo clínico doble ciego con indometacina del cual aún no tenemos resultados (41,49).

• Desferroxamina: es una droga quelante del aluminio. Un estudio realizado en 48 pacientes durante 2 años con inyecciones IM de 125 mgr, demostró que ésta enlentece la progresión de la enfermedad. El mecanismo propuesto sería la quelación del Al, el secuestro de radicales libres o un efecto antiinflamatorio. Inhibe la lipoxigenasa y estimula la ciclooxigenasa(15).

• Terapia hormonal: El estrógeno puede ser útil para el tratamiento de la demencia principalmente la asociada a menopausia, mejorando la afectividad, atención, orientación y memoria. Se utilizaron 2 mgr de estradiol micronizado por día por 6 semanas, o 1,25 mgrs de estrógenos combinados (Premarin) por día por 3 semanas. Aquellos pacientes con comienzo de la demencia posterior a 65 años, con un estadio leve a moderado fueron los que mejor respondieron. El estrógeno presenta acciones a nivel de membrana o a nivel genómico pudiendo potenciar la función de neurotransmisores, modificar e influenciar la acción de estos por acción en sus receptores o modificando su producción (24)

• Tiamina: las enzimas dependientes de la tiamina están disminuidas en EA, pero el tratamiento con dosis elevadas (3 gr/día) ha demostrado ser ineficaz en líneas generales a pesar de una discreta mejoría en el MMSE (5) ■

Bibliografía

1. Arregui A., Perry E. K., Rossor M., et al. Angiotensin converting enzyme in Alzheimer's Disease: Increased activity in

caudate nucleus and cortical areas. *J Neurochem* 38:1490-1492; 1982

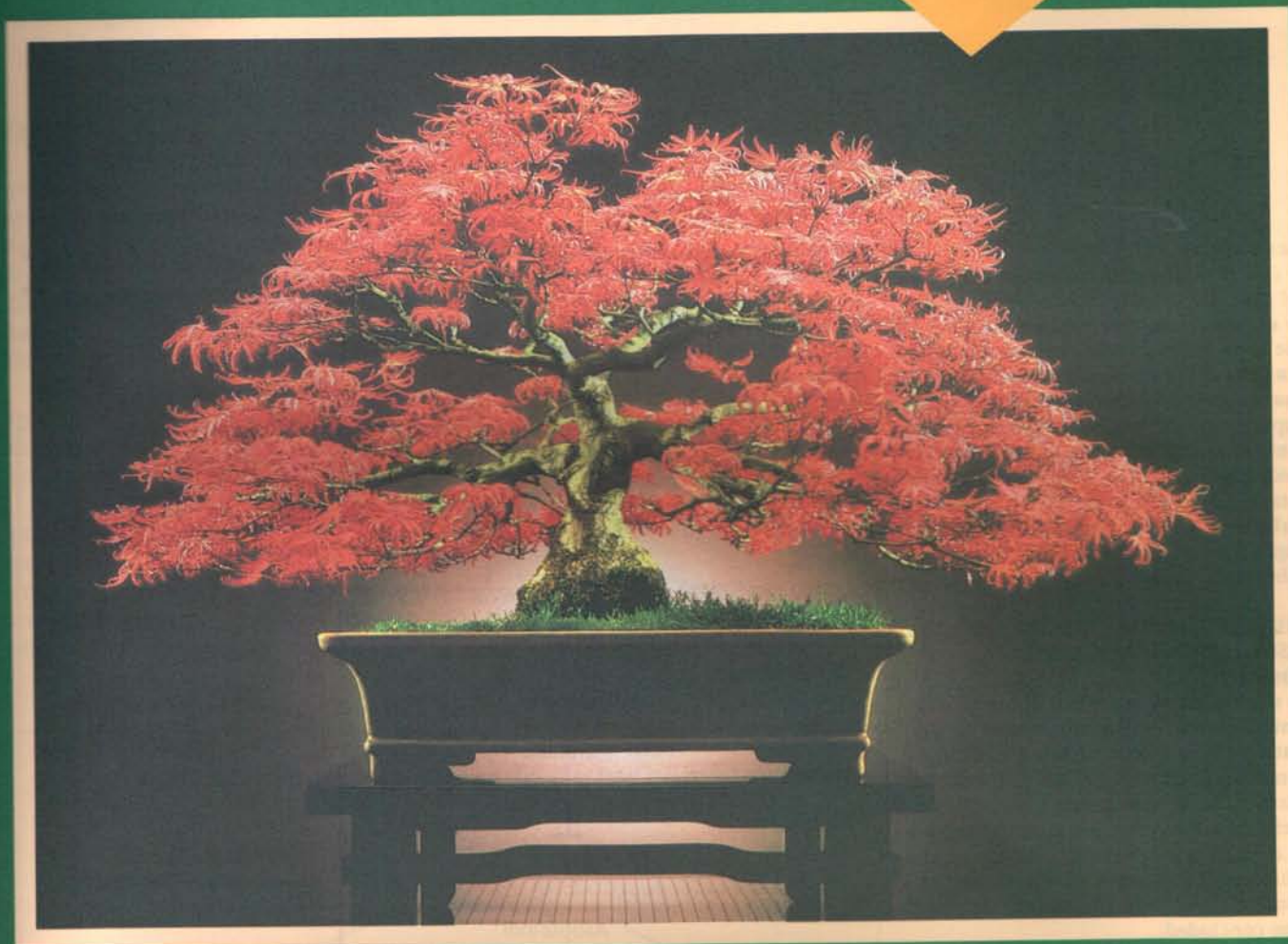
2. Bartus R.T., Drugs to treat age-related neurodegenerative problems. The final frontier of Medical Science? *JAGS* 38:680-695, 1990.
3. Beller S. A., Overall J. E., Rhoades HM, et al. Long-term outpatient treatment of senile dementia with oral physostigmine. *J Clin Psychiatry* 49:400-404, 1988
4. Bellosso W., Mangone C. A., Herskovits E., Blood Brain Barrier and the passage of drugs into the central nervous system. Part 1 *Rev Neurol Arg* 13(3):178-192, 1987.
5. Blass J.P., Gleason P., Brush D., DiPonte P., Thaler H. Thiamine and Alzheimer's Disease: a pilot study. *Arch Neurol* 45: 833-835, 1988.
6. Bleecker M. L., Bolla Wilson K., Kawas C., Agnew J. Age specific for the Mini Mental State Exam. *Neurology* 38: 1565-1568, 1988.
7. Blessed G., Tomlinson B. E., Roth M., The association between quantitative measures of dementia and senile changes in the cerebral grey matter of the elderly people. *Br. J. Psychiatry* 114: 797-811, 1968.
8. Bonner T. I., Buckley A., Young A. C. et al., Identification of a family of muscarinic acetylcholine receptor genes. *Science* 237: 527-532, 1987.
9. Bonner T. I., The molecular basis of muscarinic receptor diversity. *Trends Neurosci* 12: 148-151, 1989.
10. Bozzola F. G., Mangone C. A., Sanguinetti R. M., et al., Impairment of semantic memory process in dementia of the Alzheimer type. *Neurology* 42 (suppl 3): 221, 1992.
11. Bruno G., Mohr E., Gillespie M., et al., RS-86 therapy of Alzheimer's Disease. *Arch Neurol* 43: 659-661, 1985.
12. Buckley N. J., Bonner T. I., Buckley A., Antagonists binding properties of five cloned muscarinic receptors expressed in CHO-K1 cells. *Mol Pharmacol* 35: 469-476, 1989.
13. Calvani M., Carta A., Acetyl-L-Carnitine: Its Role in Neuronal Metabolism. In *Alzheimer's Disease, New Treatment Strategies* Khachaturian Z & Blass J. Eds Marcel Dekker Publish. New York New York, 1992. pp 223-229.
14. Cooper J. K., Drug Treatment of Alzheimer's Disease. *Arch Intern Med* 151: 245-249, 1991.
15. Crapper M., McLachlan D. R., Dalton A. J. et al., Intramuscular desferroxamine in patients with Alzheimer's Disease. *Lancet* 337: 1304-1308, 1991.
16. Cutler N. R., Murphy M. F., Nash R., et al., Clinical safety, tolerance and plasma levels of the oral anticholinesterase 1,2,3,4-tetrahydro-9-aminoacridin-1-ol-maleate (HP 029) in Alzheimer's Disease: Preliminary findings. *J Clin Pharmacol* 30: 556-561, 1990.
17. Chateller G., Lacomblez L., et al., Tacrine and lecithin in senile dementia of the Alzheimer Type: A multicentre trial *BMJ* 300: 495-499, 1990.
18. Dal Tasso R., Cavicchioli L., Calzolari S., Leon A., Toffano G., Are gangliosides

- a rational pharmacological tool for the treatment of chronic degenerative disease. In Treatment development strategies for Alzheimer's Disease. Crook T, Bartus R, Ferris S, Gershon S eds. Mark Powley publish. Madison, Connecticut 1986. pp 293-311.
19. Davidson M., Stern R., The treatment of cognitive impairment in Alzheimer's Disease: Beyond the Cholinergic Approach. The Psychiatric Clinics of North America, 14 (2):461-482, 1991.
 20. Davidson M., Stern R. G., Bierer L. M., Horvath T. B., Zemishlani Z., et al., Cholinergic strategies in the treatment of Alzheimer's Disease. Acta Psychiatr Scand Suppl 366: 47-51, 1991.
 21. Davidson M., Mohs R. C., Hollander E. et al., Lecithin and piracetam in patients with Alzheimer's Disease. Biol Psych 22: 112-114, 1987.
 22. Davidson M., Zamishlany Z., Mohs R. C. et al., 4-aminopyridine in the treatment of Alzheimer's Disease. Biol Psych 23: 485-490 1988.
 23. Ferris S. H., Reisberg B., Crook T. et al., Pharmacologic treatment of senile dementia: choline, L-Dopa, piracetam and choline plus piracetam. In Corkin S, Davis KL, growdon J. H., Usdin E, Wurtman RJ ed. Alzheimer Disease a report of progress. New York: Raven Press, 1982: 475-481.
 24. Fillit H., Weinreb H., Cholst I., et al., Hormonal Therapy for Alzheimer's Disease. In Treatment development strategies for Alzheimer's Disease. Crook T, Bartus R, Ferris S, Gershon S eds. Mark Powley publish. Madison, Connecticut 1986. pp 293-311.
 25. Fisher A., Brandeis R., Karton I. et al., AF102B: Rational treatment strategy for Alzheimer Disease. Recent Advances. AdvNeurol 51: 257-259, 1990.
 26. Fitten L. Jr Perryman K. M., Gross P. L. et al., Treatment of Alzheimer Disease with short and long-term oral THA and lecithin: a double blind study. Am J Psychiatry 147: 239-242, 1990.
 27. Folstein M. E., Folstein S. E., McHugh P. R., Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 12: 189-198, 1975.
 28. Growdon J. H., Corkin S., Huff F. J., Piracetam combined with lecithin in the treatment of Alzheimer Disease. Neurobiol Aging 7:269-276, 1986.
 29. Grupo de Demencias de la Sociedad Neurológica Argentina. Estudio epidemiológico sobre deterioro cognitivo en población normal. (abstr) XXVIII Congr. Argentino Neurología Mendoza 1988.
 30. Hardy J, Adolfsso R, Alafuzof I et al. Transmitter deficits in Alzheimer's Disease. Neurochemistry International 7: 545-563, 1985.
 31. Henderson V. W., Roberts E., Wimer C. et al., Multicentre trial of naloxone in Alzheimer Disease. Ann Neurol 25: 404-406, 1989.
 32. Hefti F., Lapchak P., Denton T. L., Growth Factors and Neurotrophic Factors in Neurodegenerative diseases. in Alzheimer's Disease, New Treatment Strategies Khachaturian Z & Blass J. Eds Marcel Dekker Publish. New York New York, 1992. pp 87-103.
 33. Hefti F., Schneider L., Nerve Growth Factor and Alzheimer's Disease. Clinical Neuropharmacology 14 (1):S62-S76, 1991.
 34. Juilland A., Chang Rodriguez E., Frequency dictionary of Spanish words. London: Methuen, 1964.
 35. Katzman R., Alzheimer's Disease. New Engl J Med, 314 (15): 964-973, 1986.
 36. Katzman R., Lasker B., Bernstein N., Advances in the diagnosis and consequences of misdiagnosis of disorders causing dementia in aging and the brain. Terry RD ed. New York, Raven Press 1988, 17-61.
 37. Kopeland M. D., Lishman W. A., Pharmacological treatment of dementia (non-cholinergic). Br. Med Bull 42: 101-105, 1986.
 38. Loewenstein D. A., Amigo E., Duona R., Guterman A., Hurntz D. et al., A new scale for the assessment of functional status in Alzheimer's Disease and related disorders. J Gerontology, 44: P114-P121, 1989.
 39. Mangone C. A., Metodología Diagnóstica de la Demencia tipo Alzheimer. Alcmeon 4: 445-465, 1991.
 40. Martini E., Pataky I., Szilagy K. et al., Brief information on an Early phase II study with Deprenyl in demented patients. Pharmacopsychiatry 20: 256-257, 1987.
 41. McGeer P., Rogers J., McGeer E., Sibley J., Does Anti-Inflammatory Treatment Protect against Alzheimer's Disease? in Alzheimer's Disease, New Treatment Strategies. Khachaturian Z & Blass J. Eds Marcel Dekker Publish. New York New York, 1992. 165-175
 42. Moss D. E., Kobayashi H., Pacheco G., Palacios R., Perez R. G., Methanesulfonyl fluoride: a CNS selective cholinesterase inhibitor. In Current research in Alzheimer therapy, Giacobini E, Becker R. eds. Taylor & Francis Publish, New York, 1988. pp:305-314.
 43. Mouradian M. M., Mohr E., Williams A. J., Chase T. N., No response to high-dose muscarinic agonist therapy in Alzheimer's Disease. Neurology 38: 606-608, 1988.
 44. Mohr E., Schlegel J., Fabrini G. et al., Clonidine Treatment of Alzheimer's Disease. Arch Neurol 46: 376-378, 1989.
 45. Nordstom o., Alberts P., Westlind A. et al, Presynaptic Antagonist-postsynaptic agonist muscarinic cholinergic synapses. Mol Pharmacol 24: 1-5, 1983.
 46. Palacios J. M., Boddeke G. M., Pombo Villar E., Cholinergic neuropharmacology: an update. Acta Psychiatr Scand Suppl 366: 27-33, 1991.
 47. Reisberg B., Ferris S., DeLeon M., Crook T., The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 9: 1136-1139, 1982.
 48. Reitan R., Validity of the Trailmaking test as an indication of brain damage. Percept Mot Skills 8: 271, 1958.
 49. Rogers J., McGeer P., Civin H., Styren S., Immune Related Mechanisms of Alzheimer's Disease Pathogenesis. in Alzheimer's Disease, New Treatment Strategies. Khachaturian Z & Blass J. Eds Marcel Dekker Publish. New York New York, 1992. 147-165.
 50. Rosemberg M. B., Friedman T., Robertson R. O., et al., Grafting genetically modified cells to the damaged brain: Restorative effects of NGF expresión. Science 242: 1575-1577, 1988
 51. Rossen W., Mohs R., Davis K. L., A new rating scale for Alzheimer's Disease. Am J Psychiatry 141: 1356-1364, 1984.
 52. Saletu B., Darragh A., Salmon P, et al., EEG brain mapping in the evaluation of the time-course of the central action of DuP996, a new acetylcholine releasing drug. Br J Clin Pharmacol 28: 1-6, 1989.
 53. Shimohama S., Taniguchi T., Fujiwara F, et al., Changes in nicotinic and muscarinic receptors in Alzheimer type dementia J Neurochem 46:288-293, 1986.
 54. Shutze G. M., Pierrat F. A., Cornfeldt M. L., 9-amino-1,2,3,4-tetrahydroacridin-1-ol. A potential Alzheimer's disease therapeutic of low toxicity. J Med Chem 31: 1278-1279, 1988.
 55. Summer W. K., Majovski L., Marsh G. M. et al., Use of THA in treatment of Alzheimer-like dementia. Pilot study in twelve patients. Biol Psychiatry 16: 145-153, 1981.
 56. Swash M., Brooks D. N., Day N. E., et al., Clinical trials in Alzheimer's Disease. J Neurol Neurosurg Psych 54: 178-181, 1991.
 57. Thal L. J., Masur D. M., Blau A. D., Fuld P. A., Klauber M. R., Chronic oral Physostigmine without lecithin improves memory in Alzheimer's Disease. JAGS 37 : 42-48, 1989.
 58. Van Duijn C., Hofman A., Relación Between nicotine uptake and Alzheimer's Disease. BMJ 302 : 1491-1494, 1991.
 59. Whalley L. J., Drug treatments of Dementia. Br J Psychiatry 155 : 595-611, 1989.
 60. Wesnes K., Anand R., Lorscheid T., Potential of Moclobamide to improve cerebral insufficiency identified using scopolamine model of aging and dementia. Acta Psych Scand Suppl 360: 71-72, 1990.
 61. Wesseling H., Agoston S., Van Dam G. B. P. et al., Effects of 4aminopyridine in elderly patients with Alzheimer's disease N Engl J Med 310 : 988-989, 1984.
 62. Whitehouse P. J., Price D. L., Struble R. G. et al., Alzheimer's disease and senile dementia: loss of neurons in the basal forebrain. Science 215: 1237-1239, 1982.
 63. Wolters E. C., Reikkinen P., Lowenthal A. et al., DGAVP (Org 5667) in early Alzheimer Disease patients. An international double blind, placebo-controlled, multicenter trial. Neurology 40 : 1099-1101, 1990.
 64. Zarit S., Reeve K., Boch-Peterson J., Relatives of the impaired elderly. Correlates of feeling of Burden. The Gerontologist 20 (6): 649-655, 1980.

NIMODIPINA 30 mg

VASOSPAN N

**PRESERVAR EN EL TIEMPO
LA CALIDAD DE VIDA**



**MEJORA LOS SINTOMAS
CLINICOS DE LA INSUFICIENCIA
CEREBRO VASCULAR CRONICA**

- Pérdida de Memoria
- Falta de Atención
- Irritabilidad
- Desorientación
- Angustia
- Mareos
- Vértigos
- Acúfenos

COMPOSICION:

Cada comprimido recubierto contiene:
Nimodipina, 30 mg.

ACCION TERAPEUTICA:

Antagonista del calcio.
Vasodilatador cerebral selectivo.

PRESENTACION:

Envases con 30 y 60 comprimidos.

ELVETIUM - RHODIA

NEUROQUIMICA DE LA ESQUIZOFRENIA

EN CONSUMIDORES DE MARIHUANA

Resumen:

Se analiza el abuso de sustancias derivadas del cannabis en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y se evalúan los efectos que sobre la bioquímica cerebral y la genética tiene el uso agudo y crónico de la marihuana. Se hacen observaciones sobre las implicancias del uso de los cannabinoles como exaltador o despertador de la enfermedad esquizofrénica y recomendaciones para su prevención y adecuado diagnóstico. **Palabras Clave:** Neuroquímica de la Esquizofrenia - Abuso de cannabis y esquizofrenia.

"NEUROCHEMISTRY OF SCHIZOPHRENIC DISEASE IN CANNABIS ABUSE"

Abstract:

In schizophrenic patients, abuse of different substances was analyzed, also an evaluation of the effects of acute and chronic administration of cannabis on biochemistry of brain and genetic incidence. Was performed. Inferences are made on the use of cannabinol agents as waking up the schizophrenic disease. Some recommendations in prevention and correct diagnosis were concluded.

Key Words: Neurochemistry - Cannabis Abuse and Schizophrenia.

"NEUROCHIMIE DE LA SCHYZOPHRÉNIE CHEZ LES CONSOMMATEURS DE MARIJUANA"

Résumé:

Cet article analyse l'utilisation abusive de marijuana chez des sujets au diagnostic de schyzophrenie. Il évalue les effets sur la biochimie cérébrale et sur la génétique de l'intoxication aigue et chronique à la marijuana. Il fait des remarques sur les implications de l'usage des cannabinoles en tant que déclancheur ou aggravant de la maladie schyzophrenique. Finalement l'article

*Master en Psicobiología. Centro de Asistencia e Investigación en Psicopatología "Alto Riesgo". Miembro del Capítulo Psiquiatría Institucional de APSA.

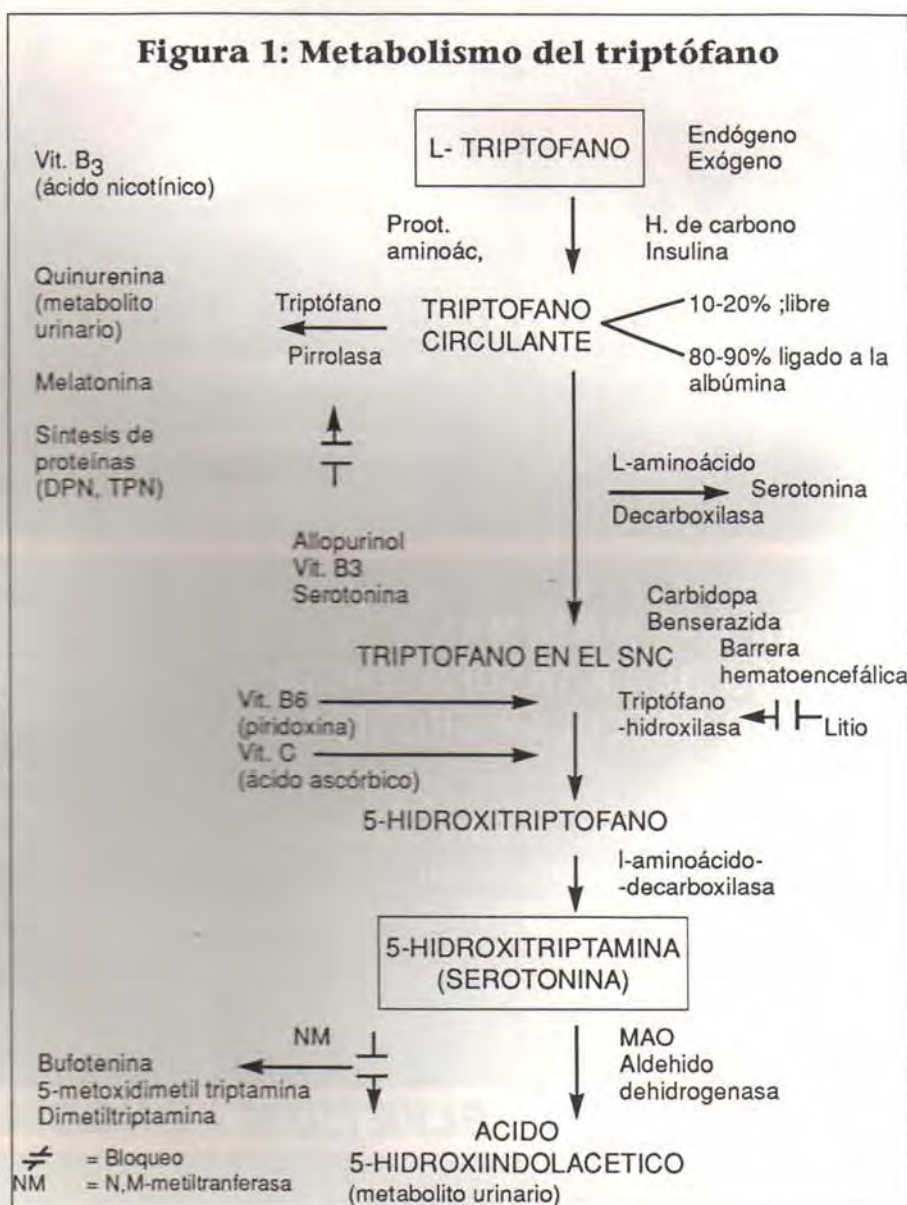
** Profesor Adjunto de Salud Mental. Fac. de Medicina. UBA. Presidente del Capítulo de Psicofarmacología de APSA

conclut sur des recommandations pour effectuer un diagnostic correct et développer la prévention.

Mots clés: Neurochimie de la schyzophrenie - Abus de cannabis et schyzophrenie.

Sergio Guala *
Julio Moizeszowicz **

Figura 1: Metabolismo del triptófano



Bioquímica de la esquizofrenia

En los últimos años se ha podido demostrar alteraciones bioquímicas en la enfermedad esquizofrénica. Las investigaciones realizadas se basan fundamentalmente en tres líneas neuroquímicas (1):

- 1) El metabolismo del triptófano
- 2) El desbalance de la dopamina
- 3) La transmetilación patológica (19)

Sobre el triptófano actúan dos procesos, uno es el de hidroxilación que lo convierte en 5-hidroxitriptófano y que por decarboxilación se transforma en 5-hidroxitriptamina (serotonina), para ser eliminado del organismo como ácido 5-hidroxiindolacético por acción de la MAO

El otro es por la decarboxilasa que lo transforma en triptamina y es excretado como ácido indolacético por acción de la MAO (Figura 2).

Sobre ambas sustancias actúan los procesos de N-metilación que comprenden la incorporación de 1 ó 2 grupos metilos (CH₃) sobre un átomo de Nitrógeno, dando origen a compuestos N-dimetilados (Figura 3).

Figura 2: Metabolismo normal de los compuestos indólicos

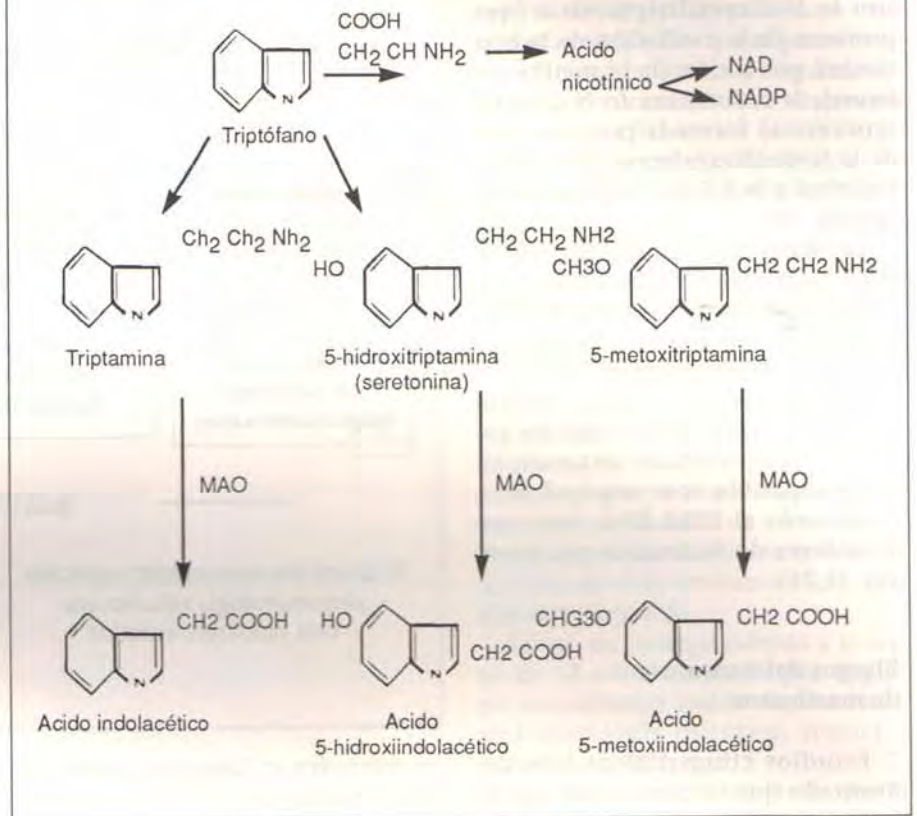
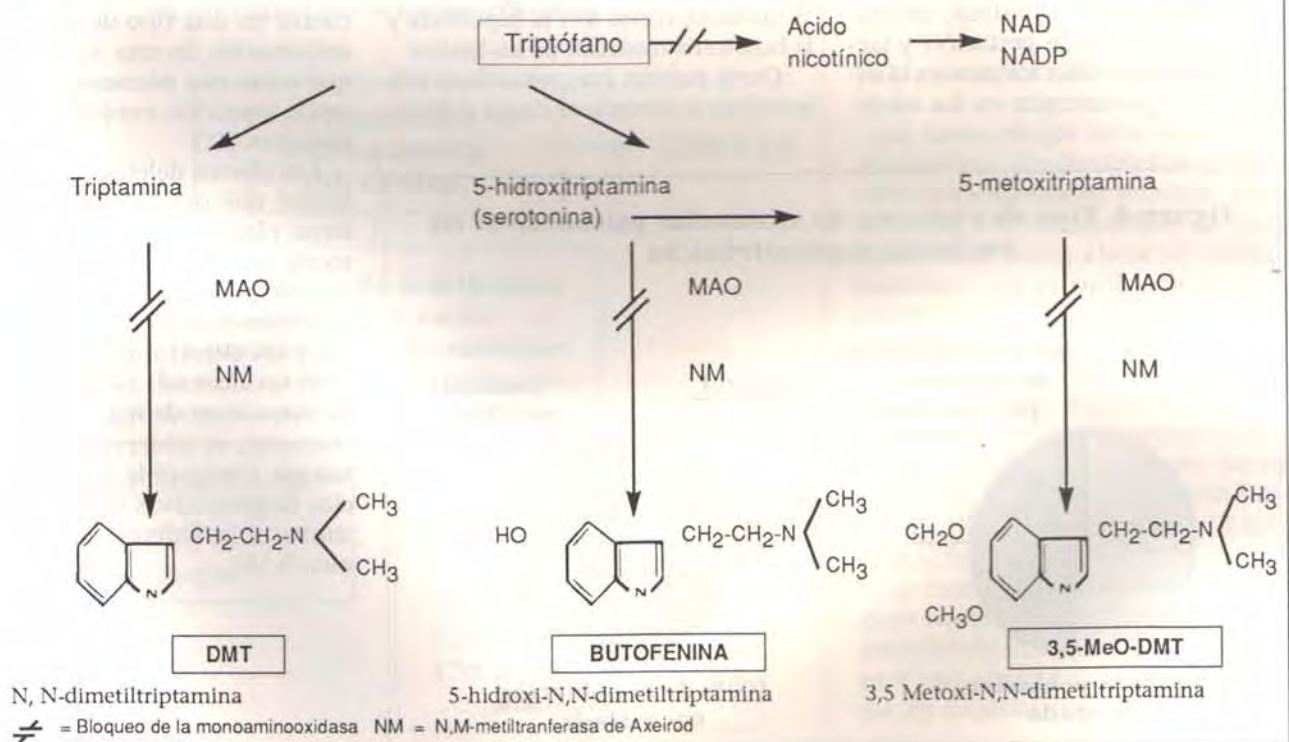


Figura 3: Metabolismo alterado de los compuestos indólicos (transmetilación)



La característica fundamental de estos compuestos dimetilados es la capacidad que tienen de producir alucinaciones. Los más conocidos son la N-dimetiltriptamina (que proviene de la metilación de la triptamina por acción de la metiltransferasa), la bufotenina (o N-dimetilserotonina) formada por la acción de la N-metiltransferasa sobre la serotonina y la 3,5 metoxidimetiltriptamina. (3)

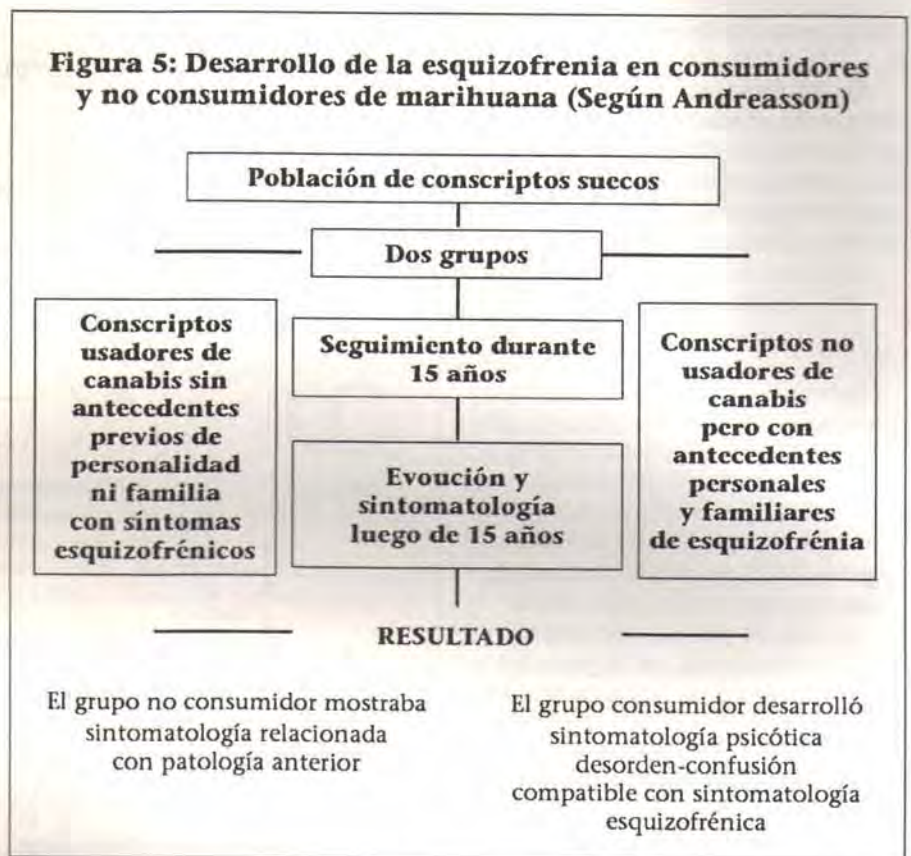
Las determinaciones urinarias de estos metabolitos, efectuadas en pacientes esquizofrénicos y consumidores de marihuana, se hallan elevadas de manera significativa.

También se ha podido comprobar que un alto porcentaje de pacientes que presentan sintomatología compatible con esquizofrenia, de acuerdo al DSM III-R, son consumidores de sustancias psicoactivas. (4,21)

Riesgos del consumo de marihuana

Estudios citogenéticos han demostrado que el cannabino puede inducir la producción de aberraciones genéticas y la supresión de la síntesis macromolecular de DNA y RNA en los cromosomas, alterando así la expresión de los genes. (18)

La exposición al hashish, en mujeres en período de gestación y lactancia produce alteraciones en la actividad dopaminérgica en los núcleos



os estriados y límbicos cerebrales (incrementos del 3,4-dihidroxifenilacético y de la dopamina).

La detección de marihuana metabolizada, en la orina de mujeres embarazadas, se asocia con los deterioros anatómofuncionales que aparecen en el neonato, como son la hipotrofia y la hipotonía muscular de los brazos.

Otros autores conceptualizan a la marihuana como una droga peligrosa,

ya que el consumo de la misma puede llevar a una psicosis tóxica con despersonalización, desrealización y a un estado cognitivo y psicomotor alterados. (11)

La combinación de marihuana con dextrometorfano (de uso frecuente en este tipo de adictos), es la responsable de una sintomatología que cursa con náuseas, miosis, anorexia, inyección conjuntival y alucinaciones. (22)

Los efectos deletéreos más importantes, que provoca la marihuana a largo plazo, son la pérdida de memoria inmediata, la aparición de un tipo de palabra borrosa o arrastrada (posiblemente por déficit neurológico) y las alteraciones de la atención (con un marcado déficit cognitivo). En fumadores de más de 30 años de consumo, se observó una sintomatología compatible con las demencias degenerativas de tipo presenil, similar a la Enfermedad de Alzheimer. (9,10)

Figura 4: Tipo de consumo de sustancias psicoactivas en pacientes esquizofrénicos

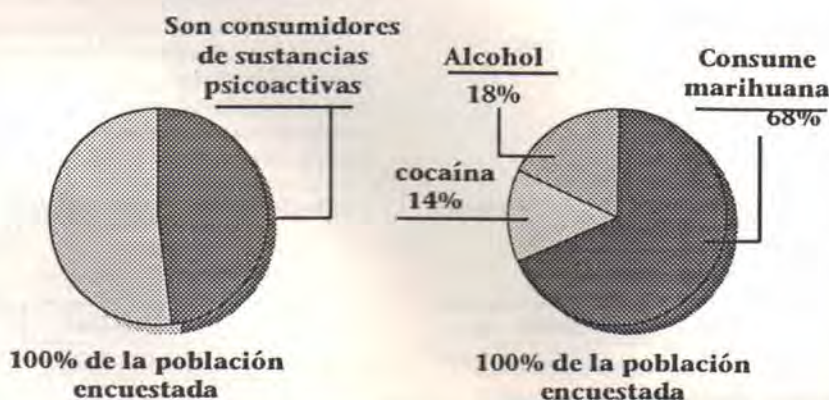
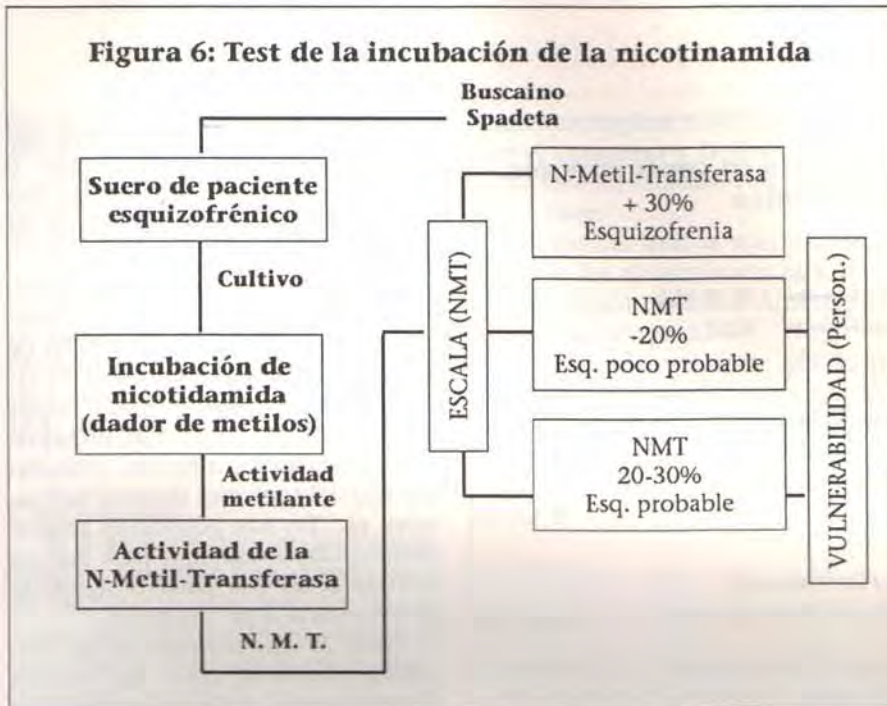


Figura 6: Test de la incubación de la nicotinamida



Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes esquizofrénicos

Investigadores han encontrado que el 48 % de los pacientes con sintomatología de tipo esquizofrénico, esquizofreniforme y esquizoafectiva son consumidores de sustancias psicoactivas.(3)

La elección del tipo de droga es en primer lugar la marihuana (68 %), en segundo el alcohol (18 %) y en tercero la cocaína (14 %). (Figura 4)

El informe publicado por Andreasson en 1989, evaluó dos grupos de soldados conscriptos en Suecia.(1)

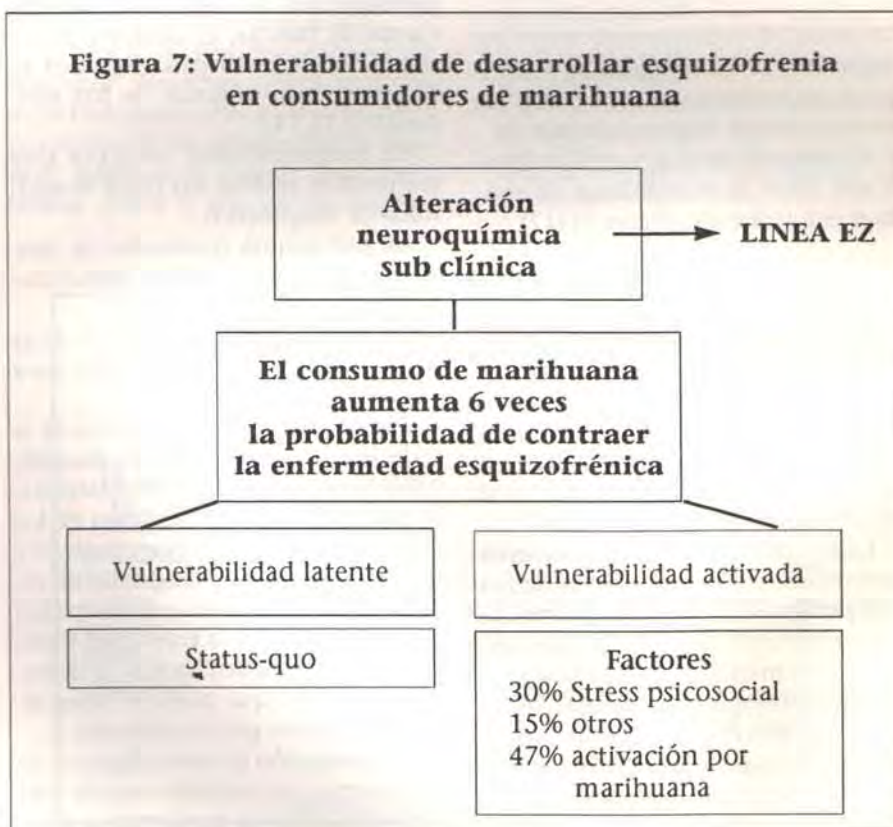
Un grupo sin antecedentes personales ni familiares de síntomas esquizofrénicos, pero consumidores de cannabis.

El otro grupo tenía antecedentes personales y familiares de esquizofrenia, pero en cambio, no presentaba antecedentes de consumo de marihuana.(Figura 5)

Luego de un seguimiento a lo largo de 15 años encontró que el grupo consumidor había desarrollado sintomatología psicótica, similar a la de la esquizofrenia.

Se refuerza así, la hipótesis que la exposición prolongada al consumo habitual de marihuana, durante un período mayor a los 5 años, puede ocasionar síntomas psicóticos, a veces con deterioro irreversible.

Figura 7: Vulnerabilidad de desarrollar esquizofrenia en consumidores de marihuana



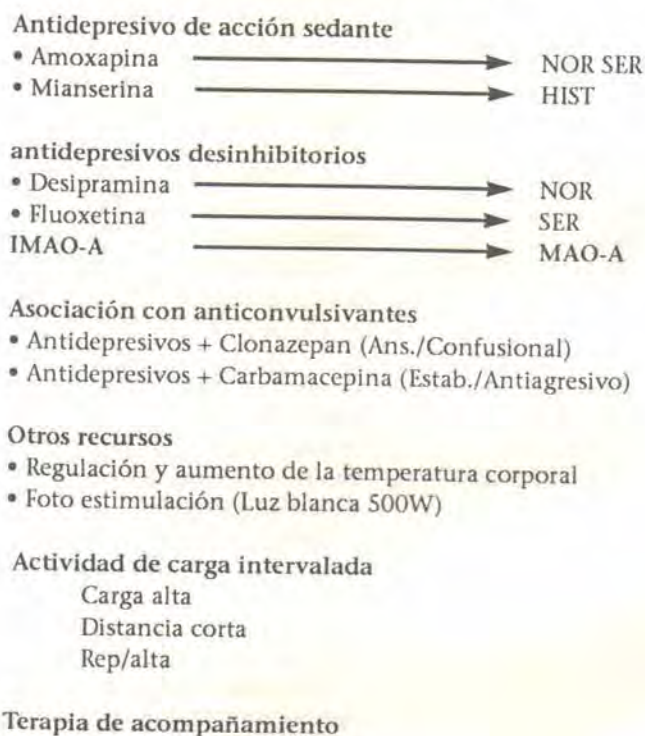
Vulnerabilidad neuroquímica

La farmacología de la marihuana es compleja, siendo difícil la predicción de los efectos de la droga, debido a sus 420 metabolitos. Se han identificado hasta ahora 65 cannabinoides. Los mismos son lípidos solubles que se almacenan en las membranas lipídicas de la células.

La vida media es de aproximadamente 3 a 5 días. Existe un nivel del 50 % de actividad bioquímica durante varios días, después de su ingestión, debido a la retención lipido-soluble y a su continua liberación al flujo sanguíneo.

La marihuana tiene efectos biológicos sutiles, mucho después de los períodos de intoxicación. El uso lleva a una acumulación de metabolitos en órganos con alto contenido

Figura 8: Abordaje psicofarmacológico en consumidores con riesgo esquizofrénico



lipídico, como es el cerebro, con los consiguientes efectos negativos graduales y acumulativos a través del tiempo.

Estos efectos negativos dependen de la vulnerabilidad neuroquímica del paciente, para contraer o no síntomas esquizofrénicos (10,15).

Algunos investigadores, seguidores de la teoría de la transmetilación, postulan el Test de Incubación de la Nicotinamida como un predictor diagnóstico de disponibilidad o probabilidad esquizofrénica. (Figura 6)(2)

Así, aquellos enfermos que presenten un bajo índice de actividad metilante (menos del 20 %), tendrán menos probabilidad de activación psicótica por el consumo. En cambio aquellos otros con actividad metilante mayor al 30 % tendrían un alto riesgo de activar o exacerbar síntomas psicóticos a través del consumo.

Actualmente se está desarrollando una investigación donde se co-

relaciona la vulnerabilidad y consumo en pacientes adictos con y sin sintomatología esquizofrénica.(11)

El consumo de marihuana aumenta seis veces la probabilidad de contraer esquizofrenia. (Figura 7) (17)

Precauciones psicofarmacológicas en el período de detoxificación

En esta fase, es conveniente considerar algunas diagnósticos diferenciales. En especial, se deben tener en cuenta la reacción de pánico o "mal viaje" y el delirio por "sobredosis".

La reacción de pánico se presenta generalmente en consumidores inexpertos. Se debe al consumo de dosis muy altas en lapsos breves por vía oral o inhalatoria. La apariencia y sintomatología del paciente, es la correspondiente a la de un brote psicótico. Tiene una duración breve. Se debe tranquilizar al paciente in-

dicándole, a través de personal entrenado que no ha "enloquecido" y que los síntomas son producidos por la marihuana y que luego de 24 a 48 horas pasará.

El delirio por "sobredosis" aparece en adicciones politóxicas, aunque la ingestión de grandes dosis de marihuana lo puede provocar. Es raro su presentación luego de fumar marihuana. Los síntomas incluyen desorientación, confusión, embotamiento del sensorio, despersonalización, etc. En este período es importante cuidar al enfermo para que no cometa actos que puedan significar daños para sí o para terceros.

Tanto la exacerbación de los síntomas psicóticos, como las psicosis tóxicas agudas y las esquizofrénicas gatilladas por consumo de marihuana requieren un delicado manejo por personal entrenado. Se impone una rápida confirmación diagnóstica para implementar ciertas medidas cautelares y poder realizar un abordaje psicofarmacológico adecuado.(6,7)

Los factores inespecíficos afectan la respuesta psicofarmacológica. La personalidad, la enfermedad del paciente, la familia, el medio y el desencadenamiento psicótico por el consumo son algunos de los mismos.(12,13,14)

Es recomendable, siempre que sea posible, realizar un perfil bioquímico de diagnóstico.

La bufotenina (marcador de riesgo) aparece con niveles frecuentemente elevados.

La feniletilamina (marcador de la depresión) aparece con niveles muy bajos.

Pueden aparecer metabolitos de la serie indólica como son la dimetiltriptamina y la O-metilbufotenina. Es preferible la determinación de los mismos por métodos cuantitativos y no sólo cualitativos. Se puede de esta forma contar con un marcador biológico valedero a través del tiempo. Estos se pueden asociar a desbalances previos que pueden haber sido exacerbados por el consumo.

La utilización de neurolépticos en las psicosis por cannabis aguda está discutida. Pero la tendencia a usar-

los, surge de la similitud clínica entre los estados de intoxicación por cannabinoides y los síndromes esquizofrénicos, de difícil diagnóstico diferencial en los momentos agudos.

En el caso de procesos psicóticos esquizofrénicos, gatillados por el consumo de marihuana, se recomiendan los lineamientos clásicos de la terapéutica antipsicótica. (Figura 8) (12)

Conclusiones

1) El 48 % de los pacientes esquizofrénicos pueden ser consumidores de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, deberá tenerse en cuenta al consumo de marihuana como "exotoxicosis", cuando se efectúa un diagnóstico de esquizofrenia.

2) Se debe alertar del riesgo de "marihuanización" de los esquizofrénicos y/o "esquizofrenización" de los marihuaneros.

3) El uso de marihuana supone una disminución del efecto de los neurolepticos, con un rango terapéutico muy disminuido en relación a pacientes con el mismo diagnóstico, pero no consumidores.

4) Los llamados "buscadores de síntomas" (searcher symptoms) son aquellos pacientes con síntomas borderline y de esquizofrenia residual, que buscan a través de la marihuana, entrar y salir de los cuadros

sintomatológicos confusionales, ya que el consumo y la elección de la droga está en relación con la patología de base.

5) Resaltar que la marihuana es como lo ha determinado la OMS y la Asociación Médica Americana, una droga peligrosa.

6) Finalmente rescatar que la acción de la marihuana parece ser muy activa en la interferencia/exacerbación/deterioro/respuesta cruzada y pronóstico del enfermo consumidor ■

Bibliografía

- 1) Andreasson S.: Schizophrenia in users and no-users of cannabis. A longitudinal study in Stockholm country. Acta Psych. Scandinavica 79: 505, 1989.
- 2) Buscalino Spadeta: Test de incubación de la nicotinamida. En "Psiquiatría Biológica", Capítulo VIII, Interamericana, Buenos Aires, 1991.
- 3) Crespo H.: Psychosis and cannabis consumption. A study of the psychopathologic differences and risk factors. Actas Luso Españolas de Psiquiatría y Ciencias Afines, 1990.
- 4) Dixon L.: Drug abuse in schizophrenia patients. Journal of American Psychiatry 148:2, 1991.
- 6) Guala S.: Sistematización del tratamiento de las adicciones. Actas del Congreso de ASSAPIA, 1987.
- 7) Guala S., Moizeszowicz J.: Terapéutica de Abordaje múltiple en Pacientes de Alto Riesgo. Una depresión con treinta años de adicción. Revista Argentina de Psicopatología 3: 25, 1992.

- 8) Hulburt K.: Drug induced psychosis. Revista de Emergencias Clínicas Norteamericanas, 1991.
- 9) Johnson B.: Psychopharmacological effects of cannabis. British J. Hosp. 43: 114, 1990.
- 10) Knudsen V.: Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. Revisión 14:III, 1987.
- 11) Lutsky I.: Substance abuse by anesthesiology residents. Clínicas Médicas Norteamericanas 66: 164, 1991.
- 12) Moizeszowicz J.: Psicofarmacología Psicodinámica II. Aspectos neuroquímicos, neuropsiquiátricos y psicológicos. Paidós, Buenos Aires, 1988.
- 13) Moizeszowicz J., Chappa H., et al.: Utilidad del Abordaje Dinámico-cognitivo en Clínica de Día de Adultos. Revista el Campo de las Terapias 3: 16, 1992.
- 14) Moizeszowicz J.: La Psicofarmacología como parte del Proceso Psicoterapéutico. Revista el Campo de las Terapias 5: 16, 1992.
- 15) Rabe J.: Mental state of marijuana smoking adolescents. Przeg. Leg. 3: 802, 1989.
- 16) Slap J.: Risk factors for attempted suicide during adolescence. Pediatrics 84:762, 1989.
- 17) Searles J.: The detection of alcoholism in hospitalized schizophrenics. Alcohol Clinical Exp. Res. 14:557, 1991.
- 18) Sieber M.: Alcohol, tobacco and cannabis. Drug Alcohol dependence 25:281, 1990.
- 19) Spatz H.: Estudio de enzimas metilantes en sangre. Comunicación personal, 1992.
- 20) Spatz H., Guala S.: Estudios en adictos esquizofrénicos. Comunicación personal, 1992.
- 21) Thornicroft G.: Cannabis and psychosis. Is epidemiological evidence for an association? British J. of Psychiatry 157:25, 1991.
- 22) Zutel A.: Dextrometorfano. R. Psiquiátrica 14:2, 1987.

VILLA GUADALUPE

CLINICA PSIQUIATRICA

Director: Dr. Eduardo Kalina

TRATAMIENTOS DE ABORDAJE MULTIPLE EN PSIQUIATRIA

- DROGADICCION
- ALCOHOLISMO
- PSICOSIS
- NEUROSIS GRAVES
- DEPRESIONES
- INSOMNIO
- BULIMIA Y ANOREXIA NERVIOSA
- ESTRES

- AMINOGRAMAS
- MINERALOGRAMAS
- TEST COMPUTARIZADOS
- POTENCIALES EVOCADOS

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS INTEGRALES

- MAPEO CEREBRAL (BRAIN MAPPING)
- ELECTROENCEFALOGRAMA PROLONGADO

INTERNACION Hoteleria de Primer Nivel

Instalados en Palermo Viejo, ofrecemos amplias comodidades para facilitar los tratamientos de recuperación (jardín, pileta de natación, sauna, gimnasio, aire acondicionado y calefacción central, sala de música y recreación, consultorios internos y externos).



SOLICITAR INFORMES Y FOLLETO A:

VILLA GUADALUPE Clínica Psiquiátrica

Ciencia contra la Dependencia

Scalabrini Ortiz 1963 • (1425) Buenos Aires • Tels. 72-0258 / 71-2766 Fax: (541) 71-2248

ESTRATEGIAS ASISTENCIALES EN PRIMERAS CONSULTAS

EN INSTITUCIONES PUBLICAS DE SALUD MENTAL

Resumen:

En este trabajo se comunican los resultados de una experiencia de campo realizada, con el auspicio del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de la Argentina, a fin de investigar las características clínicas de la consulta en Instituciones públicas de Salud Mental. El tema fue explorado desde la perspectiva de la institución, del profesional y del paciente. El trabajo fue llevado a cabo con distintos resultados que se detallan en el informe.

Palabras Clave: Instituciones - Salud Mental - Consulta Psiquiátrica - Centro de Salud.

"STRATEGIC DIRECTIONS IN THE FIRST CONSULTATION IN PUBLIC MENTAL HEALTH INSTITUTE"

Abstract:

A field research support by CONICET (Com. Nac. de Invest. Científicas y Técnicas) was performed with the objective of evaluate the clinical characteristics of consultation in public mental health institutions. The evaluation offers three points of view: that of the institution, of the patient and his doctor. Results are discussed.

Key words: Institutions - Mental Health - Psychiatric consultation - Health Centers.

* Licenciada en Psicología. Secretaria Académica Fac. de Psicología UBA. (1985-86). Docente de Clínica de Adultos. (84-85-86) Arce 829. Piso 10 "C" Tel.: 771-7338

** Lic en Psicología. Profesora Adj. Depto. de Psicoanálisis. Fac. de Psicología UBA. Cabello 3652. Piso 2 "F" Tel.: 802-4612

*** Lic. en Psicología. Ex Docente de Psicoanálisis. Fac. de Psicología Univ. J. F. K. Malabia 2127. Piso 8 "A" Tel.: 72-3463

En el desarrollo de la investigación participó también la Lic. Susana López, Docente del Depto. de Clínica. Fac. de Psicología UBA.

Alicia Azubel*
Susana G. Kaufman**
Estela Shab***

"CARACTERISTIQUES CLINIQUES DES CONSULTATIONS DANS LES INSTITUTIONS PUBLIQUES DE SANTÉ MENTALE"

Résumé:

Ce travail fait part des résultats d'une expérience réalisée sur le terrain, avec le concours du "Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET), afin d'étudier les caractéristiques cliniques des consultations dans les institutions publiques de Santé Mentale. Cette recherche a été effectuée depuis la perspective de l'institution, de l'équipe et du patient. Cet article expose en détail les résultats obtenus,

Mots Clés: Institution - Santé Mentale - Consultation psychiatrique - Centre de Santé.

En 1986 se presentó una solicitud clínica en que se desarrollaban los contactos iniciales de pacientes adultos que consultan en instituciones públicas de salud mental en la ciudad de Buenos Aires.

Dichas condiciones están determinadas por una serie de aspectos que no nos proponíamos investigar conjuntamente. Si bien procuraríamos en las instituciones seleccionadas, indagar en algunas cuestiones generales que condicionan las características de la demanda asistencial, concentraríamos nuestro enfoque sobre las condiciones más propiamente clínicas de la consulta.

Por el lado del paciente nos propusimos investigar los motivos que desde la perspectiva del consultante disparan el pedido de consulta, así como sus expectativas en relación a la misma.

Por el lado del profesional nos propusimos conocer los fundamentos teórico-clínicos en los que éste justifica su quehacer clínico (la concepción de la cura que orienta su actividad y desde la cual concibe la respuesta a la demanda del paciente); así como la expectativa del profesional en cuanto a su inserción en la institución.

Se ve entonces, que, desde el origen este proyecto estaba atravesado por la preocupación de indagar respecto de la función de las referencias teóricas en la respuesta del profesional al pedido de consulta del paciente, así como por el interés de analizar qué articulaciones podrían producir-

viado al CONICET al concluir el período de un año asignado por dicha institución.

Dilemas metodológicos preliminares

En el desarrollo de la investigación se nos han presentado diversos tipos de obstáculos. Algunos surgieron en relación a la objeción de la mayoría de las instituciones consultadas para realizar en su seno el trabajo de campo previsto. (Retomaremos esta cuestión más adelante). Otros obstáculos en cambio tenían que ver con la dificultad del equipo en dar con referencias metodológicas que nos orientaran en la perspectiva de articular la dimensión específicamente clínica del proyecto con la dimensión social e institucional del problema a estudiar. (Concentraríamos la mira del análisis en los aspectos singulares del encuentro entre profesional y paciente o más bien en los aspectos institucionales y sociales que enmarcan dicho encuentro). La disyuntiva metodológica se expresaba entonces entre optar por un enfoque psicossociológico clásico o bien por un enfoque clínico tradicional en la vertiente del caso por caso.

En cuanto a los recursos: optar por cuestionarios semiestructurados o bien por la observación y escucha de entrevistas prolongadas a los actores en juego en el dispositivo asistencial.

En la medida que los integrantes del equipo estábamos –estamos aún– vinculados a una práctica profesional y docente ligada a la clínica psicoanalítica, nos interesaba no excluir la consideración de la singularidad del encuentro entre los pacientes y el profesional, lo que su-

solamente de hacer un diagnóstico nosográfico, sino que se le plantea, principalmente, la necesidad de valorar la distribución y gravedad de los síntomas y del sufrimiento que aquejan al paciente; así como interrogarse respecto a la dirección que puede tomar la crisis del mismo, y hacia dónde puede conducirlo la intervención del profesional.

Sintetizando: hemos elegido tres ejes para la exploración del tema:

1. La institución. Vertiente que incluye:

a) En relación a la demanda asistencial de la población: el encuadre, los objetivos y las pautas formales e informales de la institución para acceder a los mismos.

b) En relación a los profesionales: las condiciones laborales y la oferta de formación dirigida a los profesionales de la institución.

2. El profesional: Esta vertiente incluye:

a) Las referencias teórico-clínicas del profesional; sus concepciones de enfermedad, tratamiento y curación.

b) Los objetivos del profesional en cuanto a su inserción institucional. Incluye posibles referencias valorativas respecto de la función social del hospital público.

3. El paciente: Incluye las características de la demanda del paciente y su expectativa respecto de la consulta a la institución, tal como es relatada en los primeros encuentros con el profesional.

Elegimos el ámbito público para el desarrollo de la investigación con la expectativa de aportar elementos que pudieran ser de utilidad para incrementar la eficacia asistencial en dicho ámbito.

El trabajo se realizó entre setiembre de 1987 y setiembre de 1988. Esta comunicación es el producto de una nueva revisión del informe en-

se entre la perspectiva clínica y la dimensión social del problema a estudiar, al establecerse la situación clínica en el ámbito institucional público.

El paciente que concurre a un Servicio de Psicopatología, lo hace espontáneamente o derivado por profesionales de otras áreas de la institución. En cualquiera de estas situaciones, llega con una referencia previa o con una imagen preconcebida del mismo. La relación consultante-institución se concreta en la persona del profesional que lo recibe, quedando así establecido el primer eslabón de la situación clínica. La primera consulta designa, en este contexto, un tiempo particular: el que transcurre desde que el consultante se encuentra por primera vez con el profesional admisor, hasta el momento en que comienza el tratamiento, se da por resuelto el motivo de la consulta o bien se lo deriva a otra institución por ausencia de recursos adecuados para su atención.

Respecto de este encuentro, el consultante podrá suponer que quien recibe la demanda de alivio para su padecimiento, estará en condiciones de operar sobre ella; en este sentido es un momento en el que se confrontan las expectativas del paciente de encontrar un marco de apelación respecto a su sufrimiento con lo que la realidad asistencial –vía el profesional– pueda brindarle, posibilitándose así –o no– la instalación de un proceso transfereencial que, como escenario del tratamiento, incluya tanto al paciente como al profesional.

Optamos, entonces, por acotar la exploración a la primera consulta por considerar que ésta designa un momento de crisis para el paciente que confronta al profesional con una dimensión de responsabilidad clínica amplia, dado que no se trata

ponía intervenir (mezclarse) en cuestiones de transferencia. Cuestiones de transferencia del profesional con la teoría y con la institución; y cuestiones de transferencia del paciente con la institución y el profesional.

Esta disyuntiva evidentemente comprometía cuestiones referidas a los objetivos de la investigación y a los recursos metodológicos apropiados para acceder a los mismos. De allí que, como primera decisión resolvimos encuadrar el estudio en el marco de una *investigación exploratoria*, dado que era necesario, en ausencia de antecedentes conocidos en este tipo de investigaciones, un marco flexible en cuanto a las exigencias de selección y número de la muestra en dicho campo desde la óptica propuesta.

Esto suponía renunciar a cumplir con exigencias metodológicas específicas de las ciencias sociales y de investigaciones de tipo epidemiológico y de los salubristas en el campo de la salud pública, en la medida que sacrificábamos en el intento la posibilidad de acceder a una *N* significativa que otorgara validez estadística a los resultados. Sin embargo, pensamos que la vía elegida nos permitiría indagar en las cuestiones que conciernen a la eficacia clínica del profesional en la institución, a partir del análisis de los discursos de los actores que intervienen en el dispositivo asistencial.

Con este propósito incluimos:

1. La observación y grabación de la admisión, en la cual –suponíamos– la mayor libertad para generar un discurso no condicionado estaría del lado del paciente, en el relato que éste hiciera de su malestar y de los motivos que lo llevaban a la consulta.

2. Entrevistas abiertas, grabadas y de larga duración con los profesionales encargados de las admisiones

y con los jefes de servicio, en las cuales –suponíamos– la mayor libertad de producción discursiva estaría del lado de los profesionales.

3. Construimos también, cuestionarios semiestructurados para pacientes, profesionales y jefes de servicio, dado que el equipo resolvió mantener la tensión creada por exigencias metodológicas contradictorias, incluyendo diversos tipos de recursos en vez de tomarlos como excluyentes.

De esta manera, intentaríamos apreciar, en la misma exploración, la utilidad de los distintos tipos de recursos y confrontar diferentes lógicas para encarar el estudio propuesto: la lógica de lo cuantitativo o des-subjetivado con la de lo cualitativo o subjetivado. En el primer caso, el punto de mira se establece desde una posición en que no se contemplan ni cuentan los sujetos. En el segundo caso, el punto de mira se ubica en el interior de la dinámica de la consulta: el espacio de la transferencia. Hemos intentado, allí donde fue posible, una lectura minuciosa, atenta a los matices particulares de cada consulta, siguiendo cada caso en su lógica específica.

Muestra - Recursos - Evaluación

Para la realización del trabajo de campo se seleccionaron tres centros asistenciales de características institucionales diferentes: un Centro de Salud; un Servicio Psicopatológico de Hospital General y un Servicio de Hospital Neuropsiquiátrico.

En cada uno de ellos estaba previsto trabajar con la admisión de 15 pacientes (total muestra de pacientes=45); 5 profesionales de cada institución encargados de las admisiones (total muestra profesionales=15)

y los respectivos jefes de servicio (total=3).

En cuanto a los recursos: Observación y grabación de las admisiones; entrevista grabada de larga duración a los profesionales; entrevista de seguimiento a los pacientes a los tres meses de la primera consulta y aplicación de cuestionarios semiestructurados a profesionales y pacientes.

La evaluación del material obtenido en el trabajo de campo fue realizada en dos registros. Por un lado, sistematización y cuantificación de los datos obtenidos a partir de los cuestionarios semiestructurados. Por otro, el análisis cualitativo de las entrevistas a pacientes, profesionales y jefes de servicio.

Resultados

El trabajo de campo previsto sólo se pudo realizar en un Centro de Salud. Fueron infructuosos los intentos de realizarlo en alguno de los dos manicomios, o en algunos de los Servicios de Psicopatología del Hospital General de la ciudad de Buenos Aires. (Se intentó solamente en dos hospitales).

Incluimos los resultados obtenidos en todos los intentos realizados, hayan sido exitosos o no para nuestro propósito original.

1. Hospital Neuropsiquiátrico

Las gestiones para la realización del trabajo de campo en uno de los dos Neuropsiquiátricos se inician con una entrevista al Jefe del Servicio, quien deriva al Departamento de Admisiones la decisión respecto de la solicitud. Se concreta entonces una entrevista con uno de los coordinadores de la admisión, quien da

o bien requiriendo a cualquiera con guardapolvo por el profesional buscado.

3. Hospital General II

Se reiteran en este hospital, los pedidos de requisitos formales, como en el Hospital General I y los argumentos en relación al tiempo y el espacio disponibles. Se llega a concretar, sin embargo, una reunión con el Equipo de Admisión, donde explicamos someramente el propósito de la investigación. Luego de la reunión, el coordinador plantea su sorpresa por las características de la investigación, dado que él suponía que era de tipo sociológica. Vuelve a derivar la decisión al Jefe de Servicio. Transcurridos dos meses, lapso en el que se producen numerosos intercambios telefónicos, se dan por concluidas las gestiones.

4. Centro de Salud

La recepción del equipo en este Centro es de colaboración. El trabajo de campo se realiza, prácticamente sin resistencias por parte de los integrantes del Centro y en los tiempos previstos.

De lo solicitado por nosotros, se excusan de no poder acceder a la realización de una entrevista breve con el paciente luego de realizada la admisión por considerar dicho paso como una ingerencia perturbadora para el paciente. Podría decirse que la actitud de colaboración se acompañó de un gusto por mostrar el trabajo que se hace y de hablar sobre ello.

4.1. *Encuadre institucional para la recepción de pacientes al Centro*

cientes que circulaban por la sala de espera.

2. Hospital General I

La entrada en este hospital fue precedida por contactos informales con profesionales conocidos del Servicio. El primer encuentro con el jefe fue de apoyo puesto que consideraba que el tema giraba en torno a una preocupación constante de su gestión. En el mismo momento, se nos solicita información escrita acerca de la investigación y avales para ser presentados al Equipo para su discusión y al director para su autorización.

Dicho trámite se extendió por alrededor de un mes y medio, lapso durante el cual, nuevos requisitos administrativos fueron requeridos. Transcurridos dos meses del inicio de las gestiones, el jefe planteó la postergación del trabajo debido a lo inadecuado del espacio físico y debido a que, licencias temporarias de admisores tenían debilitado el equipo. Cuando, pasados otros tres meses, se retomó el contacto con la institución se reiteraron las mismas dificultades con lo cual se dió por concluido el intento de realizar allí el trabajo previsto.

Cabe destacar que se observó efectivamente que el ámbito de trabajo es reducido y que, dada la escasez de consultorios, parte de la atención de pacientes parece realizarse en un pasillo de circulación general y de acceso a consultorios de otras especialidades. Asimismo se observó, durante los períodos de espera de nuestro equipo en el Servicio, que los pacientes tienen dificultades en dar con los profesionales con los que tienen citas concertadas, esperando en silencio

su acuerdo a la propuesta.

A partir de ese momento, integrantes del equipo de investigación concurren –con citas previamente concertadas– en once oportunidades, durante un lapso de cuatro meses, para acordar las condiciones del inicio del trabajo de campo. Durante ese período surgen distintos reparos para su realización. Se plantea que:

- Se desconoce el uso que se le dará al informe, aún cuando se informó por escrito respecto del tema, el origen de los fondos, y los avales del proyecto.

- Se desconocen las referencias bibliográficas con las que se habrá de analizar el material.

- Se disculpan por el exceso de recaudos, fundados aparentemente, en que estarían bajo la lupa de la Dirección Central del hospital, tildados de “sospechosos”, por sus posiciones teórico-ideológicas respecto de la concepción de salud mental que ellos defienden.

- Se considera un inconveniente que se graben las admisiones, debido a lo cual se acuerda no grabar.

- Se propone excluir a los médicos y que solamente sea observada la tarea de los psicólogos.

- Se considera que haya profesionales con poca experiencia y que no pueden distraer tiempo de formación de los mismos autorizando la inclusión de un investigador en la admisión.

- Se invoca, finalmente, el cuidado de los pacientes, a quienes –se dice– no correspondía someter a experiencias de esas características.

Finalmente, el trabajo de campo no se realiza.

- En el curso de las visitas se observó que el movimiento principal giraba en torno a los profesionales, siendo reducido el número de pa-

En relación a la organización de los profesionales para la admisión de pacientes, se implementa un sistema rotativo por el cual un médico y un psicólogo son asignados para dicha función, una vez por mes, según un organigrama diagramado por un equipo especializado, con aproximadamente dos meses de anticipación.

Idealmente se tiende a que el paciente recepcionado sea tomado en tratamiento por uno de los profesionales que realizan la admisión. Sin embargo, como los profesionales son asignados para las admisiones sin contar con la disponibilidad de turnos de los mismos para tomar nuevos pacientes, por lo general sólo uno o dos de los cinco pacientes admitidos por mañana, son tomados por el adisor y los restantes son derivados. La derivación consiste en comunicarle al paciente que se lo va a llamar por teléfono; se gira la historia clínica al coordinador, quien distribuye los pacientes a los terapeutas que tengan turnos disponibles.

Los pacientes que acuden al Centro solicitando turno, son atendidos por personal administrativo que le asigna una fecha de consulta que consta en un carnet que se le entrega al paciente. La demora es de aproximadamente cinco días. Quedan exceptuados de este trámite los que presentan un motivo de urgencia, en cuyo caso son derivados en el día al equipo de emergencias.

Según se explicita, es función de la admisión detectar los casos de urgencia y hacer la derivación correspondiente así como resolver si los pacientes que consultan pueden o no recibir un tratamiento en la institución.

Hemos observado que:

- Las admisiones se realizan en un consultorio amplio y reservado para esa actividad.

- La duración de las entrevistas de admisión es de aproximadamente 10 ó 15 minutos.

- En cuanto a la dinámica de dichas entrevistas, en la mayoría de los casos observados presentan una estructura semejante:

- el profesional pregunta al paciente por qué consulta y cómo llega a la institución.

- el paciente responde relatando sobre aquello que lo aqueja.

- al concluir el relato del paciente, el profesional le responde asignándole un turno con el mismo profesional o bien comunicándole que se lo llamará por teléfono con ese fin.

- Durante la admisión los profesionales no suelen indagar en lo planteado por el paciente; no hacen una devolución ni se dan explicaciones al paciente acerca del funcionamiento del Centro o respecto de los pasos a seguir luego de la admisión.

4.2. Síntesis de los argumentos teóricos en los que el equipo fundamenta el encuadre de las admisiones.

El coordinador y la mayoría de los profesionales del Equipo se proponen ordenar el trabajo en la institución de acuerdo a una perspectiva psicoanalítica. El discurso de los mismos está impregnado de términos y enunciados a partir de los cuales es posible inferir una identificación de los integrantes del Equipo con la perspectiva teórica lacaniana.

Los conceptos principales a los que recurren los profesionales entrevistados para justificar su quehacer en la admisión son el concepto de Transferencia y el deseo del Analista. A partir de los mismos se concluye:

- Que las entrevistas de admisión son breves para no movilizar al pa-

ciente y, sobre todo, para no fomentar una transferencia particular con el profesional que realiza la admisión en la medida en que no es posible asegurar que el paciente continúe un tratamiento con el adisor.

- Que no se indagará en lo planteado por el paciente, ni se hará una devolución o esclarecimiento por cuanto en su mayoría -no todos- los profesionales consideran que este tipo de intervenciones serían perjudiciales para la instalación de la transferencia con quien llegue a ser el analista y porque "no es cuestión de responder así la demanda del paciente (...), en la primera entrevista no se trata de clamar, aclarar o ayudar a nadie; el objetivo es escuchar y darle un turno al paciente". Se le asigna al turno y a la preservación de una transferencia de entrada con quien será "el analista", una eficacia simbólica fundamental, que no se considera conveniente perturbar con esclarecimientos al paciente respecto de su malestar o relativo encuadre de la institución y los procedimientos terapéuticos que la misma ofrece.

- En cuanto a la selección de pacientes a los que se toma en tratamiento se plantea, por un lado que se trata de evitar la elección de pacientes por gustos o intereses personales y, por otro, que en la institución se deja que "las decisiones se pauten según como se modelan las elecciones por transferencia (...), como la mayoría de los profesionales son analistas hay una cierta selección por los pacientes analizables (...), cuando un paciente no es analizable y el analista no tiene interés en verlo puede derivarlo a profesionales con una orientación diferente (...) ya sea porque no hay demanda de análisis o por otros motivos que debe ver en una supervisión. Esto evita

que luego el paciente no sea bien tratado, se lo haga esperar o se falte”.

– En cuanto a la demanda de análisis se sostiene que “comprobamos en la práctica que la teoría tiene razón. Hay demanda de análisis cuando se dan las siguientes tres condiciones:

- que haya síntoma (como lo conceptualiza Freud en “Iniciación del Tratamiento” y Lacan en el Seminario X).

- que haya una pregunta por la causa de ese síntoma.

- que se instale la pregunta en una transferencia con el analista. Es decir que se instale el “Sujeto Supuesto al Saber.”

– En cuanto a la consideración del sufrimiento del paciente se añade que “donde se pesquisa sufrimiento se puede hacer del paciente un analizante (...), si no se dan las características mencionadas respecto de la demanda de análisis, forma parte de la pericia del analista hacer del sujeto un analizante”.

4. 3. Datos obtenidos del análisis de los cuestionarios a los pacientes y del seguimiento a los tres meses*

– Casi el 50% de los pacientes se ubica entre los 20 y los 30 años.

– El 66% son mujeres.

– El nivel educacional de los consultantes es alto en relación a la media de la población general.

– El día de la admisión los pacientes esperan entre media hora y dos horas para ser atendidos.

– La mayoría de los pacientes son reincidentes; han consultado una o más veces en ésta u otra institución.

– Aproximadamente la mitad de los pacientes de la muestra fueron tomados en tratamiento por el admisor y el resto derivados.

– Se le asigna turno para tratamiento al 70%, y el 30% restante no concreta un turno después de la admisión.

– El 73% de pacientes de la muestra no inicia tratamiento o inicia e interrumpe antes de los tres meses.

– El 20% inicia y continúa al momento del seguimiento a los tres meses.

– Ninguna de las interrupciones se produce por acuerdo o previa comunicación durante el tratamiento.

– Del grupo que interrumpe, la mayoría alega que interrumpe por disconformidad respecto de la atención brindada por el profesional, un grupo menor debido a dificultades del profesional en cuanto a horario, licencias, etcétera.

– La mayoría de los que expresan disconformidad con el profesional son reincidentes.

– Asimismo, la mayoría de los que inician el tratamiento y luego lo interrumpen, también son reincidentes.

– Independientemente de haber iniciado o no tratamiento en la institución o en otro lugar, la mayoría de los pacientes refiere sentirse mejor a los tres meses y se han sentido ayudados por la consulta. Es decir que no se observa una relación positiva entre la respuesta a la pregunta referida a si se siente igual, mejor o peor a los tres meses que en el momento de la admisión y la continuación, interrupción o no inicio del tratamiento. En general alegan sentirse mejor que en el momento de la consulta independientemente de haber iniciado o no un tratamiento.

– La mayoría de los pacientes refiere que no fue satisfecha su *expectativa*

respecto de la primera consulta. Esto tampoco parece tener una relación positiva con lo que se refiere al paciente a los tres meses respecto a cómo se siente, siendo así que su expectativa respecto de la consulta puede no haber sido satisfecha y sin embargo sentirse mejor a los tres meses o viceversa.

– Por el contrario, como se puntualizó más arriba, la cuestión de la *reincidencia sí parece tener una incidencia positiva en cuanto a la continuidad del tratamiento dado que la mayoría de los pacientes que inician tratamiento y luego lo interrumpen son reincidentes.*

– Los pacientes tomados por el admisor muestran una tendencia mayor a iniciar el tratamiento que los derivados, sin embargo no incide sobre la continuidad del mismo.

4. 4. Datos de la muestra de profesionales

La mayoría son de sexo femenino, entre 25 y 35 años de edad, entre 5 y 10 años de graduados, con menos de 5 años de antigüedad en el centro asistencial analizado. (Esto último estaría indicando una alta tasa de rotación de profesionales en la institución).

La concurrencia es de 19 a 15 horas semanales, de las cuales menos de 10 se destinan a la atención de pacientes y el resto a tareas organizativas y de formación.

Salvo un profesional que es rentado, el resto de los profesionales entrevistados es personal ad-honorem.

La muestra abarcó profesionales psicólogos y médicos.

4. 5. Análisis cualitativo

Analizamos aproximadamente 30

* Los resultados consignados no tienen valor estadístico. Con los porcentajes señalamos tendencias que deben verificarse en estudios con una N representativa.

horas de entrevistas, comprendidas las admisiones, las entrevistas a los profesionales y los seguimientos a los pacientes a los tres meses de la primera consulta. De esta lectura y de los observables registrados a lo largo del trabajo de campo en la institución, hemos subrayado una serie de cuestiones a partir de articular los argumentos teóricos que formulan los profesionales en relación a la estrategia institucional para las admisiones con los resultados obtenidos en el seguimiento de los pacientes y sus propios comentarios respecto de la consulta y de la evolución de su malestar.

I
La estrategia institucional parece tener como destinatarios a pacientes analizables, a los que se les supone –de entrada– algún conocimiento de las reglas del juego de un tratamiento analítico y una confianza de los mismos en esa oferta de la institución.

En este sentido, podría decirse, que en la admisión no se contempla una estrategia para los pacientes que no acuden con una demanda de análisis ya instalada, aún cuando hay indicios que permiten deducir que, globalmente considerada, la demanda asistencial no es homogénea sino heterogénea, y que incluye pedidos de orientación, ayuda, amparo social, diagnósticos diferenciales, etc. Esta homogeneización de la demanda que es posible reconocer en la respuesta de la institución a la demanda asistencial puede tener relación con los ítems que consideramos a continuación.

II
De las entrevistas con los profesio-

sionales se infiere un fuerte interés y valorización por lo teórico y por aspectos relativos a su formación como analistas. (En la cartelera de la institución se anuncian 45 cursos de formación). Por otra parte los profesionales tienden a dar respuestas de alto grado de abstracción cuando se les pregunta por cuestiones clínicas relativas a un paciente en particular. Y en estas respuestas puede señalarse un ingrediente de desatención por la problemática del sufrimiento del paciente y del conflicto actual. La inclusión de estos ítems por parte de los investigadores en las entrevistas con la mayoría de los profesionales parecen visualizarse como pasibles de producir desvíos en lo que se considera un horizonte ideal de la práctica. Por vía de esta ecuación podría deducirse que quedan desvalorizados los efectos terapéuticos de la intervención clínica en la primera consulta. Sin embargo, desde otra perspectiva no explorada suficientemente en nuestra investigación, podría decirse que dicha posición respecto del sufrimiento no supone necesariamente una desatención del mismo, sino un modo diferente de abordar los problemas del sufrimiento y la "felicidad" subjetiva. Aún considerando esta alternativa, quedan en el aire en las formulaciones de los profesionales, articulaciones que permitan anudar lo que se presenta como un principio ético del Psicoanálisis (la idea de la "cura" por añadidura) con la vertiente de las posibilidades-imposibilidades institucionales y con las características de la demanda hospitalaria arriba mencionadas. Más bien podría decirse que los profesionales, en su preocupación por lo teórico o bien por corroborar en la práctica en la institución un "modelo" de atención producen una re-

tórica que gira alrededor de pocos enunciados, muy consistentes –es decir cargados de certeza– que a su vez, operan produciendo un estrangulamiento de los recursos clínicos posibles en cada caso.

III
Esta cuestión no parece ser ajena al efecto de homogeneización de la demanda asistencial indicado en el punto I y que es correlativo de una estandarización del quehacer de los profesionales en la admisión que da como resultado –como ya se ha dicho– una rutina casi idéntica de la respuesta de los profesionales, independientemente del caso y del profesional. Esto es importante de remarcar dado que es una rutina que se produce a pesar de que los profesionales se proponen operar desde un dispositivo que considere la singularidad de cada caso y no en función de parámetros universales (nosográficos o de salud enfermedad) para no caer en el impasse de una escucha burocrática (benéfica, adaptativa o psiquiátrica).

IV
Finalmente, cabe puntualizar que los profesionales no consideran que la circunstancia de que la práctica se realice en un ámbito institucional público pueda tener consecuencias en cuanto a las estrategias clínicas. En este sentido el modelo de referencia de los profesionales en la institución es el mismo que el del consultorio privado; salvo cuando surge la cuestión del no pago de la atención y del carácter ad-honorem de las designaciones de los profesionales. De este modo es sólo a partir del no pago –de la gratuidad– que emerge una especificidad de la práctica

en un ámbito institucional.

Apéndice

A partir de los resultados expuestos no consideramos posible formular conclusiones que impliquen a los distintos tipos de institución a los que nos aproximamos en esta investigación, salvo en lo que concierne a las dificultades que acarrea la ausencia de equipos estables de trabajo en las instituciones debido a la falta de recursos destinados a contratar profesionales rentados que pudieran entonces enfocar la mira más en la especificidad de la demanda asistencial que en la satisfacción de las necesidades particulares de formación, inserción e identidad profesional.

Sin embargo, si no conclusiones, en los resultados expuestos se abren las preguntas sobre las que poder reflexionar en futuras exploraciones. El enfoque elegido en ésta, nos ha llevado a cuestionar el eje de las "expectativas" (del paciente o del profesional) como un eje fértil o interesante para analizar lo que sucede en la dinámica del espacio en que se dirime una consulta. En cambio, nos obligó a valorar como de mayor interés el eje de la transferencia. O, mejor dicho, de las transferencias en plural: del paciente con la institución-profesional, del profesional con la institución y con la teoría (el saber), y -si se nos permite un uso extensivo del término- del Estado con la institución de asistencia pública. El plural que subrayamos señala que nuestra propuesta de articular una exploración clínica a su dimensión social-institucional resulta sin duda compleja y quizás poco específica; por ello nos planteamos que o bien para futuras explo-

raciones sería conveniente acotar con mayor precisión y especificidad el análisis, o bien sería pertinente encararlo desde una perspectiva interdisciplinaria.

Finalmente cabe señalar que el fracaso en la entrada a tres instituciones hospitalarias para realizar el trabajo de campo, no sólo nos impide comparar los datos obtenidos por nosotros en el Centro de Salud, sino que sugieren además la conveniencia de encarar investigaciones específicas sobre la dinámica institucional en el campo de las instituciones de Salud Mental. Sin descartar un análisis que pusiera en cuestión la estrategia empleada por nuestro equipo para el ingreso a dichas instituciones.

Al respecto, cabe puntualizar que en ningún momento se pretendió encubrir la perspectiva clínica de la investigación. Pensamos que este hecho, no explicitado pero sin embargo obvio, revelaba que una mirada sobre las condiciones clínicas del trabajo con el paciente se pondría en evidencia. Además esta mirada aparecía vinculada a otro referente: el CONICET; emblema científico reconocido en el medio pero al mismo tiempo extraño a los psi. Entonces, la asociación de este referente con la evidencia de una mirada dirigida a la intimidad de la transferencia (espacio que la imagería no deja de impregnar de condiciones míticas y místicas), generó suspicacias que no pudimos sortear. Sin embargo en otras exploraciones este impasse -las resistencias de las instituciones que nosotros no pudimos eludir- podrán ser motivo de interrogación para elaborar estrategias más eficaces ■

Autismo Infantil

El término autismo es una invención de Bleuler (1911) para designar uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia; este autor toma prestado de Freud el autoerotismo al cual retira el eros en razón del puritanismo de la época y deja, entonces, al autismo como consecutivo a la disociación, es decir, como una tentativa de adaptación al proceso patológico. Recién en 1943, con el trabajo de Leo Kanner el autismo se convierte en una entidad bien delimitada y referida a la primera infancia. Con una frecuencia estimada en el 2 a 4 por mil de la población general, encontrándose 4 veces más en los varones que en las niñas, el autismo infantil precoz es sin duda el último gran hallazgo de la clínica psiquiátrica. Esta enfermedad plantea un serio problema de Salud Pública, debido a las dificultades que encuentran los efectores de salud para tratar a los niños afectados por ella: ¿cómo restituir en ellos un lazo social?, ¿cómo evitar una evolución deficitaria?, ¿cómo despertarlos al deseo sin incurrir en intervenciones intrusivas?... Las conceptualizaciones de los trastornos presentados por estos niños se divide en tres grandes corrientes:

1) *La tesis del déficit, que sigue el modelo del desarrollo inspirado en los trabajos contemporáneos de epistemología genética de Jean Piaget, enriquecidos por las investigaciones cognitivistas de las cuales un modelo actual es el método "Teacch" propuesto por Schopler.*

2) *La tesis de la defensa, que se podría calificar de psicogenética, y que sitúa las manifestaciones autísticas como estrategias defensivas, siendo el déficit, secundario a ellas. Esta perspectiva aboga por la noción de un estado normal de autismo al comienzo de la vida. Frances Tustin es un ejemplo de los autores que se ubican en esta línea.*

3) *Y finalmente la tesis estructural, que propone Lacan con la forclusión del Nombre del Padre, que viene a impedir toda simbolización de la ausencia y a librar al niño a un goce deslocalizado.*

¡Palmeras! De ellas se desprenden tres causalidades bien diferentes; la primera hace del autista un discapacitado, con un cerebro que no es la herramienta que debería ser; la segunda, lo convierte en un niño incapaz de resguardarse de las efracciones traumáticas de su medio ambiente y la tercera en alguien que no ha podido hacer pie en el lenguaje, cuya estructura desfallecía ya antes de su nacimiento, si suponemos que otro orden de causalidad se superpone a su ser viviente.

Si es cierto que cada una de esas tres concepciones entiende luchar contra la segregación de los niños autistas, también es cierto que ellas no comparten una misma ética. Para Schopler el problema es técnico, es decir, cómo hacer para integrar socialmente a esos niños discapacitados. Para los sucesores de Melanie Klein el problema es cómo volver a partir de las fases de autismo normal para acceder a la posición depresiva que permitiría la individuación. Para los lacanianos qué suplencias son posibles a la falla simbólica.

De una manera más general estos niños plantean una problemática esencial sobre el ser del ser humano ¿cómo se pone un hombre a pensar?, ¿cuáles son las condiciones requeridas para el pasaje de la excitación a la representación subjetiva, del goce a la simbolización?

Pareciera que para el tratamiento de estos pacientes ya nadie discute, en nuestros días, la importancia de un abordaje multidisciplinario cuya figura institucional emblemática es el hospital de día. Esperamos que el presente dossier aclare ciertos aspectos de una enfermedad en la que se verifica que el ser del hombre, al decir de Lacan, no sería lo que es "si no llevara en sí mismo la locura como el límite de su libertad" ■

D. Wintrebert

Psicosis Autista y Psicosis Simbiótica

Raquel Kielmanowicz*

Cuando en 1943 Leo Kanner describe el Autismo Precoz Infantil, marca con ello un hito importante en la Psiquiatría Infantil pues circunscribe así un cuadro específico en la infancia, sacándolo del englobamiento Psicosis que abarcaba distintos síndromes. Kanner hace una descripción muy completa que sigue vigente hoy día. También explica la etiología por el comportamiento de padres que son fríos afectivamente y distintas, pero no ahonda en los psicodinamismos, al igual que Lauretta Bender, J. L. Despert y otros psiquiatras de la época.

Por otra parte aparecen aportes desde el campo psicoanalítico, por ej. el de René Spitz que describe cuadros como el Hospitalismo y la Depresión anaclítica, producto de su trabajo con niños separados de sus madres e internados en Instituciones.(5) Investiga entonces el papel que juega la pérdida de la relación con la madre en la producción de estos trastornos graves. El modelo utilizado por Spitz de la observa-



ción directa y sistemática del comportamiento de los infantes, fue tomado por otros psicoanalistas y esto les permitió ajustar sus postulaciones metapsicológicas del desarrollo del psiquismo y sus perturbaciones.

A fines de la década del 40, Margaret Mahler, que venía trabajando con niños psicóticos, investigando la incidencia del vínculo madre-hijo en las perturbaciones emocionales,

coincide con la descripción de Kanner sobre el Autismo precoz infantil(2) y agrega que en su experiencia clínica había reconocido otros síndromes que corresponderían a lo que ella denominó Psicosis Simbiótica.

A partir de 1948 publica una serie de artículos, algunos con otros colaboradores, donde va señalando sus hallazgos sobre los síndromes de la *Psicosis Autista* y la *Psicosis Simbiótica*, que culminan en el 68 con su libro "Simbiosis humana: las vicisitudes de la Individuación".(4)

Formula también su hipótesis del "origen simbiótico de la condición humana" que va seguido por un proceso de separación-individuación, a lo largo del cual el infante va estructurando su psiquismo y adquiriendo su identidad.

El concepto de Simbiosis, usado metafóricamente, no describe como en Biología lo que sucede entre dos individuos de distintas especies, sino que se refiere al estado de dependencia, de indiferenciación y de fusión del recién nacido con su madre.

Margaret Mahler tuvo la oportunidad de emprender dos importantes investigaciones que resultaron complementarias y que le permitie-

* Psicoanalista. Miembro fundador de FUNDAIH. Charcas 3882 P.B. "A" (1425) Cap. Fed.

ron confirmar y ampliar sus hipótesis. Una tenía como objetivo seguir paso a paso el desarrollo del niño (en los tres primeros años) y dar cuenta así, cómo desde el estado simbiótico se va dando el proceso de Separación-individuación.

La meta de la otra investigación era poder mostrar que la Psicosis Infantil era pasible de tratamiento, encontrar para ello la técnica más adecuada, profundizar sobre la etiología y la comprensión de los fenómenos.

La observación de la díada madre-hijo, con sus distintas modalidades de interrelación, le permitieron llenar de contenido y significación el concepto de "relación objetiva" y encontrar algunas claves de cómo se producen las perturbaciones emocionales.

Estas dos investigaciones dieron sus frutos al ayudarlo al conceptualizar y ampliar sus postulaciones sobre el desarrollo normal del niño y la *Etiología* de los trastornos mentales.

Sabemos que los animales nacen con los instintos bien desarrollados que garantizan su supervivencia individual independiente poco después de su nacimiento. Con el bebé humano sucede todo lo contrario. Sin los cuidados maternos, que son como una matriz extrauterina, el neonato no podría sobrevivir; la dependencia es total y dura un tiempo bastante prolongado. El yo debe tomar el rol de la adaptación a la realidad que el ello descuida (Freud, 1923). "El corolario somático del desarrollo del yo es el sistema nervioso central, que está en un estado muy inmaduro al nacer". Las respuestas instintivas del recién nacido a los estímulos no están a nivel cortical sino esencialmente a nivel reflejo y talámico. Durante las 3-4 primeras semanas prevalece un estado de no-diferenciación entre el bebé y lo que lo rodea, entre adentro y afuera, entre yo y no-yo, entre realidad interior y realidad exterior. La satisfacción parece pertenecer a su propia órbita incondicionada (Freud lo asemejó al huevo). A este período Mahler lo denominó Fase presimbiótica o *Fase de Autismo normal*.

Gradualmente el recién nacido irá adquiriendo la noción de que él mismo no puede proveer la satisfacción de sus necesidades sino que ésta proviene de otro. Sin ese "otro" -yo auxiliar, compañero simbiótico- el bebé no solo no podría sobrevivir orgánicamente sino tampoco podría adquirir esa oscura conciencia de un

"otro". Este reconocimiento produce una diferenciación rudimentaria del yo, pero, en la organización intrapsíquica del bebé, él y su madre constituyen una unidad dual, dentro de un límite unitario común. El escudo que antes envolvía al bebé para los estímulos externos, ahora envuelve la unidad madre-hijo. El rasgo esencial de esta etapa a la que Mahler llamó *Fase de Simbiosis normal* sería la "fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria con la representación de la madre". Mahler señala que el pasaje de la Fase de autismo normal a la simbiótica puede apreciarse por la "señal" de la sonrisa social como la describe Spitz(5) en que el bebé reconoce la gestalt de un otro. Más adelante, en el 4º mes, se dará la "sonrisa específica" que señala que el infante está en el apogeo de la relación simbiótica con la madre.

Paso a paso el bebé comienza a diferenciarse de la unidad dual simbiótica, separa su propio sí-mismo (y su representación mental) del de la madre y alrededor del 4º y 5º mes, el infante entraría a la tercera fase que Mahler denominó *Fase de Separación-Individuación*. Justamente en el preciso momento en que la ligazón específica del bebé con su madre se hace más fuerte, paradójicamente la naturaleza del desarrollo le requiere comenzar a separarse. En este proceso de Separación-individuación, que abarcaría desde los 4-5 meses a los 36 meses, Mahler ha distinguido cuatro subfases: Diferenciación, Ejercitación locomotriz, Reacercamiento y Consolidación de la individualidad y constancia del objeto libidinal.

La Separación no se refiere a la separación física, sino al proceso intrapsíquico por el cual el niño va adquiriendo la autonomía corporal, a la diferenciación, a la formación de límites y la desvinculación de la madre. La Individuación se refiere a la evolución de la autonomía intrapsíquica, la percepción, la memoria, la cognición y la prueba de realidad. La Separación y la Individuación son dos líneas interdependientes y complementarias del desarrollo. Al final de este largo camino que va desde la no-diferenciación a la diferenciación, emergería un individuo con su sentido de identidad, con el establecimiento de representaciones mentales del yo como algo netamente separado de las representaciones mentales del objeto.

Para Mahler este proceso consti-

tuye el "Nacimiento psicológico del infante humano".

Estas postulaciones de las fases -autismo normal, simbiosis normal y separación-individuación- son construcciones genéticas que se refieren fundamentalmente al desarrollo de las relaciones objetales, en las que se toma en cuenta también la maduración biológica. Gracias a estas aportaciones teóricas y clínicas, y la de otros autores, podemos apreciar la inseparable tríada de maduración, desarrollo y relaciones objetales.

La observación directa de la díada madre-hijo ha demostrado que el objeto humano juega un papel irremplazable en el desarrollo de la personalidad.

El núcleo de la psicosis -triste prerrogativa de la especie humana- sería una deficiencia o un defecto en la utilización intrapsíquica por parte del infante de la compañera simbiótica en las fases autísticas y simbiótica y su subsecuente inhabilidad para internalizar la representación del objeto materno para su polarización. Cuando esto ocurre así, el niño fracasa en la acción de diferenciar su self de la fusión simbiótica existente con su madre y no alcanza la individuación.

Para explicar la Etiología, Mahler tomó en cuenta dos aspectos: el concepto de las Series Complementarias (Freud) y que las perturbaciones se producen en la matriz de las relaciones objetales, teniendo más fuerza una parte u otra de la díada. Se trataría de niños constitucionalmente vulnerables o de niños muy pequeños cuyo yo rudimentario sufrió desde las primeras semanas o meses múltiples traumas de gran intensidad. En el otro polo de la díada: algunas madres no están disponibles como "faro orientador" para realizar el maternaje en las fases autista y simbiótica. Algunas madres actúan de manera excelente durante la fase simbiótica, pueden responder con empatía a las señales del niño, lo ayudan a separarse gradualmente y a llevar a cabo el proceso de individuación pero otras no pueden soportar que el hijo se vaya distanciando de ellas e impiden así su individuación. Hay madres que empujan muy tempranamente al funcionamiento independiente cuando emocionalmente el infante no está en condiciones de hacerlo.

Lo que caracteriza la *Psicosis Autista* es que el niño no parece percibir a su madre como representante

del mundo externo, ni utilizar las funciones yoicas de la compañera simbiótica. No diferencia el yo corporal de los objetos inanimados, falta discriminación entre materia viva e inanimada. Los trastornos hacen su aparición durante el primer año de vida. Son bebés que no presentan la sonrisa social ni la angustia del 8º mes (Spitz), ni la postura anticipatoria durante el amamantamiento. Tampoco extienden los bracitos para ser levantados. Es decir muestran tempranamente la imposibilidad para establecer conexiones con las personas. Las madres los describen diciendo: "yo nunca pude llegar hasta mi hijo", "nunca me sonrió", "nunca demostró alegría cuando yo entraba", "nunca lloró o se dió por enterado cuando yo dejaba la habitación", "nunca fue una niña mimosa, no quería ser acariciada, ni que nadie la abrazara o besara".

Muchas veces llegan a la consulta con diagnósticos erróneos de sordera o mudez, se han visto niños que se dan vuelta cuando oyen una música que les gusta y no reaccionan ante ruidos fuertes. Algunos no adquieren el lenguaje o tienen un lenguaje que no utilizan como medio de comunicación. Otros pueden adquirir un vocabulario extenso y de palabras difíciles que repiten sin comprender. Es frecuente la ecolalia. Usan la tercera persona hasta más o menos 6 años. Aunque a veces son considerados como débiles mentales, algunos tienen una buena capacidad cognitiva, pero disarmónica. Algunos tienen una memoria prodigiosa y llegan a ser talentos parciales.

Generalmente controlan esfínteres a la misma edad que los niños normales, la falta de ligazón emocional haría que el control se logre meramente por condicionamiento. Presentan poca o ninguna sensibilidad al dolor o a factores climáticos. A veces tienen "rocking" o hábitos autoagresivos, como golpearse la cabeza o morderse.

Actúan como si las personas que los rodean no estuvieran o como si fueran objetos inanimados. No toleran cambios en la rutina, como mudanzas o cambios en la disposición de los muebles pues necesitan mantener la igualdad en el entorno lo cual los lleva a seguir una vida ritualizada y a enojarse sino se respetan sus ritos. Se comportan como magos omnipotentes que les permite vivir dentro del segmento estático y constreñido de su ambiente

inanimado. Prefieren estar solos y suelen irritarse cuando se intenta quebrar su aislamiento. Luchan contra cualquier demanda de contacto social humano. Como no pueden hacer frente a la estimulación inesperada y no solicitada del mundo externo, ni pueden mediar entre los estímulos internos y externos, parecería que experimentan la realidad externa, además de su propia realidad, como una fuente intolerable de irritación (en estos casos suelen golpear o romper todo lo que encuentran a su paso).

Se relacionan sí, con objetos o animales lo que les permite sentir una sensación de poder y dominio.

Margaret Mahler considera que la conducta patológica del niño autista es la consecuencia de no poder usar las funciones yoicas auxiliares de la compañera simbiótica, quien como un faro orientador le permitiría orientarse a sí mismo en el mundo interno y externo (el factor, como vimos antes, puede estar en la madre o en el niño). Estos niños parecen habérselas ingeniado para construir y mantener su barrera alucinatoria, negativa y masiva en contra de los estímulos, en contra de la invasión del mundo externo. Sus mecanismos defensivos psicóticos o mecanismos de mantenimiento¹, tienen por meta la indiferenciación, la inanimación de la realidad interna y externa.

La *Psicosis Simbiótica* presenta clínicamente cuadros más complejos, diversos y variables que la Psicosis Autista porque en ella el yo logra un mayor desarrollo, aunque irregular, en sus distintas funciones.

El impulso maduracional del sistema nervioso central sigue su curso, con lo cual el niño puede lograr una autonomía física completa pero no la autonomía emocional.

Son descriptos como bebés normales en el primer año, sin marcadas desviaciones en el desarrollo y con respuestas afectivas. No se advertirían problemas exceptuando alteraciones del sueño. En la anamne-

1. "Mecanismos de mantenimiento" es un término acuñado por Mahler pero que ella no desarrolló suficientemente. Lo que intentó es diferenciarlos de los mecanismos de defensa propiamente dichos. El psicótico usa mecanismos sustitutivos, diferentes, para poder mantener la vida: animación, inanimación, desvitalización, desdiferenciación, fusión, defusión.

Con esta misma intención Donald Meltzer describe por ej. el mecanismo de desmantelamiento.

sis pueden encontrarse reacciones extremas a pequeños fracasos que normalmente ocurren en el período de ejercitación locomotriz, por ej. abandonan la locomoción durante un largo tiempo porque se cayeron o se golpearon. También suelen ser descriptos como llorones o bebés hipersensibles.

Generalmente los trastornos hacen su aparición a partir del tercer o cuarto año, en situaciones tales como la entrada al Jardín de infantes, nacimiento de un hermano, separación de la madre (por ej. hospitalización, viaje) o algún cambio de actitud de los padres, conciente o inconciente; episodios éstos en que se pondría al descubierto su fragilidad yoica.²

La sintomatología aparece fundamentalmente como pánico ante la separación o el aniquilamiento. Pueden experimentar una desorganización con pérdida de funciones tales como el deterioro del lenguaje y ecolalia. Pueden presentar una serie de síntomas psicóticos como pérdida de límites de sí mismo y pérdida de los límites intersistémicos; reacciones extremas ante cualquier fracaso; berrinches imparables; gestos mágicos (limpiarse si lo tocan o besan); conducta de alejamiento y aferramiento al mismo tiempo (reclamar a la madre, cuando ésta se acerca rechazarla y viceversa); preocupaciones psicóticas con un objeto inanimado; trastornos del pensamiento; posturas catatónicas.

Aparecen intentos de restaurar la omnipotencia ilusoria de la fusión madre-hijo, semejante a la del primer año de vida, comportándose como si la madre fuera una extensión siempre lista y a su servicio, en alucinados soliloquios con el objeto introyectado o en una fusión alucinada con una condensación de las imágenes materna y paterna.

Los trastornos propios de la Psicosis Simbiótica, tendrían su punto de fijación en el período de Separación-individuación (en las subfases de Diferenciación y de Ejercitación), cuando el bebé está dando pasos hacia el dominio de la realidad y en que por razones intrínsecas o ambientales, el mundo resulta hostil y amenazador porque debe afrontarlo como un ser separado. La angustia de separación abruma su frágil yo. Su yo no puede diferenciarse del de

2. Bleger dice que la Simbiosis es "muda" y que se "ve" cuando hay una ruptura del vínculo simbiótico.

su compañero simbiótico y la representación del sí-mismo sigue fusionada con la del objeto o se fusiona regresivamente con éste. Estos niños no pueden funcionar como individuos separados aún cuando su crecimiento maduracional se lo permitiría y al experimentar esta discrepancia reaccionan con pánico.

En algunos casos, el mecanismo utilizado frente a este pánico irrefrenable es el autismo. La desorganización simbiótica trae consigo el temor a la desintegración, a la pérdida del sentido de la entidad y la identidad (sería como un miedo a la disolución del ser). Y en este desesperado intento para defenderse de la regresión a la fusión simbiótica el sujeto acudiría a una defensa autista. Pero entonces se trataría de lo que Mahler llamó *Autismo Secundario*. En la consulta, clínicamente estos niños aparecen con todas las características de los niños autistas. Lo que permitiría el diagnóstico de Autismo Secundario sería la anamnesis del primer año de vida o la evolución durante el tratamiento.

En los primeros trabajos Margaret Mahler hizo una marcada distinción entre Psicosis Autista y Psicosis Simbiótica, pero en sus últimas aportaciones, enriquecida por su vasta experiencia clínica y la del equipo que la rodeó, señaló que en la mayoría de los casos que acuden a la consulta después de los 3-4 años, los cuadros más frecuentes presentan síndromes autistas y simbióticos (Psicosis mixta). Habría entonces, dos amplias categorías descriptivas de los síndromes psicóticos infantiles que clínicamente se presentan en un amplio espectro de combinaciones de rasgos autistas y simbióticos.^{3, 4}

Me parece importante recalcar que en la clínica y el tratamiento ha resultado muy útil la distinción de

estos dos síndromes –autistas y simbióticos–. Inclusive ha sido una valiosa contribución para el reconocimiento de los cuadros Fronterizos (que al principio Mahler denominó Psicosis benigna), en los que alternan los mecanismos psicóticos –autistas y simbióticos– con los mecanismos neuróticos.

Veamos ahora lo relativo al *Tratamiento* de los niños psicóticos.

Kanner consideraba inútil toda tentativa de psicoterapia para con estos niños. Preconizaba un método de "apoyo" educativo. No obstante otros Psiquiatras y Psiconalistas insistieron en el tratamiento psicoterapéutico aunque con ideas y estrategias terapéuticas diferentes.

Ya en 1930, Melanie Klein fue uno de los pioneros en el tratamiento psicoanalítico y fue seguida por un número relativo de psicoanalistas.⁽³⁾

Otra divergencia que surgió fue si estos niños tenían que ser separados o no de sus padres. Bruno Bettelheim proponía la separación total y drástica del niño de su familia, llevándolo a su Institución donde se trataba de establecer nuevas relaciones objetales "no nocivas".

Después de variadas experiencias, Margaret Mahler con su equipo llegaron a la conclusión de que el mejor camino era el tratamiento tripartito, en que el terapeuta trabaja con el niño y su madre con el objetivo de lograr una "experiencia simbiótica correctiva". En la investigación realizada desde el '59 al '67 (que mencionamos antes), se pusieron en práctica estas ideas. El diseño de tratamiento que se siguió, consistió por un lado en el trabajo con el niño y su madre (en sesiones conjuntas) y del niño solo, y por otro, la madre sola tratando de comprender su propia problemática y la de su hijo, observando a veces desde la cámara Gesell el comportamiento del niño. La meta era: restaurar o establecer una mayor integridad de la imagen corporal, el desarrollo simultáneo de relaciones objetales y la restauración de las funciones yóicas faltantes o distorsionadas. Consideraba que era importante diferenciar los trastornos autísticos de los simbióticos porque en cada caso la terapia seguiría diferentes objetivos. Con el niño autista, que no tolera el contacto humano directo, el primer esfuerzo se realizaba para lograr sacarlo de su caparazón autística utilizando diversos medios como la música, las actividades rítmicas y estí-

mulos agradables para los órganos sensoriales. Luego se trataba de establecer una relación de apego al terapeuta y a la madre y avanzar después en el proceso de Separación-individuación. Con los niños psicóticos simbióticos, se trataba de que el niño lleve a cabo la prueba de realidad, en forma gradual y, a su ritmo, de que pueda funcionar como una entidad.

El tratamiento psicoanalítico estaba acompañado también por el trabajo pedagógico, a veces en grupo y otras individualmente según el caso lo requiriera.

No voy a hacer una historia sobre los diversos intentos terapéuticos, solo quiero señalar que la rica experiencia de estos últimos ha orientado mucho a los numerosos terapeutas que actualmente trabajan con niños gravemente perturbados, logrando resultados y acrecentando el acervo de conocimientos sobre el niño psicótico y el modo de tratarlo ■

Bibliografía

1. Bleger, José, "Esquizofrenia, Autismo y Simbiosis" Revista de Psicoanálisis, T. XXX, N° 3, 1973.
2. Kanner, Leo, "Autismo precoz infantil" en "Psiquiatría Infantil", Ed. Paidós-Psique, Buenos Aires, 1966
3. Klein, Melanie, "La psicoterapia de la Psicosis" en "Contribuciones al Psicoanálisis", Ed. Hormé, Buenos Aires, 1968.
4. Mahler, Margaret, "Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación", Joaquín Mortiz, México. "Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos", Ed. Paidós, Buenos Aires, 1984.
5. Spitz, René, "El primer año de vida del niño", Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1966.
6. Tustin, Francis, "Autismo y Psicosis infantiles". Ed. Paidós, Buenos Aires, 1974.

3. Bleger, refiriéndose a la Esquizofrenia dice que "en todo esquizofrénico encontramos la coexistencia de autismo y simbiosis". En los antecedentes de los pacientes esquizofrénicos hay una "fuerte dependencia simbiótica (a veces muy encubierta), con gran estrechamiento del yo, en quienes la disgregación psicótica se produce cuando falta o falla el depositario simbiótico (una persona, el grupo familiar, etc.)"

Puede suceder también que lo que aparece antes de la disgregación sea un retraimiento autista.

4. También es interesante cotejar con las conclusiones a las que arriba Francis Tustin, cuando describe el Autismo primario anormal, el Autismo secundario encapsulado y el Autismo regresivo.⁽⁶⁾

El Autismo respecto de la Esquizofrenia y la Paranoia

Marc Strauss*

A partir de la enseñanza de Lacan, estamos acostumbrados a designar lo que acontece en la esquizofrenia y en la paranoia, como retorno del goce. Retorno en el Otro para la paranoia y retorno en el cuerpo para la esquizofrenia. Hablar de retorno supone que antes hubo salida. Lacan propone la escritura de la metáfora paterna a partir de la ausencia de ésta en la psicosis atribuyéndole la función de simbolización, de anonadamiento, del goce. Por efecto de esta metáfora, el sujeto (cuerpo biológico despedazado al servicio de la madre) es representado en el Otro, lugar del significante, y adquiere así una identificación con significación fálica. Lo simbólico "toma cuerpo", en el sentido que se hace lugar de habitación del cuerpo y a partir de ahí como cuerpo significativo, silencioso. El goce residual toma entonces significación fálica, es decir, que vale como sexual en el intercambio con el otro. Pero en las psicosis del adulto si no hubiese también partida del goce, no podríamos interrogarnos sobre las circunstancias de su retorno, es decir, sobre el desencadenamiento. Tampoco podríamos interrogarnos sobre las modalidades de esa partida, a pesar de la ausencia de la metáfora paterna. Lo que caracteriza al autismo, respecto de las psicosis, es que no es posible hablar de retorno y en consecuencia de desen-



cadenaamiento y por ende ni de estabilización ni de suplencia previa al desencadenamiento. ¿Tenemos que considerar el goce, siempre presente en el autista con su pureza original? Si fueses así, la simple observación debería hacérsela constatar. Pero, justamente estamos en un dominio donde "el efecto Zeigarnik" actúa plenamente. Zeigarnik describió en el contexto de las ciencias físicas, este fenómeno, en el cual el observador o experimentador posee un efecto determinante, por su presencia en el desarrollo de la experiencia. El autista se comporta de manera muy diferente según si se lo observa discretamente o si se lo hace de manera manifiesta. En el primer caso se verá un sujeto más o menos inerte, eventualmente ocupado en una actividad más o menos compleja, pero siempre estereotipada y en el segundo caso se asistirá a un desenfreno súbito de agitación, eventualmente violenta, que podrá ejercerse contra el observador contra terceros, contra objetos o contra sí mismo.

¿A qué tenemos que llamar goce? ¿A la concentración tranquila en la cual el sujeto parece autosuficiente o a la agitación hecha de pánico desenfrenado que lo invade, cuando la presencia del otro lo solicita? Nuestro sintagma clásico de invasión de goce, nos haría inclinarnos por la segunda hipótesis, la cuestión sería saber entonces dónde se encuentra este goce, qué es lo que adviene cuando el sujeto parece más lleno de sí mismo que invadido.

Un primer aspecto de la respuesta nos lo ofrece lo que constatamos: es decir, si el goce es una invasión más

* Psicoanalista. Miembro de l'Ecole de la Cause Freudienne. 5, rue du Renard. 75004, París.
Traducción: Susana Nebbia de Grushkevitch.

horrible que placentera y si ésta, es desencadenada por la presencia de un otro que envía signos en dirección al autista, significa que esas manifestaciones frente a él, ponen en obra la relación particular del autista al Otro simbólico. Esto nos lleva a examinar, más de cerca, la articulación entre: la iniciativa, el Otro y la estructura.

La iniciativa, el Otro y la estructura

Para el autista, desde el momento en que el otro perturba su orden inmutablemente establecido se torna intrusivo. Sin embargo, ese orden establecido parece prescindir del otro o, en todo caso, no tener lugar para él.

No es al niño autista que la madre o la institución tienen que decirle "ahora no, déjame tranquila, tengo otra cosa que hacer". Esto no quiere decir que el autista sea necesariamente indiferente al otro. Fue así como vi a una niña que tenía el don de aproximarse a los adultos hasta tocarlos con una mano mirando hacia el vacío y sin llamar la atención. Al cabo de un momento, que podía ser bastante largo, la persona tocada acababa con espanto, dándose cuenta de la presencia de la niña y de esta especie de vampirización imperceptible. Evidentemente, desde el momento que su presencia era señalada, la niña se alejaba como si no hubiese pasado nada. Este ejemplo muestra como la escisión entre el otro y el sujeto pide ser especificada, dado que el sujeto cuando está tranquilo, apaciguado, no está sin embargo sin lazo con otro y partiendo al Otro, más allá de él. Esto nos permite también asimilar sus "juegos" estereotipados con cierta relación a un Otro. Tenemos que distinguir este Otro "en manos" del autista, de ese Otro insoportable. Lo que los distingue es: sus respectivas posiciones en relación a lo que podríamos llamar la iniciativa. Cuando la iniciativa viene del Otro, esta es inaceptable. Ahora bien, Lacan en el Seminario III, define justamente la entrada en la psicosis, como el momento en que el Otro toma la iniciativa.

De hecho, parece que hay en todos los casos una estrecha intimidad entre la iniciativa del Otro y lo inaceptable. Así Schreber hubo de afrontarse a lo inaceptable, lo insoportable de su conocido fantasma:

"Qué lindo que sería experimentar el acoplamiento como una mujer". Sabemos cómo su delirio se lo hace soportable correlacionando su lugar, su función, justamente con una iniciativa del Otro, su Dios. Sin embargo, no pierde su propia iniciativa, es más, ésta lo completaría corrigiendo la de su Dios para que juntas restituyan el mundo en su totalidad perdida.

Pero el neurótico ha de afrontarse también a lo inaceptable, es exactamente lo que Freud pone, desde el principio de su obra, como la norma de la neurosis, es decir: la representación irreconciliable que pro-

viene de la Otra escena. A esta representación el sujeto se acomoda por medio del desplazamiento, sustitución que preserva esta representación, pero de manera disimulada. Así la representación puede, seguir ejerciendo sus efectos a espaldas del paciente, que puede continuar fingiendo ser el organizador de su mundo. Es lo que expresamos por medio de la fórmula siguiente: el sujeto recibe del Otro su propio mensaje en forma invertida. Todos se armonizarían con el Otro en tanto él tome la iniciativa: el neurótico dando por medio de la metáfora paterna una significación fálica a lo



que la demanda del Otro vehiculiza de deseo enigmático (a lo que llamamos deseo del Otro, o también iniciativa) y el psicótico, reconciliándose con el Otro, a través de su desvinculación en un reparto conveniente para cada uno.

El autista ¿sería la excepción irremediablemente irreconciliable? El se presenta entre los humanos como el que tiene menos latitud para desplazarse en el mundo. Todos los autores insisten en esto, que es evidente en la clínica: para que su universo no sea devastador debe ser controlado en los mínimos detalles, o bien poder ser radicalmente anulable, asimilable a la inexistencia. La manera de reconciliarse, de arreglarse con el otro, sería la de no dejarle ninguna iniciativa, el único organizador de su mundo. A diferencia del neurótico, que parece querer guardar a cualquier precio la iniciativa, el autista no está atrapado en el semblante fálico y no tiene la necesidad de hacer autentificar su ficción por el Otro por que ésta no es tal.

Contrariamente al alienado no tiene necesidad de secretaría para hacer escribir el testimonio de su afrontamiento triunfante con la estratagema del Otro. ¿Esto quiere decir que hasta los autistas rechazan la estratagema del lado del Otro? No es de excluir. ¿No es lo que nos dice, de cierta manera Lacan, en la Conferencia de Ginebra, cuando dice que los autistas no nos escuchan en tanto nos ocupemos de ellos? Es además lo que señalan a su manera todos los autores, es decir, que para entrar en contacto con el autista no hay que hacer notar demasiado que uno se ocupa de ellos sino que hay que dejarlos venir a uno, dándoles tiempo. Es verdad que el Otro finge, pues su demanda es siempre demanda fálica puesto que es significativa, demanda articulada pero inarticulable. De esta estratagema el neurótico no quiere saber nada, consagrándose al Otro de sus deseos. En cuanto al psicótico, se hará el redentor. Para el autista no parece

haber ni diálogo ni afrontamiento, ni pacto posible con la estratagema del Otro: es o el Uno o el Otro, o él con el Otro en sus manos como dijimos, o el Otro mortal radicalmente intolerable.

Entonces ¿qué podemos decir de ese poco de paz que el autista llega a construir con migajas del Otro? Reconozcamos que esto, por el momento, nos es enigmático y procedamos como Lacan nos muestra en el delirio de Schreber, del cual dice que su forma desarrollada tiene la misma estructura que el fenómeno elemental.

Examinemos entonces lo que llamamos salida del autismo para esclarecer retrospectivamente éste en sí mismo.

La salida del autismo

Notemos, antes que nada, que hay una gran variedad clínica en los cuadros de autistas. Variedad que es una proposición, una hipótesis, que puede ser considerada como una graduación en el grado de autismo el cual se corresponde con una progresividad en la pacificación, por no decir normalización, del sujeto. Entre el autista casi puro que no habla, que ni siquiera tiene mirada, que parece sordo y que está físicamente marcado por un *liegen lassen*, y un sujeto que se expresa con facilidad, que sabe leer, escribir, y es físicamente armonioso, hay un mundo: el mundo del significante. Pero a pesar de esas diferencias considerables, me parece que podemos encontrar una identidad esencial que justamente diferencia al autismo de la esquizofrenia y de la paranoia.

Tomemos un ejemplo. Se trata de un muchacho, Christian, del cual tuve la ocasión de ocuparme hace unos años. Tenía entonces 6 años, hoy tiene 15. Entonces su comportamiento, muy estereotipado, consistía en pegotearse a todo "ser viviente". "Ser viviente" y no ser hablante, puesto que podía pegotearse a un ser humano como también a un

animal, a un perro por ejemplo. El problema era que no podía detenerse. Al contrario, de calmo que estaba al principio se tornaba cada vez más febril y como poseído, repetía mecánicamente las mismas frases: "no hay que arañar... no hay que morder... no hay que pegar" y, por supuesto, mientras repetía esas frases seguía mordiendo, arañando y pegando. El otro, al que le hacía padecer ese tratamiento, puesto que nada lo paraba, se veía entonces obligado a sacárselo de encima, de manera violenta. Imagínense los riesgos que corría cuando ese otro ser viviente era el ovejero alemán que venía de vez en cuando a pasearse por el jardín de la institución... Sólo cuando el otro se desprendía de él, brutalmente, Christian parecía tranquilizarse, y quedar calmo, casi pleno; pero ese estado no duraba mucho tiempo, y el ciclo se repetía en forma infernal.

Otra razón para hablar a propósito suyo de "ser viviente", es la frase proferida por la madre para proclamar su venida al mundo. Esta no quería hijos varones; quería tener hijos pero, inexplicablemente, la idea de tener un varón le era intolerable. Tener una niña sí, pero para tener al fin una cómplice en la vida, sin embargo el recuerdo de una niña mogólica vecina de ella cuando era pequeña, le significó desde siempre, una fuente de angustia. Desde la adolescencia, estaba atormentada por la idea de tener un niño "así". Cuando la partera le anunció que había traído al mundo un lindo varón, su primer pensamiento fue "que reviente". (he aquí un buen ejemplo de lo que señala Rosine Lefort a propósito de la madre del niño autista: que ella no sabe a quién dárselo... a menos que consideremos que la muerte es "alguien"). Esto no le impidió educarlo, y más bien en forma rígida, como lo había sido ella también. Así por ejemplo, en las entrevistas regulares que teníamos, nos había explicado cómo le había enseñado al niño la educación de esfínteres: cuan-

do tenía un año le suprimió la escupidera, a la cual estaba muy ligado, y donde pasaba sentado mucho tiempo. Durante varios días la buscó por toda la casa, pero la madre la había escondido bien. Para educarlo lo llevaba a horas fijas al baño y lo tenía suspendido encima del agujero del inodoro. Como estas entrevistas no se desarrollaban en un cuadro analítico, pudimos tomarnos la libertad de intentar una pequeña experiencia: le dije que a un año me parecía muy pequeño para ese gran agujero del inodoro, me respondió, riéndose que a ella también le había parecido así y a menudo había tenido la idea de que el niño podía caerse en el inodoro y desaparecer.

No podemos considerar que este niño buscara al otro, menos aún que le pidiera algo. Era más bien la presencia de ese ser vivo en su campo que lo aspiraba como un imán y lo llevaba literalmente a chocar contra él. Era sólo cuando el Otro se deshacía de él, lo evacuaba, que encontraba una paz provisoria. Luego de muchas dificultades para formalizar un tratamiento, tanto institucional como individualmente, sobre lo cual no entraré en detalles, el contacto de Christian con los demás se normalizó. Se tornó más amable, más dócil, y aceptó que se ocuparan de él y con él; cuando la ocasión se presentaba buscaba a otro para pasear, pintar o hacer algunas de las actividades habituales; al mismo tiempo empezó a dibujar la figura del renacuajo, señal de la constitución de una imagen especular.

Fue también en ese momento que se lo escolarizó, en una clase diferenciada por supuesto. Desde entonces hizo progresos en sus aprendizajes y en su autonomía. Pero al mismo tiempo y desde entonces, se repite, con todos los que están en relación con él, el mismo escenario "de espera eterna pero llena de esperanza". Era lo que nos señalaba su maestro después de cierto tiempo de escolaridad y que también encontramos intacto años después. Da la

impresión de estar siempre al borde, y que faltaría poquita cosa para que el milagro se produzca. El milagro en cuestión sería que ceda a las ganas que da la impresión de tener. Así es como al maestro le da la impresión de que tiene ganas de saber, al psicoanalista de que tiene ganas de hablar, a sus padres de que tiene ganas de ser como los otros jóvenes de su edad. El problema es que eso no llega nunca. Ahora se presenta al otro con una aparente docilidad, por no decir don de sí mismo, don que el otro es llevado a complementar con la significación que a este último le conviene.

Insisto, esto no quiere decir que no se acuerde de nada. Cuando me vió manifestó reconocermelo, y parecía contento de volverme a ver. Le pregunté la edad y me respondió, como así también cuando le pregunté si iba siempre a la escuela. Quiso mostrarme cómo sabía escribir los números. Escribió entonces, una lista seguida de números, sin el mínimo espacio diferencial entre ellos y las cifras que los representaban. Cuando le pedí que me mostrara en esa lista el 12, me señaló sin dudar de la exactitud de su saber, el 15. Otro momento que extraigo de esta presentación, antes de comentarlo corresponde a un dibujo. En efecto como respondía a mis preguntas con vagos monosílabos, le pregunté si quería dibujar. Hizo entonces algo que dijo ser una casa en la cual estaban representados algunos personajes, tantos como los que vivían en la casa: dos padres, dos hijos, y un gato.

Uno tenía los pies que desbordaban, le pregunté quien era. Se quedó silencioso, mirándome. Le pregunté si podía decírmelo, hizo no con la cabeza y escribió espontáneamente debajo de ese personaje la palabra "papá".

Vemos entonces que, estos aprendizajes, por decirlo con una fórmula, no llevan con ellos la noción de cifraje del goce. En efecto, el goce residual de lo vivo que habita, que vive en el lenguaje, del ser hablante,

como Uno del ser, es tomado en la metonimia significativa que se hace el vehículo del goce, al mismo tiempo que este es cifrado por la metáfora. Lacan en *Silicet* n° 5 sitúa el lugar de el Uno como "aquél del semblante, es decir, en el que el ser se hace letra". En Christian, el ser no se hace letra es un "hacer semblante", un simulacro de escritura, de cifrado, del orden de una imitación más que de un semblante en la medida en que este asegura el proceso de identificación del ser. Es un cifrado que no cifra nada, un cifrado "como sí". El cifrado para nosotros es la articulación de la letra y el sentido, la posibilidad de la palabra en el lenguaje.

¿Podemos considerar esta manera de hacer como un síntoma?

Colette Soler ha propuesto una distinción de síntomas en Schreber y en Joyce. Para Schreber, la alucinación es el retorno en lo real, de significantes de una lengua "fundamental" compuesta de significantes unarios, S1. Esos significantes no hacen lenguaje. Solos, separados del S2, se imponen a él sin ser tomados en la articulación de una cadena. El síntoma de Schreber no es la alucinación, es más bien el anudamiento de una significación enigmática producida a partir de esos S1, que se imponen a él, con un goce no menos enigmático, puesto que no está cifrado en el inconciente. La solución sintomática es entonces una conjunción de los dos, donde el enigma de la significación se resuelve por la significación de goce. Joyce fabrica una lengua de la articulación del lenguaje a través de un trabajo de descomposición, fenómeno homólogo a la alucinación. De esta lengua hace una nueva articulación de lenguaje por su escritura sintomática, acoplándose no a Dios, pero sí al Otro del gusto.

En nuestro sujeto autista, la ausencia de cifrado operado en el Otro significativa que está a su disposición, por la abolición de la demanda y entonces del deseo, hace del Otro del lenguaje, un otro muerto o

mas bien sin vida. En efecto, cuando Lacan nos habla de la vida del lenguaje, la refiere explícitamente al goce. El autista tiene entonces el uso de un Otro de la lengua, pero que se distingue del de Schreber y del de Joyce. El sujeto no está sometido al enigma que lo pondría en el trabajo de significación de un significante que se presenta a él, fuera de una cadena; no persigue tampoco al enigma de la lengua en el lenguaje corriente para convertirla en revelación. Al comienzo, cuando la iniciativa viene del Otro, el sujeto autista está en relación con un otro de la lengua identificado con un goce intrusivo. Ahí, el significante sólo se presenta sobre la vertiente de objeto de goce despedazante. Mirarle o hablarle es lo mismo y da lo mismo que el vuelo de un pájaro delante de la ventana o el ruido de un coche en la calle, lo que cuenta es la manifestación de una discontinuidad. La intención de significación, que Lacan describe como desprendida del sujeto en la psicosis, lo está también en el autista, pero de manera no enigmática. En el autismo, es inmediatamente recibida como la materialización, la realización de un goce y no como intención del mismo. Es lo que explica que el sujeto autista parece no ser llevado a enfrentarse con el enigma. No se enfrenta como lo hace Schreber, descifrándolo ahí donde le falta la llave fálica; tampoco como Joyce, llevándolo a la cuenta del Otro, encontrando allí su lugar y haciéndose, al mismo tiempo un nombre. El sujeto autista no debe tanto enfrentarse al enigma, como despegarse del exceso de saber sobre la verdad del goce en el Otro. Si enigma hay, es bien del lado del otro, del interlocutor, sea este psicoanalista o cualquier otro. Puesto que estos niños no dicen, vamos a decir por ellos. Es por eso que el segundo hecho clínico presentado por nuestro autista, es precioso. No podía decir quién era ese personaje cuyos pies salían del cuadro, pero sí podía escribirlo. Y ahí, con una crudeza que no se inventa, escribe lo que no puede decirse porque está rechazado de lo simbólico: "papá". Creo que hay que tomar en serio esta distinción entre un lenguaje, una articulación imposible y una lengua que se impone en su brutal evidencia, de-subjetivada. No es el "no lo puedo decir" del secreto o de lo prohibido, que marcaría justamente un cifrado, sea este fálico o delirante; es la imposibilidad radical de represen-

tarse en la articulación. La lengua es o goce puro o lengua muerta. Es la pregunta que se hacen los autores honestos cuando se interrogan sobre los progresos obtenidos con esos niños.

El hecho de que esos procesos sean innegables clínicamente, por la pacificación y la adquisición de conocimientos que traen consigo, no es suficiente para dar cuenta de su lugar en la estructura. Así Shirley Hoxter del equipo de D. Meltzer al final de una notable observación se interroga sobre el hecho de saber si el niño y ella, a pesar de los considerables progresos realizados, están condenados a mezclar indefinidamente las mismas permutaciones.

Ahora bien, si nos preguntamos a qué se acopla el sujeto ¿qué es lo que podemos calificar como síntoma? Si Schreber se acopla por el significante a su Dios a fin de asegurar el goce común a ambos por la significación que da a ese goce y si Joyce se acopla al Otro del gusto para asegurar a cada uno un goce diferente, el autista ¿se acopla? y si se acopla ¿con qué Otro lo hace?

Hay con respecto a esta pregunta un cierto número de observaciones, de las cuales la más conocida es por cierto, la del pequeño Joey de Bruno Bettelheim. El sujeto se correlaciona con una máquina eléctrica de su invención, que transporta consigo por todos lados en una valijita y que viene a condensar el enorme "aparage" en el momento más espectacular de su enfermedad. El paciente de Shirley Hoxter no es "un bricoleur" (alguien que hace trabajos manuales), es un apasionado de historia y geografía: se interesa por todos los pequeños países que nadie conoce. Esta pasión es tan invasora como solitaria. Para satisfacerla no tiene necesidad de ningún compañero, ni de secretario para registrarlos, ni de auditorio para subyugar. Como mucho, esa pasión le sirve en su relación con el Otro para abrumarlo, mantenerlo afuera, como lo nota S. Hoxter. Con esos intereses, el sujeto se acopla a un campo cerrado, circunscripto a un "Otro máquina", diferente en su estructura del Otro abierto del significante que inscribe el S (A). De esta manera se acopla al Otro del lenguaje, a una articulación simbólica que representa su solución, no en nombre de otro, ni para otro, pero sí para su propio uso.

¿Presenta Christian ese tipo de síntoma? No tiene ninguna pasión,

ni siquiera solitaria, sin embargo no me parece imposible considerar la actitud que tiene con el otro desde que salió de su agitación autística, como un síntoma similar.

En efecto, por su forma de parecer ofrecerse dócilmente al otro, a sus intenciones educativas y terapéuticas, correlación a su ser de S1, significante fuera de la cadena, al Otro del lenguaje y a su articulación. Es el mismo procedimiento, la misma división que al principio en sus momentos frenéticos de intrusión en el Otro, pero invertido. A diferencia de antes y por su ofrenda pasiva, está en posición de apelar al Otro, ahora es él quién aspira al Otro, haciendo una verdadera transusión de libido del Otro en él. El otro es así una "máquina libidinal" exteriorizada y Christian está pegado a él en una posición que lo identifica como su guardián. De esta forma concebimos como hecho secundario que esta articulación sea poco productiva de significaciones, si la comparamos con el hecho de que se haga y se mantenga. Efectivamente cuando se finge desinterés por él, comienza a manifestar signos de inquietud. De esto podemos deducir entonces, una serie de articulaciones del sujeto al Otro, quedando así situada la especificidad del autismo. Si el neurótico recibe del Otro su propio mensaje en forma invertida, en las psicosis la indiferencia del Otro suprime la inversión del mensaje del cual el sujeto sigue siendo la dirección. En el autismo también el sujeto está desprendido del Otro, pero sólo puede ligarse, correlacionarse, anulando toda dimensión de dirección y asimismo de presencia. La valija de Joey, así como la pasión geográfica de Piffie y la docilidad de nuestro joven no hacen seres singulares para el Otro, al contrario no tienen nada que ver con lo que los anima o los ocupa. El Otro debe hablar y vivir por ellos. Todo esto es para traer una propuesta al debate actual sobre el autismo. Si bien no hay dudas de que el autismo tiene que ver con la forclusión, puede ser demasiado rígido decir que el autista sale del autismo hacia la psicosis y el delirio. Por cierto esos casos existen, habría que examinarlos en detalle, pero también es cierto que hay pacientes que pudiendo ampliar considerablemente el campo de su autismo, se quedan toda su vida en la estructura del mismo ■

Frances Tustin: "Autismo infantil"

Kamala Di Tella*

Frances Tustin es psicoterapeuta y psicoanalista, vive en Inglaterra. Leo Kanner describió el síndrome del autismo infantil por primera vez en el año 1943. Desde entonces fueron diagnosticados miles de niños como autistas, diferenciándolos de los niños con daños orgánicos y débiles mentales. Muchos tipos de tratamientos, estimulación y medicación han sido utilizados en todas partes del mundo con escasos resultados.

Frances Tustin hace 30 años está estudiando y tratando con psicoterapia psiconalítica a niños autistas y de su experiencia ha extraído importantes aportes sobre este extraño fenómeno psicológico. Siguiendo la tradición psiquiátrica de Leo Kanner, Tustin utiliza el nombre de "Autismo infantil" para definir a: aquellos niños que no han desarrollado un vínculo afectivo y social con sus progenitores, lo cual les imposibilita cualquier tipo de aprendizaje y respuestas a los estímulos de su medio ambiente. En consecuencia estos niños viven en un nivel muy detenido en su desarrollo,

* Psicoanalista de niños. (Clínica Tavistock, Inglaterra). Supervisora del Hospital de Día, (Tratamiento de psicoterapia de niños psicóticos) y Coordinadora del Seminario de Observación de Lactantes del Hosp. Italiano de Buenos Aires. Sucre 3829, Capital Federal. Tel.: 552-1989.



hasta el punto que muy a menudo no adquieren el lenguaje y apenas disponen de las aptitudes primarias indispensables para la subsistencia.

El primer libro de Frances Tustin, "Autismo y psicosis infantil" fue publicado por Hogarth Press en 1972 en Inglaterra y en el año 1981 en lengua española. Posteriormente fueron escritos tres libros más: "Estados Autísticos", "Barreras autistas en pacientes neuróticos" y "El cascarón Protector".

Sin embargo la mayor contribución de Tustin ha sido la ayuda terapéutica que ella ha brindado a muchos niños autistas. Ellos pudieron liberarse de sus barreras autistas, salir de sus estados detenidos y deformados, dejar sus encapsulamientos autistas, desprenderse de sus maniobras autistas para tener una vida emocional más normal y adaptarse a la convivencia con otras personas de una manera más comunicativa y social. Muchos de estos niños se han recuperado y han podido ingresar a una escuela normal. Algunos pacientes de Tustin han podido terminar sus estudios universitarios. Muchos de ellos se han convertido en personas sensibles, inteligentes e interesados en la estética. Entre ellos surgieron músicos, algunos de reconocida fama internacional. Por supuesto hay otros pacientes tratados que no han tenido una recuperación tan importante. Han quedado introvertidos, hipersensibles, solitarios pero manteniéndose en la comunidad.

Tustin aclara que la mayor

parte de las recuperaciones se dieron en los pacientes que comenzaron sus tratamientos psicoterapéuticos antes de los 6 años.

El Profesor Adriano Giannotti, director del Departamento de Neuropsiquiatría Infantil de la Universidad de Roma, Italia, junto con la doctora Juliana Astiz han hecho un seguimiento y evaluación de los tratamientos de 60 niños autistas que fueron tratados con psicoterapia inspirada en la misma corriente de pensamiento que Tustin. Algunos de estos niños tuvieron tratamiento por 5 años. La edad del niño al comienzo del tratamiento fue de menos de 6 años. La evaluación fue hecha sobre algunos puntos que mostraron una reducción de la patología. Estos eran: las relaciones sociales, estereotipias, capacidad escolar y capacidad del juego. Según esta evaluación había una reducción del 54% de patología en la mayoría de ellos y el 50% de los niños podían integrarse a las escuelas normales.

El Profesor Otto Weininger, psicoanalista de Canadá que sigue el pensamiento de Tustin tiene resultados asombrosos con sus pacientes. El, también provee datos de mejoría y de adaptación escolar. También tiene casos de pacientes que han completado sus estudios universitarios y han formado parejas y familias. Tustin dice que "tenemos cada vez más elementos y criterios para hacer diagnósticos más acertados" y que "los tratamientos psicoterapéuticos apropiados pueden remediar el autismo"

Los Tinnbergen, eminentes etólogos de la Universidad de Oxford, han conducido un estudio de diez años sobre el autismo en EE. UU., Inglaterra, Francia, Canadá y los países escandinavos. Llegaron a varias con-

clusiones importantes: que existe una falta de relación del niño autista con su madre y daño emocional en la temprana infancia. Agregan que la reducción de las ansiedades, pánicos y aprehensiones ayudan a la recuperación de estos niños del autismo.

La autora de este artículo, ha seguido el pensamiento de Tustin en la Argentina.

Habiéndome formado y trabajado en Inglaterra con Tustin, he tratado a varios niños autistas y he supervisado los tratamientos de niños psicóticos en varias instituciones. Entre doce niños autistas tratados algunos han logrado ingresar en escuelas normales. Dirijo asimismo, un grupo de estudio*, formado por nueve profesionales. Hay doce pacientes autistas en tratamiento con ellos. Es interesante saber que en ese grupo de pacientes hay un adolescente de 18 años que comenzó a hablar recientemente y una mujer de 22 años. Ambos fueron autistas desde temprana edad. Aunque no hay una evaluación sistemática hecha, podemos decir que hay enormes mejorías en los pacientes. Algunos de ellos que no han tenido lenguaje lo han adquirido junto con el interés en comunicarse.

A propósito de este trabajo, nos comunicamos telefónicamente con Frances Tustin en Inglaterra y preguntamos sobre sus más recientes ideas en relación a su obra. Sin hesitación, con voz clara y llena de vitalidad contestó que su último artículo publicado en la Revista Internacional de Psicoanálisis sobre el concepto del Autismo Psicogénico ha despertado mucho interés en el mundo profesional. Según ella, los conceptos sobre los objetos autistas y figuras autistas siguen siendo muy vigentes y la comprensión de ese fenómeno es esencial en la recuperación del niño autista. La voz de Frances clara y cálida y siempre generosa en compartir sus ideas me hizo recordar su persona y su presencia. Actualmente ella tiene 83 años y vive con su marido Arnold de 93 años de edad en Amershan-

on-the-hill, un pueblo hermoso en la campiña inglesa. Desde su pequeña casita, típica de una postal, Frances supervisa psicoanalistas de todas partes del mundo y mantiene correspondencia con los autores de nuevos trabajos y con sus discípulos en Francia, Italia, España, Australia, USA y Argentina. Como un ejemplo de su participación en los debates internacionales, se reúne un grupo de profesionales en Francia, más precisamente en Ales-en-Cevennes en octubre de 1992, para hacerle un homenaje. Para no dejar a su marido solo, ella no viaja fuera de su país... Sin embargo los colegas franceses hicieron video-films de dos conferencias dictadas desde su hogar los cuales van a ser parte del coloquio de Ales-en-Cevennes.

Referente al concepto del Autismo Psicogénico, Frances ha modificado su concepto previo a lo que sostenían otros autores como Margaret Mahler de que el autismo patológico es una detención, en un período, del autismo normal. Para Tustin ahora, el autismo desde el vamos es condición patológica y desviada y no tiene que ver con los estadios primitivos normales de la infancia. El bebé normal desde su nacimiento tiene estados alertas e interés en la búsqueda de la madre y en el mundo externo (Brazelton 1970, Bower 1978, Trevarthen 1979, Stern 1986). Para Tustin la condición del autismo patológico es creada por ciertas características presentes en el niño desde su nacimiento, como la hipersensibilidad, irritabilidad o la extrema pasividad. A su vez las madres de estos niños han tenido preocupaciones, angustias y aprehensiones durante el embarazo y parto. Algunas de ellas han pasado por períodos de depresión. Para Tustin la combinación de madres deprimidas y preocupadas con bebés hipersensibles crea una condición adonde no hay suficiente sostén para la madre y el bebé. La relación primordial de apego no se establece entre ellos. Esa falta de relación es vivida como una separación prematura, la cual deja al niño sintiéndose

Los integrantes del grupo de estudio sobre la obra de Tustin son: Lic. Mónica Cardinal; Lic. Andrea Austa (GASPARIN); Lic. Susana Piat; Lic. Cristina Di Carlo (psicopedagoga); Dra. Graciela Ball (APA); Lic. Alicia Miyares (APA); Lic. Mariana Pereyra (Hospital Italiano); Dra. Lourdes Raineri; Lic. Lidia Schneiderman (Casa verde).

solo, asustado y traumatizado. Este tipo de recién nacido en vez de buscar la protección de su madre sensible y satisfactoria se repliega sobre su propio cuerpo. Tustin cita el concepto de trauma descrito por la psicoterapeuta Victoria Hamilton: "el trauma es una respuesta expresando los sentimientos de horror, violación y muy a menudo acompañados por una repulsión (repugnancia) y un retiro de la mirada, como no queriendo saber, ni escuchar". Tustin dice que el autismo puede ser como una masiva retracción, un no querer saber ni escuchar, provocados por el trauma de haberse separado prematuramente del cuerpo de la madre.

Al mismo tiempo de esta separación inicial traumática el bebé recién nacido mantiene la ilusión de ser parte de la madre. Para una maduración apropiada es necesario un tiempo para acostumbrarse al desprendimiento del parto. Para Tustin, esta ilusión de la fusión es prolongada y mantenida excesivamente por el bebé y la madre en los casos del autismo infantil. Quizás la separación resulta tan traumática por esta excesiva fusión en la diada madre-bebé. Es como si fuera que los niños autistas no han nacido del todo.

El nacimiento psicológico precoz expone a los niños al pánico y terror de una situación a la que no pueden adaptarse. Tustin muestra que los niños en el tratamiento tienen que pasar por un nacimiento psicológico apropiado y posteriormente establecer una relación de la transferencia infantil (de la búsqueda de protección, la dependencia). Ella toma como ejemplo la obra del escultor Henry Moore que ilustra la tapa de su libro "El cascarón Protector", publicado en inglés. En la cultura de Moore el bebé y la madre están envueltos en una capa. En el lugar del pezón de la madre hay un agujero y en el lugar de la boca del niño hay una forma de tapón o de pezón. Este fenómeno se ve en muchos niños autistas. Por ejemplo una niña autista de 4 años, Ma-

ría, usaba su dedo como un tapón adentro de su boca ante una frustración mínima. No succionaba sus dedos por placer.

A partir de la separación prematura y traumática, los niños autistas dependen de las sensaciones y son gradualmente dominados por la sensualidad. No se desarrolla la discriminación y diferenciación mental. Toda su inteligencia está dedicada a la búsqueda de sensaciones. Se quedan encapsulados en este mundo de sensaciones y aislados del resto. A partir de ese momento el objetivo de los sentidos no es el deseo por la madre, ni la exploración del mundo externo, sino que la búsqueda está dirigida a extraer vivencias de su propio cuerpo y a los objetos que ayudan a producir esas sensaciones. En estas descripciones Tustin pone claramente en descubierto el área dominada por las sensaciones, la capacidad de sentir placer es desviada. El desvío es marcado por la autosensualidad, y por los objetos y figuras autistas. Para Tustin es importante la comprensión de estos fenómenos porque estos son los que mantienen al niño encerrado en su mundo autista. Estos objetos y figuras autistas no son objetos compartidos por el resto del mundo. Son particulares a cada chico, según las sensaciones que producen. Generalmente estos objetos autistas son duros. El niño los agarra y aprieta en su mano y los lleva consigo. Los objetos no son elegidos por su atractivo ni por su función. Tampoco representan las vivencias emocionales. Son fácilmente reemplazables. No tenemos que confundir a estos objetos y figuras autistas con los objetos tradicionales. Porque los últimos representan una parte de la madre y la otra parte de sí mismo. Los objetos transicionales son la manera de elaboración de la separación y no cumplen las funciones de taponar o reproducir otras sensaciones. A veces estos objetos autistas son suaves y son usados para las sensaciones de fusión y confusión con el objeto. Otras veces es el modo de usar los objetos. Por ejemplo

un niño autista, de 5 años de edad, juntaba todos los juguetes alrededor de él, incluyendo así los objetos como parte de sí mismo. Aunque estos niños autistas usan los objetos autistas como protectores, estos objetos y figuras impiden la apertura al aprendizaje. Toman la sensación de dureza del objeto como partes de su propio cuerpo o como extensiones de su cuerpo. De esta forma utilizan a los objetos para sentirse seguros. Un niño autista, John, los dibujaba como unos pinches que salen del cuerpo del niño se siente así armado, protegido con pedazos extras.

Los niños autistas no establecen diferencia entre las personas y los objetos inanimados. Por ejemplo, en el caso de María, mencionada antes, de 4 años, para quién apoyarse contra la pared, era lo mismo que apoyarse contra la pierna de la terapeuta. Intercambiaba una u otra según la cercanía. En contraste, cuando lograba mirar y percibir a la terapeuta, se alejaba al rincón más apartado. Es como si la pierna dura no perteneciera a la terapeuta. Esto es lo que Hanna Segal llama "Ecuación Simbólica". Winnicott ha llamado a estos objetos autistas "Objetos Subjetivos". Esther Bick describe este fenómeno como "Identificación adhesiva". Esta adhesividad a la dureza o a la suavidad de una manera u otra interfiere en las vivencias de la vida diaria y común. No reciben los estímulos que provienen de las personas. Tampoco son percibidos los objetos reales. Los objetos autistas pueden ser: un autito duro o un pedazo de madera o lata. Otros objetos autistas son partes del cuerpo del niño. El movimiento de la lengua en la boca, la materia fecal en el ano pueden ser usados como objetos autistas. Un niño, Roberto, continuamente rompía papeles y se podía sumergir en esa actividad sintiendo las vibraciones que producía ese acto durante horas.

Tustin habla de las figuras autistas, estas también son derivadas de las sensaciones corporales. Juntar la saliva en la boca, la sensación de alguna galletita, papas fritas o chicle.

El fin del uso de estos elementos consiste en sacarlos y volver a ponerlos en la boca y no en el placer de comerlos. Las figuras pueden ser engendradas desde los objetos externos; agarrando un objeto de una manera laxa o apretándolo suavemente. Estas conductas proveen sensaciones especiales y una vivencia especial del objeto. El hábito de tocar los objetos y vivirlos solamente para el tacto es una figura autista. No tenemos que confundir con una exploración de los objetos.

En el caso de María, ilustrativamente, llevaba algún objeto ligeramente en su mano y si el objeto caía ella seguía con su mano en la misma posición. La figura autista era el modo en que ella llevaba el objeto. Roberto, de 8 años, tiraba una moneda y trataba de recuperarla. Repetía este pseudo juego interminablemente y cada vez más se perdía en él y se quedaba aislado y ausente del resto. Es importante recordar que estas figuras autistas no corresponden a las formas geométricas o a la forma de los objetos reales. Un niño autista tocaba sus glúteos cuando hablábamos de la silla, porque lo rescatado era, en ese caso, la sensación de la silla sobre los glúteos.

Hasta ahora hemos dedicado bastante espacio para escribir sobre la autosensualidad, los objetos autistas y figuras autistas porque son los factores básicos que mantienen al niño autista en su encerramiento. Además fueron las recomendaciones de Tustin desde Inglaterra junto con el concepto de "Autismo Psicogénico". Sin embargo no puedo concluir este trabajo sobre su obra sin mencionar otros conceptos importantes de su contribución: la depresión psicótica, la catástrofe psicológica y el nacimiento psicológico. El nacimiento del pensamiento, la naturaleza simbólica y los estados de la conciencia en sí mismos son muy importantes para reconocer, trabajar el proceso del tratamiento y en la recuperación del niño autista.

Para Tustin, igual que para Margaret Mahler hay un período de

aflicción y duelo que precede y preanuncia la ruptura psicótica y el aislamiento autista. Rank y Putnam (1953) hablan de esta depresión primaria, al punto que se inicia la detención del desarrollo emocional. Winnicott lo llama "la depresión psicótica". Aquí la pérdida de la relación con la madre y la pérdida del pecho es vivida como una pérdida de su propio cuerpo (la pérdida de ciertos aspectos de la boca). La misma pérdida de la madre, pocos meses después, entrañaría una simple pérdida del objeto; sin ese elemento adicional de pérdida por parte del sujeto.

La separación prematura no sólo es vivida como una pérdida sino que hace sentir al niño que hay un agujero lleno de aprehensiones, adonde había sensaciones. Un paciente de Tustin, John, hablaba de ese agujero negro cuando recuperó el lenguaje. En el curso del tratamiento psicoterapéutico esta depresión-agujero (la brecha) es experimentada una vez que la barrera autista es levantada.

Frances Tustin utiliza el concepto de catástrofe psicológica de Bion, para mostrar que en el autismo infantil, como en la psicosis, las fases de desarrollo se meten unas adentro de otras. Ciertos estadios son experimentados precozmente mezclados con estadios anteriores y posteriores de una manera confusa y desordenada. Esto ocurre a partir del colapso, la depresión, el aislamiento y la detención del desarrollo. El mundo interno se convierte en un caos. En la terapia es importante ordenar este mundo y dar prioridad en el trabajo terapéutico a las cosas más primitivas en forma de jerarquía evolutiva. Tustin habla de un nacimiento psicológico prematuro en el niño autista; esto implica que el niño aún inmaduro toma conciencia de la separación de su madre y se siente desvalido por ello. Aún después del nacimiento, el bebé sigue con la ilusión de que está unido a la madre y de sus vivencias intrauterinas. Esta unidad primaria es continuada por los cuidados y protección de la madre a través de su capacidad "de re-

verie". Esto quiere decir que la mente y la preocupación de ella funcionan como un útero de protección. El nacimiento psicológico del niño es cuando puede salir, o nacer desde esta condición uterina, cuando puede reconocer a la madre como separada de él y esperar para los suministros. Al mismo tiempo es un nacimiento de sí mismo. Dentro de una protección sana y saludable de la madre, se producen integraciones psicológicas; las distinciones entre el "bienestar" y "malestar", entre placer y displacer. El duro y el blando son reconocidos y a veces pueden coexistir. La unión de las sensaciones pone en funcionamiento la firmeza y la elasticidad, tan necesarias para la adaptación. Esto significa que la realidad puede comenzar a ser procesada. Las delusiones y la dominación de la sensibilidad disminuyen. El mundo externo comienza a tener sentido. Junto con las integraciones psicológicas aparecen las capacidades de separar y tolerar las diferencias; comienzan los procesos de proyección y la ilusión de fusión deja paso a la imitación, proyección e identificación.

Como hemos visto en el comienzo de este trabajo, la contribución importante de Frances Tustin es la aplicación de psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de niños autistas. A través de su trabajo clínico llegó a conocer la importancia del manejo de la conciencia en las primeras separaciones del niño. Las reacciones del niño hacia ello son importantes para su desarrollo psicológico futuro. La contención de los sentimientos de pánico, rabia, angustias del agujero y de caer es importante para aliviar la situación de estrés que generan en el niño todavía inmaduro. Un exceso de esos sentimientos debilitan al niño y aún reprimidos pueden afectar en el futuro y reaparecer en las fobias y en las enfermedades psicósomáticas. Un momento crucial en el tratamiento psicoterapéutico es cuando aparecen la rabia y el pánico, que tienen que ser comprendidos y contenidos por el terapeuta. Las dificul-

tades de tratar a estos niños autistas, se deben a que sus vivencias son no pensables, vividas en términos de elementos de "Beta" (Bion) y por lo tanto difíciles para conceptualizar y hablar de ellas.

Los pacientes autistas generalmente no tienen relaciones objetales. Se manejan a través de las ecuaciones simbólicas adonde dos objetos son parecidos uno a otro y a veces llegan a ser lo mismo, por alguna similitud superficial que tienen, eliminando así las dicriminaciones y las diferencias reales. Generalmente no tienen fantasías y se manejan a través del tacto y de las sensaciones. No tienen capacidad por empatía (Hobsoni 1986) y tienen escasa imaginación. Naturalmente no pueden jugar, tienen poca vida interna y son protegidos por un cascarón vacío de autosensualidad: la "fortaleza vacía" (Bruno Bettelheim 1967).

La tarea terapéutica no es nada fácil porque tienen una capacidad de negación y negatividad y tienden a reducir todo a nada. Una paciente autista de 5 años utilizaba continuamente la palabra *nada* y así eliminaba todo sentido.

Otra paciente autista, de 4 años, limpiaba y tiraba al suelo todo lo que había sobre la mesa, así nunca había nada frente a ella.

Es sumamente importante entender el contexto de estas conductas y el terapeuta tiene que tomar una actitud de firmeza. La elasticidad de parte del terapeuta puede dar respuestas sensatas para estimularlo sin asustarlo. La "confianza básica" (Erikson) tiene que ser creada. Los impulsos, los desbordes tienen que ser contenidos, protegiendo al niño de su implosión. Una vez que adquieren la confianza básica y el sentido de seguridad, los niños autistas pueden dejar su dependencia a los tranquilizantes táctiles para adoptar transfor-



maciones intangibles como imágenes mentales, memoria y pensamientos.

Los niños autistas son pacientes difíciles para tratar, no sólo porque están escondidos detrás de barreras autistas e impermeables, sino porque cuando algún estímulo llega a penetrar la barrera prematuramente, el niño autista se sorprende, se asusta y vuelve a meterse aún más en su

cápsula como un caracol asustado.

A veces la manera de reconocimiento de una persona o un objeto lo pone en pánico, confusión y caos. Un estímulo desconocido como un ruido o una voz fuerte puede exponerlo a las vivencias más persecutorias como la del depredador-víctima. Para evitar todos estos estímulos, se esconden detrás de murallas autistas, paralizados en su desarrollo y manipulando compulsivamente los objetos.

La terapeuta tiene que destetar al niño autista de su mundo bidimensional pegado a las superficies y de sus maniobras para engendrar objetos y figuras de sensaciones. Con la mejoría en el tratamiento, cuando pierden el miedo de relacionarse comienzan desesperadamente a controlar a sus proveedores (Meltzer). Como hemos visto anteriormente la comprensión del terapeuta es uno de los factores más importantes para crear la situación de "holding" (contención) en el tratamiento del niño autista. Para las personas normales la actividad estética sirve como la situación de "holding". El juego para los niños normales tiene este mismo fin. Los niños autistas, como los bebés, tienen que ser contenidos con firmeza a través de la atención del terapeuta-cuidador. Aquí el estado

mental del psicoterapeuta, el ambiente emocional y el "setting" terapéutico son muy importantes. Contra las sugerencias de algunos terapeutas de que la disfunción y desvío del psiquismo del niño autista no permitía una psicoterapia,

Tustin insiste en que el daño y el desvío del psiquismo tienen que ser remediados a través de psicoterapia y para Tustin simplemente no hay otro camino que poner en marcha los procesos psíquicos.

Para Tustin los niños diagnosticados con Autismo Psicogénico son muy tratables y tienen un pronóstico bueno. El Autismo Psicogénico no es una versión leve del autismo.

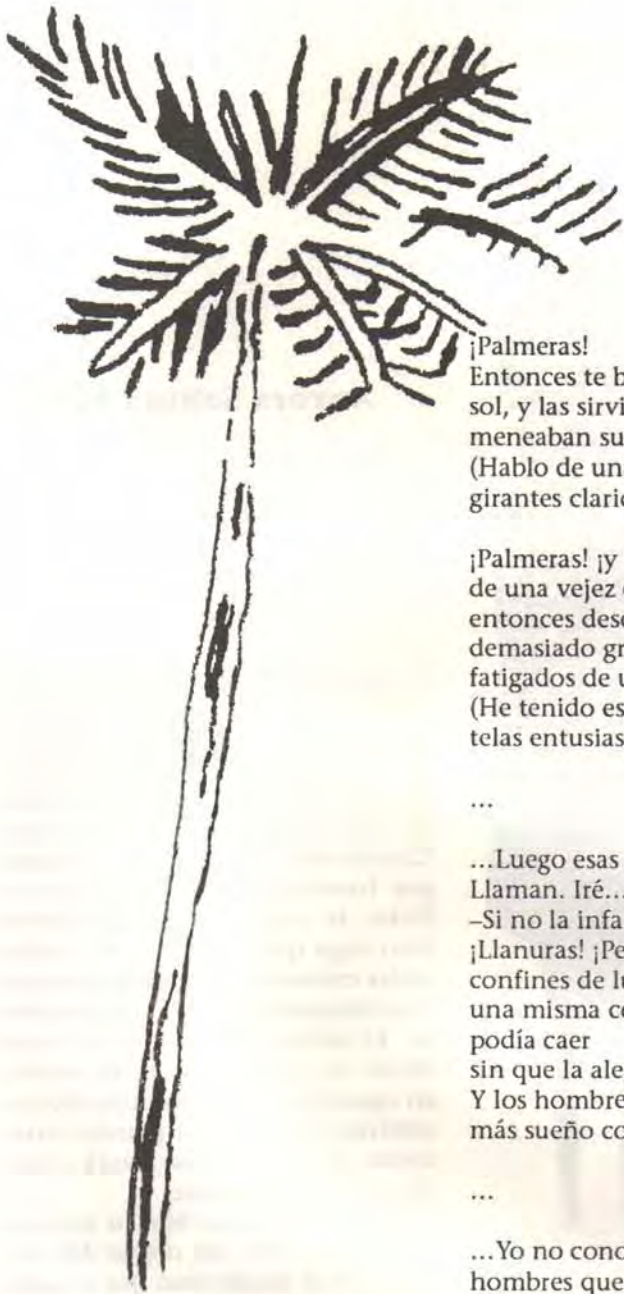
Pueden ser niños autistas profundos del tipo que describe Kanner, que son accesibles para el tratamiento psicoterapéutico. Hay niños autistas, especialmente los que fueron tratados a una edad temprana, que persisten manteniendo sus modos autosensuales, los cuales forman una base importante de su personalidad. Tienen dificultades para aceptar los cambios en su modo de subsistencia.

Tustin nos muestra en su obra cómo recrear los procesos mentales e intelectuales en el niño autista. Previo a esto es importante comprender los estados asimbólicos, las formas de ecuación simbólica. Igualmente es importante en el tratamiento psicoterapéutico reconocer la emergencia del yo corporal y en sí mismo.

Gènevieve Haag de Francia, una de las discípulas de Tustin, ha estudiado y trabajado mucho sobre la conciencia del cuerpo, la bilateralidad y la habitación del cuerpo por partes. Para Tustin es importante llegar a la transferencia infantil, a donde el niño tiene que establecer la relación de dependencia con el terapeuta. Esto lleva a reducir la omnipotencia del niño, aprender a esperar y extrañar no sólo al terapeuta, en los intervalos del tratamiento, sino también sentir la presencia y ausencia de sus padres. Estos procesos a su vez llevan al niño y al terapeuta a los encuentros de juego y de placer. Los límites de la habitación en donde transcurre la terapia se establecen junto con los límites del cuerpo del niño. Las funciones realistas de los objetos comienzan a aparecer. Las situaciones de relación con el pecho y de lactancia reaparecen junto con la frustración. El enojo tanto como la gratitud son manifestados en la transferencia. El niño autista comienza a hablar, se relaciona con las personas y entra en el habitat de los seres humanos normales ■

Bibliografía

- Anzieu, D., "Las envolturas psíquicas, Edit. Amorrortu, Buenos Aires, 1990.
- Anzieu, D., "Le Moi peau", Ed. Dunod, París, 19485.
- Bettleheim, B., "La fortaleza vacía", Ed. Lala, Barcelona, 1972.
- Bick, E., "La experiencia de la piel en las relaciones objetales tempranas", Revista Internacional de Psicoanálisis, Vol: 49, 1968.
- Bion, W., "La tabla y la Cesura", Ed. Gerisa, Buenos Aires, 1984
- Bion, W., "Elementos del Psicoanálisis", Ed. Hormé, Buenos Aires, 1988.
- Bowlby, J., "Los cuidados maternos y la salud mental", Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1982.
- Brazelton, B., "Sobre madres y bebés", Ed. Emecé, Buenos Aires, 1969.
- Brauner, B., "Vivir con un niño autístico", Ed. Paidós, Buenos Aires, 1981.
- Freud, S., "Los dos principios del funcionamiento mental". Obras Completas, Vol: II, Ed. Biblioteca Nueva. Barcelona, 1973
- Gaddini, R., "Imitación", Revista Internacional de Psicoanálisis, Vol:50, 1969.
- Gaddini, R., "El falso self", Vínculos tempranos, Ed. APOLA, Buenos Aires, 1991, (311-9402).
- Giannotti, A., "Equilibrio y rotura del equilibrio en las relaciones entre las fantasías inconscientes de los padres y el desarrollo normal y patológico del niño", Vínculos Tempranos, Ed. APOLA, Buenos Aires, 1991.



¡Palmeras!

Entonces te bañaban en el agua-de-hojas-verde; y era también el agua verde sol, y las sirvientas de tu madre, altas mozas lucentes, meneaban sus cálidas piernas cerca de tu temblor...

(Hablo de una alta condición, antaño, entre los trajes, en el reino de girantes claridades).

¡Palmeras! ¡y la dulzura

de una vejez de las raíces...! la tierra

entonces deseó ser más sorda, y el cielo más profundo en donde los árboles demasiado grandes,

fatigados de un oscuro designio, anidaban un pacto inextricable...

(He tenido este sueño, en la estimación: una segura permanencia entre las telas entusiastas).

...

...Luego esas moscas, esa especie de moscas, y el último cuadro del jardín...
Llaman. Iré... Hablo en la estimación.

—Si no la infancia, ¿qué había entonces allí que no hay ahora?

¡Llanuras! ¡Pendientes! ¡Allí había más orden! Y no había más que reinos y confines de luces. Y la sombra y la luz estaban entonces más cerca de ser una misma cosa... Hablo de una estimación... En las lindes el fruto podía caer

sin que la alegría se pudriese en el bisel de nuestros labios.

Y los hombres acarreaban más sombra con una boca más grave, las mujeres más sueño con brazos más lentos.

...

...Yo no conocí todas Sus voces, y no conocí todas las mujeres, todos los hombres que servían en la alta casa de madera; pero todavía recordaré por largo tiempo

unos rostros insonoros, color de papaya y de hastío, que se detenían tras nuestras sillas como astros muertos.

...

¡Palmeras! Entonces

un mar más crédulo y obsedido por invisibles partidas, escalonado como un cielo sobre vergeles,

se atracaba de oro, de peces violetas y de pájaros,

Entonces, perfumes más afables frecuentando las más orgullosas cimas, esparcían ese aliento de otra edad

y por el solo artificio del canelo del jardín de mi padre —¡oh ficciones!—

glorioso de escamas y armaduras un mundo turbio deliraba

(...¡Ah, motivos tengo de loa! ¡Oh generosa fábula, oh mesa de abundancia!).

Para celebrar una infancia

"King Light's Settlements"

Saint-John Perse

Traducción Jorge Zalamea

Estructura Familiar y Autismo

Aurora Sabina Favre*



Atendiendo a la articulación entre estructura familiar y constitución subjetiva, voy a desarrollar algunas reflexiones sobre la misma cuando hay un niño autista.

En el grupo familiar que alguien funda en relación al grupo familiar de origen, debe darse una mutación de un historia que queda incluida en otra historia, de un tiempo que queda incluido en otro tiempo, de manera tal que se cumple un ordenamiento producto de una operatoria simbólica. En el sistema de alianza cada uno está incluido en una dramática, en una historia que choca con otra historia en ciertos puntos, que aparecen como complementariedades de encuentros y desencuentros, dando lugar a una reestructuración. Cuando se da esta mutación, esta integración, es como consecuencia de un trabajo (arbeit) que atraviesa a los miembros de la alianza y de la filiación (o sea que es transindividual) y produce efectos inconscientes para sus miembros. Decimos en este caso que la función Nombre del Padre ha permitido que la ley de la cultura se encarne en la ley de la prohibición del incesto y ordene sus relaciones.

Cuando se da un trastrocamiento de la función simbólica no hay posibilidad del adecuado juego distributivo de los sistemas de alianza y filiación. Los efectos de la ausencia de esta función en el lugar del hijo produce dos modalidades

patológicas en el proceso de estructuración subjetiva: el autismo y la psicosis infantil. Esto es de acuerdo a las operaciones de alienación y separación en el campo del Otro que Lacan señala como fundantes en dicho proceso.

Por otra parte, Gisela Pankow refiriéndose a la psicosis relaciona zonas de destrucción de la imagen del cuerpo con zonas de destrucción en la estructura familiar. Como vamos a desarrollar, encontramos en el autismo una relación entre el lugar de inexistencia del niño (por la ausencia de imagen corporal que le dé una representación de sí por ausencia de imagen del Otro) con lo que es excluido, eyectado a lo real y fijado en el estatuto de lo inexistente de la estructura familiar.

Las funciones del padre y de la madre se imbrican de tal modo que son inseparables en la estructura. Cuando este orden funciona, la ley

Nombre del Padre sobre la madre acota el goce de aquellos lugares que no tienen que ver con el incesto; la madre, en su deseo está en relación al objeto falta y en relación al hijo remitida al Otro de la ley. Cuando esta función no se instaura por forclusión del Nombre del Padre, la madre no desea un hijo sino algo que la complete, están dadas entonces las condiciones para el advenimiento de un niño psicótico. El niño queda incluido como objeto en el fantasma de la madre, en oposición al tercero excluido que retorna desde lo real persecutoria-mente. Es lo horroroso y está referido por tanto al incesto.

En el autismo, el hijo ni siquiera es un fragmento, un objeto del fantasma de la madre sino que es arrojado fuera de la captación simbólico-imaginaria como lo eyectado a lo real radicalmente. Es el estatuto del hijo como inexistente. El autismo permite situar las condiciones necesarias en la madre, justamente porque no se dan en esta estructura, para que pueda funcionar el Nombre del Padre y que esta función asuma expresión en el hijo. En la matriz del autismo "se da una caída del deseo materno que puede estar originada en una falla en la constitución de la femineidad sea por efecto traumático de la ruptura de lo imaginario materno, sea por la llegada de un hijo verdaderamente anormal"(6). La madre herida narcisísticamente queda sin recursos y se precipita a lo real. Queda suelta, no sujeta a la ley del Padre y en esta errancia borra la función paterna que vuelve sobre sí en una pérdida de deseo de la madre. El niño queda

*Lic. Aurora Sabina Favre. Psicoanalista. Miembro del Staff Directivo de la Fundación CISAM. Nicaragua 4617 P. B. "A", Cap. Federal

en el lugar de lo excluido radicalmente, de lo inexistente. Es una modalidad diferente de la psicosis ya que ni siquiera queda como objeto en la captura narcisística del fantasma materno. No se constituye el lugar del hijo. La "producción" no tiene el carácter de lo horroroso, de lo persecutorio para el Otro (propio del delirio, o de las actuaciones para el Otro) sino que es del orden de la existencia. Una mamá me habla, por ejemplo, de su sorpresa porque su niña se corrió de lugar cuando distraídamente se lo pidió pensando que era su otra hija y agregó "porque le diga lo que le diga, yo no existo para ella".

Cuando la forclusión del Nombre del Padre opera en la no instalación del deso de la madre, vemos que en el grupo familiar los miembros funcionan en un estado de vacuidad en la medida en que pierden toda apoyatura referencial. En efecto, se desarticulan las fantasías originarias que dan consistencia a la vida familiar. En el punto extremo de la fuga del Otro (A) no barrado postula lo eyectado como inexistente.

En relación al niño, la alienación en el campo del Otro se da sólo "si el lugar de la madre revela la dimensión de lo simbólico en el poder del Otro de la primera dependencia" (10).

El niño requiere de la presencia de un Otro que lo reciba y que le devuelva una imagen. Esto no se da en el autismo; no hay función paterna ni materna. El Otro no marca, no libidiniza, no devuelve una imagen y el niño queda entonces en una errancia infinita propio de una ausencia de toda representación de sí. Una niña en la segunda entrevista entra a mi consultorio con su mamá y se dirige a una mesita que tiene espejo a donde se había dirigido en la primera entrevista. La madre la separa diciéndole "vení Gabriela, hoy no vino la nena", a partir de lo cual la niña se dirige a donde su madre la lleva pero se pierde en un movimiento de balanceo que hace con su cuerpo. En psicosis, al quedar el niño como un fragmento en relación a la madre, ésta puede referirse al mismo significándolo desde su delirio. En este sentido, le impone su versión que es una especie de intrusión en el plano discursivo pero sobre la base de que el niño quiere decir algo. En cambio, en la matriz del autismo implica suponer que alguien ni dice, ni entiende, ni va a entender nunca.

Es la suposición de una entidad cósmica. El discurso parental muestra que no se trata de una virtualidad en el sentido del "quizás" no entienda, se trata de un saber que el Otro no barrado postula como única versión como lo demuestra el ejemplo siguiente: Una madre acompaña al niño al Hospital de Día y le dice al terapeuta de sala que su hijo ha faltado porque falleció el abuelo pero que el niño no lo sabe y dice esto mientras lo sostiene a su lado de la mano. Hablar es un acto que no consiste en repetir ecolómicamente una palabra y el autismo da cuenta de ello. Hablar implica en primer término ocupar un lugar en una escena de representación y en segundo término hablar a un otro para otro. En el ejemplo clínico vemos que la madre ocupa el lugar del niño dándolo por inexistente. La madre en su deseo inscribe en el cuerpo del niño la marca de lo simbólico y el autismo muestra, por ausencia, lo que implica la relación con el otro. En el autismo está ausente el horizonte anticipado de una representación, de una alusión simbólica, de algo que cobre valor desdoblado para representar otra cosa. De ahí que el grito del niño no deviene llamado en la medida que el otro no responde.

Voy a desarrollar una viñeta clínica sobre la consulta que una madre hace para que su hijo, de cinco años de edad, ingrese a un Hospital de Día.

En la primera entrevista, al niño que llamaremos Javier, viene con su madre. Tiene una mirada ausente, su marcha es inestable (la madre lo tiene todo el tiempo en brazos), no manifiesta ningún tipo de angustia. Ya en el consultorio se ubica lejos y de espaldas a la madre. Por momentos se balancea sosteniéndose de un cubo que toma como al azar. Se golpea la cabeza contra la pared y grita, la madre lo alza sin mirarlo y sin hablarle diciéndome que eso es lo que hace todo el día, que no habla (sigue gritando). Le ofrezco objetos que los tira, lo invito a buscarlos, no responde. La madre lo baja. Me pongo a jugar con una pelota tirándola en el mismo sentido en que él tiró los cubos. Deja de gritar.

El relato de la viñeta clínica es a los efectos de situar a Javier dentro de la estructura familiar, las secuencias del tratamiento exceden el marco de este trabajo.

La constelación familiar en el momento del nacimiento de Javier

estaba constituida por la madre (Miriam), joven, huérfana de madre soltera y que a la edad de tres años fue dejada por ésta en un convento porque tenía cáncer y se iba a morir (tiene otros hermanos que fueron ubicados en diferentes lugares). Miriam agrega "recién se murió cuando yo tenía doce años". Permanece allí hasta la mayoría de edad con algunas de sus hermanas. Comenta que las monjas buscaban separarlas. Miriam conoce a Beatriz que es ocho años mayor que ella y vive con un hermano, Jorge. De Beatriz dice que es una mujer enferma, que le hicieron una histerectomía y que no podrá tener hijos. Comenta que ella le cayó muy bien a Beatriz para ser pareja de Jorge que tiene aproximadamente su edad. Jorge vive con su hermana desde que vino de una provincia del interior del país. Dice que cuando Beatriz le pidió que se instalara en la casa de ellos, Jorge huyó hacia la casa paterna, ella lo siguió y quedó embarazada y él le dijo que si abortaba él volvía a Buenos Aires con ella. Al poco tiempo queda embarazada de nuevo y Beatriz prácticamente "los obligó" a que siguieran adelante con el embarazo. Así nació Javier.

Para Miriam, Beatriz es como una madre. Cuando le pregunto qué sabe de su padre me mira sorprendida. Nunca habló sobre el tema ni con la madre, ni con los hermanos. En su lugar hace referencia a la inminente muerte de un vecino, un señor mayor con quien Javier se entienda. Piensa mandarlo a la provincia para que no vea que muere. Dice que cuando Javier vuelva, al no verlo, ella no va a tener que decirle nada porque no se va a dar cuenta de que murió. Elisión del otro en la visión y en la voz que hacen a la falta de la falta. Pero es interesante señalar que esto aparece en el momento en que le pregunto por su padre.

Para Jorge, su hermana mayor (Beatriz) siempre fue como una madre. Vive con ella desde la muerte del padre. Viviendo aún en su casa paterna había cortado relación con él porque era terrible en términos de autoridad, cuando murió repentinamente de un ataque al corazón, él no pudo acercarse.

A la consulta viene traído por las mujeres y dice "que no entiende nada de chicos". Para Beatriz, Jorge es un vago y un irresponsable que sólo se interesa por la pelota.

Beatriz, luego del nacimiento de

Javier, hace una pareja. Miriam se va a vivir con Javier a una pensión y Jorge circula de un lugar a otro. A Beatriz y su marido los une el espectáculo de la "irresponsabilidad" de Jorge y Miriam que no atienden al niño que ellos no pueden tener (Beatriz dice permanentemente que Javier con ella está mejor y que podría ser mejor madre para él porque ella pudo aprender de su propia madre).

A partir del momento de la consulta se dan una serie de actuaciones donde cada cual ejecuta lo que no ha de ser dicho, modo discursivo singular de la matriz del autismo. Miriam comenta que le parece que está embarazada y por momentos no concurre a la cita —se ausenta— y Beatriz trae al niño.

Observo que en el discurso de Miriam no hay lugar para Javier. Esto se expresa en el espacio del tratamiento. No se instala en una virtualidad transferencial, la demanda de tratamiento para su hijo. Se dan una sumatoria de actuaciones en las que la relación parece cortarse y volver a empezar cada vez. Como analista, no represento saber supuesto alguno en relación a que pareciera no demandar y por tanto, no suponer cambio alguno para su hijo. Para esta madre el niño no habla, no entiende y esta situación no tiene cambio. Más aún, no demandamos cambio alguno porque como ya vimos en el ejemplo clínico, en el no entender de su hijo ella se acopla para no tener que hablar sobre la muerte de un hombre que podría ser su padre o para darlo por muerto en vida. Ella desconecta a su hijo y se desconecta con él de aquello de lo que no quiere saber radicalmente. Respecto del nuevo embarazo del que habla a partir de la consulta, más que una afirmación de un nuevo hijo, hermano para Javier, es una sustitución de él mismo. Miriam dice que ella podría cuidar del niño sano y entregarle a Javier a Beatriz. Asimismo, la alianza con Jorge fue en el discurso de ella, sustitución de un otro lugar: "si abortás voy con vos a Buenos Aires" le dijo Jorge.

En el discurso, Miriam no puede abrir un nuevo espacio que represente a Javier y en ausencia de esta representación lo que se da es una sustitución. A diferencia de lo que suele ocurrir en primeras entrevistas con niños psicóticos en las que la madre despliega un fantasma de parto interminable o de pérdida de una parte de sí, se abre en el caso clínico que desarrollamos una ac-

tuación en relación a un fantasma de sustitución, de trasvasamiento. La madre imaginaría su completamiento fálico al margen de este niño que queda como lugar de lo que debe ser aislado. Esto se manifiesta además en que la tía empieza a jugar un rol protagónico, como si la madre le cediera su lugar. En un momento dado dice Miriam: "Beatriz está embarazada" a pesar de haber dicho que no puede tener hijos.

En relación al padre de Javier, observamos que se da en alianza con la madre una complementariedad en el sentido de no dar lugar alguno a Javier. Este encarna la inexistencia de la alianza por no ser reconocida. Ellos están unidos en la figura de Beatriz como madre universal y en este sentido el "tratamiento" que pareciera querer darle es cederlo en lugar de hacerse ellos presentes como padres. Pero no en el sentido de la adopción sino desde el padre en el sentido de pasar la pelota, de seguir siendo para su hermana/madre Beatriz, el niño irresponsable que sólo se interesa en jugar a la pelota y desde Miriam pareciera ser una compulsión en la que invirtiendo los términos vuelve a identificaciones muy primarias; a través de Javier ella vuelve a una madre (Beatriz) que acepta al hijo.

El lugar de Javier es efecto de la relación incestuosa de Jorge y Beatriz; esto queda expresado a nivel del discurso cuando Beatriz le dice a Javier respecto de Jorge: "llamalo tío Gruncho"

En una entrevista de los padres con el niño, Javier, de espaldas a ambos toma un trompo y lo hace girar. Se da la misma situación que en la entrevista con la madre, esto es, no le hablan ni juegan con él. Tampoco hablan de él, parecen no esperar nada ni demandar nada. En esta situación clínica, el padre dice (luego de hablar con Miriam todo el tiempo del posible embarazo) "es la primera vez que estamos juntos en un embarazo". Javier con su mirada ausente, con su desconexión, haciendo girar objetos y perdiéndose en ellos, responde masivamente a la ausencia de referencia de un Otro a partir del cual organizar significantes. Justamente en esta entrevista, Javier se dirige con un objeto al padre y le dice "tío".

Lo que el padre dice que podría tomar en la transferencia el carácter restitutivo (en el sentido de la rectificación del Otro de la psicosis), si lo hubiese ubicado a Javier como objeto en relación a la madre, ve-

mos que aquí tiene otro carácter. Justamente se escucha en esta entrevista la insistencia en la estructura, en el lugar del hijo como inexistente. El nuevo embarazo —en el discurso— anula al primero (el de Javier) que es lo que a su vez muestran en la relación con él. Hay un peso de lo real que sólo vuelve a lo real "concretizando" todo. Vemos, especialmente en Miriam, la imposibilidad de historizar. Por otro lado, el hecho de que Javier no lo nombre papá y lo nombre tío parece dar cuenta de algo que en la estructura quiere dar a luz. Por primera vez a través del "tío" Javier se ubica en referencia al otro. Esto da cuenta de un movimiento (en el sentido de correrse) que empieza a darse en este niño de la posición en la que no encontraba ninguna imagen en el Otro (no es una ecolalia). Pareciera ser que más allá de lo que los padres puedan soportar, significar en "eso" que el niño dice (y que todavía lo dan por inexistente en la medida que ni siquiera hay retorno persecutorio) ellos asisten a la oferta (no hay demanda) que un dispositivo analítico les hace ubicando a la analista en el lugar de ser testigo de ese significante nómada, que está errante en la estructura en exterioridad a todo sujeto. La analista toma nota, toma acta, de ese significante que empieza a circular de otra manera ■

Bibliografía

1. Aulagnier Piera, "La Violencia de la Interpretación" Amorrortu Editores, 1988.
2. Dimarco, Rubén Mario, "Un Padre, un autista". trabajo inédito presentado en las Jornadas "El Padre en la Clínica Lacaniana" organizadas por la Escuela Freudiana de Buenos Aires, 1991.
3. Favre, Aurora S., "Autismo y Destinos de Pulsión". Reunión Lacanoamericana de Psicoanálisis". Nueva Visión, 1989.
4. Freud, Sigmund, "Destinos de Pulsión". Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 1915.
5. Gomel Silvia K. "De Familia y Psicosis". Revista Argentina de Psiquiatría Vertex Nº 5, 1991.
6. Jerusalinsky, Alfredo, "Psicoanálisis del autismo". Ed. Nueva Visión, 1985.
7. Lacan, Jacques, "Notas sobre el niño". Analticon 3. Correo/Paradiso, 1983.
8. Lacan, Jacques, Seminario 3 "Las Psicosis". Paidós, 1984.
9. Maci, Guillermo, "La Otra Escena de lo Real". Nueva Visión, 1979.
10. Maci, Guillermo, "Destinos del no-yo". Seminario inédito organizado por la Fundación CISAM 1986.
11. Pankow, Gisela, "Estructura, Familia y Psicosis". Paidós, 1974.
12. Tustin Frances, "Autismo y Psicosis Infantil". Paidós, 1972.

Estudio de seguimiento de once casos de niños Autistas originalmente comunicados en 1943*

Leo Kanner

En 1971, L. Kanner publicó un trabajo científico en el que retomó las once observaciones de casos descritas en su artículo inicial de 1943 sobre el autismo. En ese escrito retomó textualmente las observaciones mencionadas, agregándoles todos los elementos conocidos sobre la evolución de esos niños (de 1943 a 1971). Aquí reproducimos solamente los datos de dicha evolución y el comentario final del artículo de 1971.

Caso Nº 1: Donald

(Las investigaciones sobre este caso fueron realizadas por la Srta. Bárbara Ashenden, Jefa de asistencia social del Hospital Johns Hopkins con el auspicio del Dr. Alejandro Rodríguez que actualmente se desempeña como Director de Clínica).

En 1929 los padres de Donald lo enviaron a vivir en una granja a unas diez millas de su domicilio. Cuando visité, en mayo de 1945, al matrimonio de granjeros que se ocupaban del niño, quedé estupefacta de su sabiduría. Habían logrado encontrar objetivos para las estereotipias de Donald: le hicieron utilizar su preocupación por las medidas pidiéndole que cavara un pozo del cual debía tomar la profundidad; cuando se puso a recoger animalitos y pájaros muertos le asignaron un lugar para hacer "un cementerio" y le hicieron poner marcas sobre las tumbas; sobre cada una de ellas él escribía un nombre, la especie del animal como apellido y luego el apellido del granjero, por ejemplo: "John Caracol Lewis. Naci-



do: fecha desconocida. Muerto: (fecha del día en el que encontró al animal). En una oportunidad en que comenzó a calcular interminablemente los surcos del trigo le hicieron contarlos a medida que los araba. Durante mi visita aró seis largos surcos y pude constatar su notable destreza para hacerlo y para dirigir al caballo. Era evidente que el Sr. y la Sra. Lewis lo amaban mucho y también que eran suaves pero firmes con Donald. El chico frecuentaba una escuela de campo en la que

realizaba progresos y no sufría rechazo por sus conductas bizarras. El resto de su historia está contenido en una carta de su madre, fechada el 6 de abril de 1970 "Don tiene actualmente 36 años es soltero y vive en casa con nosotros. Tuvo una crisis aguda de reumatismo en 1955. Felizmente no duró más que algunas semanas. Desde esa época se ha mantenido en perfecta salud física... Desde que aprobó sus estudios universitarios en 1958 trabaja como cajero en el banco local. No tiene nin-

*J. Autism. Schizophr., 1971, 1-2, 119-145

gún deseo de promoción y está contento como cajero. Recibe muy bien al público. Su distracción principal es el golf, al que juega 4 ó 5 veces por semana en el club local y en donde ha ganado seis trofeos en competencias para no profesionales. También se interesa por otros clubs; los Kiwanis (del cual fue presidente durante un trimestre) los Joycees, el Club de internaciones y es secretario de la escuela dominical en la iglesia presbiteriana... Es fiable, preciso y da pruebas de su originalidad publicando el programa de información de los Joycees; es de humor siempre parejo, pero sabe lo que quiere. Ya posee un segundo automóvil y ama su independencia. Su dormitorio tiene su televisor personal, su tocadiscos y muchos libros. En la universidad su tema principal era el francés y, en general, era muy dotado para los idiomas. Don juega bien al bridge, pero nunca comienza una partida. La falta de iniciativa parece ser su secuela más importante. Participa poco en las conversaciones y no muestra ningún interés por el sexo opuesto.

Aunque Don no sea completamente normal ha encontrado muy bien su lugar en la sociedad, mucho mejor de lo que esperábamos. Si él puede mantener ese status quo, yo creo que está suficientemente adaptado como para hacerse cargo de sí mismo (...)"

Caso Nº 2: Frédéric Creighton ("Wikky")

En setiembre de 1942, Frédéric fue inscripto en la Escuela Devereux y permaneció en ella hasta agosto de 1965. Un estrecho lazo fue mantenido entre dicha escuela y nuestra Clínica durante muchos años. En 1962 nos informaban "A sus 26 años Frédéric es un muchacho agradable y pasivo cuyo principal interés es la música. Sigue la rutina cotidiana y aunque vive sobre todo en su mundo personal también le gusta participar en las actividades de grupo que le interesan". Frédéric formaba parte del coro para la jornada de los padres y era responsable de los altoparlantes durante las fiestas

de carnaval. Pasaba solo los fines de semana en la ciudad y era autónomo para sus compras personales.

Wikky, que ahora se llama Creighton, vive con sus padres desde hace cinco años, actualmente tiene 34. Luego de salir de la escuela Devereux pasó un año con su familia en Puerto Rico adonde "aprendió mucho español organizándose un programa de estudios todas las tardes, durante 4 horas, con lecciones grabadas en discos". Luego la familia se mudó a Raleigh. Los padres informan lo siguiente: "Nos instalamos en una nueva casa y él participó verdaderamente. Conoce a los vecinos y a veces recuerda sus teléfonos. Lo hemos presentado en el Taller Protegido del condado y en el Centro de Aprendizaje Profesional. Le gustó, se hizo amigo de los docentes y ayudó a algunos de los compañeros más jóvenes. Jugó bowling con ellos logrando hacerlo muy bien. El taller lo ha propuesto para un trabajo rutinario en relación con máquinas duplicadoras". Desde el 25 de noviembre de 1968, trabaja todos los días en jornada completa en la oficina de la National Air Pollution Administration (HEW). Una carta de su Director con fecha del 29 de abril de 1970 dice lo siguiente: "Creighton es en todos los aspectos un empleado notable. Esto significa para mí fiable, serio, conciente y considerado con sus compañeros de trabajo. En todos esos dominios, Creighton se distingue".

Caso Nº 3: Richard

Luego de dos cambios de familia sustituta Richard fue colocado en una Escuela Especializada de su Estado (State School for Exceptional Children). Un informe con fecha del 23 de junio de 1954, dice: "La institución lo ha aceptado, esencialmente, como un caso de guardería; en consecuencia, ha sido ubicado en un grupo de pacientes similares a él".

Richard tiene actualmente 33 años. En 1965 fue transferido a otra institución del mismo Estado. Su Director Médico escribió en 1970: "En el momento de su admisión la

cantidad de tranquilizantes que recibía se acercaba a la dosis tóxica. Al cabo de 3 meses comenzó a tomar conciencia de su entorno, a alimentarse e ir al baño. Actualmente recibe como tratamiento 45 ml. de omazine tres veces por día. Reside en un pabellón destinado a pensionados de mayor edad y relativamente autónomos. Richard responde a su nombre y ejecuta consignas simples, existiendo una comunicación no verbal con el personal del pabellón. Sin embargo, se mantiene apartado y es imposible integrarlo en actividades estructuradas".

Caso Nº 4: Paul

Cuando la madre de Paul llegó a los Estados Unidos lo depositó en la casa de una mujer que dirigía una pequeña escuela para deficientes mentales. Lo retiró de allí en 1941 y escribió cartas muy cordiales a la Clínica, pero no vino a las entrevistas que fijamos conjuntamente. En ese mismo año de 1941 consultó al Dr. W. Klingman y en 1943 a otro médico, el Dr. S. Orton. La madre solicitó la admisión de Paul a la Escuela Devereux en 1945 y luego decidió que no era conveniente enviarlo a ella. Allí se agotan las huellas. Desde entonces no se ha podido ubicar ni a la madre ni al niño.

Caso Nº 5: Bárbara

Bárbara fue admitida en la Escuela Devereux en el verano de 1942 y asistió a ella hasta junio de 1952, fecha en la que pasó al Hospital del Estado de Springfield (Maryland), en donde está aún internada. Actualmente tiene 37 años. Una nota del 8 de octubre de 1970 redactada por el médico del pabellón (que es una mujer) dice lo siguiente: "Bárbara ha conservado la sonrisa estereotipada, la expresión y la voz de una nenita que repite palabras como un loro. Cada vez que entro al pabellón me saluda así: Doctor ¿sabés que un día yo te dí una bofetada?. Generalmente se me aproxima y me sigue de muy cerca hasta mi despacho... Bárbara continúa presentando una ausencia completa de producción de frases espontáneas y

las palabras que pronuncia son repetidas interminablemente, siempre con la misma entonación. Su espíritu permanece fijado a los mismos temas, que varían levemente según la persona con la que se comunica. Por otro lado es inmadura, impulsiva y sujeta a accesos de cólera en el curso de los cuales da patadas en el suelo, llora ruidosamente y molesta a los otros pacientes. Su memoria está completamente intacta, le gusta tararear algunas melodías en forma monótona y cuando tiene ganas toca en el piano algunos temas muy conocidos".

Caso Nº 6: Virginia

Virginia cumplirá 40 años en septiembre. Ha sido transferida al Hospital de Estado Henryton. Según un informe de ese establecimiento, con fecha 2 de noviembre de 1970, "participa en un programa para adultos deficientes mentales y su centro de reeducación primaria es la Sección de Economía Doméstica. No es sorda y puede seguir instrucciones y directivas, conoce los colores, puede leer la hora, y hacer sus necesidades y asearse aunque siempre siguiendo indicaciones de los monitores. A Virginia le gusta armar rompecabezas y lo hace muy bien, preferentemente cuando está sola. Sabe planchar la ropa. Si bien no habla, y utiliza solamente ruidos y gestos, parece comprender cuando uno se dirige a ella. Prefiere más bien aislarse que asociarse con otros pensionados".

Caso Nº 7: Herbert

Después de una corta estadía en el Hogar Emma Pendleton Bradley en Rhode Island seguido por otro en Twin Maples ("una escuela de adaptación para niños-problema") en Baltimore, su madre lo ubicó en la casa de los Sres. Moreland, granjeros de Maryland. Desde el inicio Herbert pareció sentirse feliz en su nuevo hogar. Seguía y ayudaba al granjero en sus actividades "haciendo cosas en la granja". La Sra. Moreland informaba lo siguiente en 1950: "Conoce bien el camino alrededor de nuestra propiedad, pudiendo recorrer kilómetros y volver

sin perderse. Ha aprendido a cortar madera, utiliza la cortadora de pasto a motor, rastrilla el césped, pone la mesa y en sus momentos de ocio arma rompecabezas. Es un niño dócil y amable. A veces se trastorna si hay un cambio brusco en algo que estaba previsto... Cuando su madre viene a visitarlo se absorbe en alguna actividad y no acude a verla". Luego del fallecimiento del Sr. Moreland su viuda abrió un hogar geriátrico y Herbert se quedó con ella, acompañando a los ancianos en sus paseos, distribuyendo las bandejas de comida en los cuartos y otros quehaceres, pero nunca habló. Su madre ejerció como médico en un servicio público de Maryland y luego pasó varios años (1953-1958) en Irak y Grecia. A su retorno se instaló en Atlanta, Georgia. Murió en 1965. Herbert cuenta actualmente 33 años. Su padre escribió lo siguiente el 5 de enero de 1971: "Vive siempre con la gente de Maryland. No lo he visto desde hace muchos años, pero me han informado que no ha cambiado. Adora armar rompecabezas, más que cualquier otra cosa y lo logra con una notable habilidad".

Una carta de la madre de Herbert escrita poco antes de su muerte contenía esta queja "Nuestro matrimonio parece haber producido tres hijos afectivamente enfermos. Dorothy, luego de un casamiento desastroso, está en casa con su hijita y trata de salir de esa situación trabajando medio turno como enfermera en el hospital local. Dave está en la costa oeste y me cuesta 450 dólares por mes de tratamiento psiquiátrico intensivo".

Dorothy es la curadora de Herbert.

Caso Nº 8: Herbert

La visita de junio de 1941 fue el último contacto de Alfred con la Clínica. Su madre comenzó a hacerle hacer la ronda de escuelas y de hospitales sin informar a las instituciones consultadas de los exámenes practicados con anterioridad y retirándolo de cada una de ellas sin decir cuál era el siguiente trámite que tenía previsto. Tenemos evidencias

de que fue a la Escuela Anderson en Stratsbourg -on- Hudson, N.Y. (1948-1950); al Hogar Taylor en Elliott City, Md. (de julio a octubre de 1954) y al Hospital de Filadelfia al Servicio de Enfermedades Mentales y Nerviosas (del 3 de Marzo al 20 de abril de 1955). En un cierto momento entre esas dos internaciones Alfred fue medicado con thoracina. Por fin quedó concurriendo a una "escuela para niños con el cerebro dañado" fundada por su madre en 1954.

Alfred tiene actualmente 38 años. Según lo que se ha podido saber seguiría concurriendo "a la escuela de su madre". En Sheppard Pratt, así como en el Hospital de Filadelfia, el paciente se interesó mucho en los materiales de terapia ocupacional sirviéndose bien de ellos. Cada vez que se le informó a la madre de esas actividades, decidió retirarlo de los respectivos establecimientos.

Caso Nº 9: Charles

Charles fue ubicado en la Escuela Devereux el 10 de febrero de 1943. Fue retirado de allí a comienzos del año 1944 y pasó 3 meses (de marzo a junio) en el Hospital de Bellevue; el 22 de junio de 1944 fue admitido en el Hospital del Estado de New Jersey, en Marlboro, y transferido luego sucesivamente al Centro de tratamiento para niños Arthur Brisbane el 1 de Noviembre de 1946; al Hospital del Condado Atlántico el 1 de Febrero de 1951 y al Hospital del Estado en Ancora el 14 de octubre de 1955, adonde permanece en la actualidad. Tiene 32 años y es interno de los Hospitales del Estado desde la edad de 5 años y 10 meses. En los casos en que nuestras encuestas fueron respondidas obtuvimos vagas informaciones generales consignando un deterioro continuo. Una nota de Diciembre de 1953 decía algo sobre "una psicoterapia intensiva". La última recibida el 23 de diciembre de 1970 decía: "El paciente es completamente imprevisible en su comportamiento, posee un vocabulario reducido y pasa la mayor parte del tiempo contando para sí mismo. Lo tenemos bajo vigilancia

estricta y requiere una hospitalización por tiempo ilimitado".

Caso Nº 10: John

Luego de haber frecuentado un Jardín de infantes privado, John fue admitido en la Escuela Devereux (1945-1949), y después sucesivamente en Woods Schools, Children's House (junio de 1950), Town and Country School en Washington D. C. y en 1956 una encuesta que enviamos fue respondida desde el Hospital de Georgetown.

La Dra. Hilde Bruch que lo examinó en 1953 subrayó "Su expresión emocional exuberante sin profundidad ni cambios, que desaparecía instantáneamente en el momento que la otra persona se desinteresaba de él".

John murió subitamente en 1966 a la edad de 29 años.

Caso Nº 11: Elaine

El 7 de Setiembre de 1950, Elaine fue admitida en la escuela del Estado de Lechworth Village, N. Y. Durante su estadía se mostró "distraída y agresiva; hablaba en forma deshilvanada y desprovista de afectividad; corría desnuda por los pasillos, dispersaba los muebles; se golpeaba la cabeza contra las paredes y en ciertos episodios pegaba y gritaba. Imitaba los ruidos de diversos animales y aunque disponía de un vocabulario muy amplio no podía sostener una conversación sobre un tema dado. El EEG no reveló ninguna anomalía precisa". En los tests obtuvo un QI de 83. El 28 de febrero de 1951 fue transferida al Hospital del Estado de Huston River adonde aún permanece. Un informe de fecha 25 de septiembre de 1970 dice lo siguiente: "Elaine se levanta cada mañana, come y duerme bien y es autónoma y prolija en su aseo personal. Su alocución es lenta y a veces inaudible, tiene manierismos, el contacto con ella es mediocre, está relativamente orientada y no puede sostener conversaciones como no versen sobre sus necesidades inmediatas. Se muestra extremadamente perturbada si las cosas no se dan como ella lo desea y entonces grita, se da puñetazos en el pecho y se golpea la cabeza contra las paredes. En sus momentos de lucidez, por el contrario, es cooperadora, agradable y afectuosa, pero inmadura. A veces presenta crisis de epilepsia de tipo gran mal por lo cual recibe medicamentos anticomiciales y tranquilizantes. Su estado físico general es

satisfactorio". Actualmente tiene 39 años.

(...)

Comentario

Tal ha sido la suerte de los once niños, cuyos comportamientos en la primera infancia se parecían tanto, que sugerían la delimitación de un síndrome específico. Los resultados de este seguimiento a lo largo de casi 30 años no se prestan a consideraciones estadísticas debido a lo reducido de la muestra. Sin embargo, invita a interrogarnos seriamente sobre el abanico de evoluciones que van desde el deterioro completo hasta una adaptación profesional asociada a una adaptación social, limitada, pero superficialmente buena.

Uno no puede impedirse el pensar que la admisión en un Hospital del Estado fue equivalente a una sentencia de por vida que se acompañó de la desaparición de las extraordinarias hazañas de memoria; del abandono del combate anterior, patológico pero activo, por el mantenimiento de la presencia (sameness); de la pérdida del interés por los objetos, a lo que se agrega una relación fundamentalmente pobre con las personas; en otras palabras, un repliegue completo en lo "casi nada". Se hizo entrar a esos niños en instituciones en las que estaban, sea agrupados con pacientes de su edad pero severamente deficitarios, sea en compañía de adultos psicóticos, siendo dos de ellos trasladados de un tipo al otro de institución en razón de su edad. Un Director médico fue lo suficientemente realista como para reconocer que había aceptado a uno de los pacientes solo para oficiar "como guardería". Debemos decir, sin embargo, que recientemente algunos raros Hospitales de Estado han logrado abrir unidades aparte para los niños, proveyéndolas de personal correctamente formado y con orientación terapéutica. La pregunta que se plantea, entonces, es la de saber si esos niños habrían conocido un destino mejor en un ambiente diferente o si Donald y Frederic, el cajero de banco y el operador de máquinas duplicadoras, hubieran compartido la funesta suerte de Richard y de Charles de haber sido internados en un Hospital de Estado. Aunque todo deja pensar que una respuesta afirmativa sería la correcta tampoco podemos impedirnos pensar si otro elemento, actualmente imposible de determinar, no podría tener una influencia

sobre el destino de los niños autistas. Es bien conocido en Medicina que todas las enfermedades pueden aparecer con diferentes grados de severidad, desde la forma llamada frustra hasta el cuadro más florido. ¿Podía aplicarse eso al autismo infantil? Luego de una historia de cerca de 30 años y muchos esfuerzos sinceros, nadie ha podido aun encontrar un entorno terapéutico, un método, un medicamento que haya aportado, a todos los niños autistas a los que se les haya administrado tales tratamientos, resultados durables y una mejoría idéntica o similar. ¿Cuál es la explicación de todas esas diferencias? ¿Existen signos que permitan prever el porvenir de esos niños?

De todas maneras, hay razones para pensar que ciertas respuestas a esas preguntas parecen muy próximas. Las exploraciones bioquímicas, seguidas muy activamente desde hace poco tiempo, podrían abrir nuevas perspectivas sobre la naturaleza fundamental del síndrome autista. Existe además una tendencia creciente a abordar el problema en colaboración pluridisciplinaria. Las investigaciones genéticas recién comienzan; las experiencias etológicas pueden desembocar en ideas novedosas; los padres comienzan a ser considerados desde un punto de vista mutuo, más bien que como personas fijadas en uno de los extremos de la bipolaridad padres-niño; ellos han sido incluidos tardíamente en los esfuerzos terapéuticos, ya no más como culpables etiológicos, ni como simples receptáculos de prescripciones médicas y reglas de comportamiento, sino como reales co-terapeutas.

Este seguimiento de 30 años no indica otros progresos concretos desde la época de la comunicación inicial si no un mayor refinamiento en los criterios diagnósticos. Ha habido un fárrago de teorías, de hipótesis, de especulaciones y de múltiples y valientes ensayos bien intencionados por mejorar los trastornos propios del autismo infantil. Todos ellos esperan una evaluación final. Está entonces, completamente justificado el esperar que el próximo seguimiento de grupos de niños autistas, por un período de 20 o 30 años, estará en condiciones de presentar un informe de conocimientos fácticos novedosos, así como un material que desemboque en un pronóstico más optimista que el que presentamos aquí ■

Autismo Infantil

Héctor A. Waisburg*

Las descripciones clínicas iniciales del autismo infantil son delineadas a partir del campo de la psiquiatría infantil y obtienen el encuadre apropiado en 1943 cuando Kanner inaugura la historia moderna de las psicosis infantiles y delimita el *Autismo Infantil Precoz*(6).

Aspectos biomédicos controvertidos en el autismo infantil

Todo esfuerzo por desarrollar un modelo integrado en el autismo está frustrado por la ausencia de bases claras anatómicas, fisiológicas o neuroquímicas que expliquen la sintomatología de ese síndrome. En realidad la literatura demostró una plétora de anomalías diversas, descriptas en distintos sistemas y funciones, asociadas a diversos agentes etiológicos potenciales, pero ninguna ha demostrado ser única o patognomónica del autismo, es decir, que todas estas "desviaciones" no tienen *especificidad ni selectividad*.

*Neurólogo infantil. Jefe de las Clínicas Interdisciplinarias y del Área de Maduración y Desarrollo Hosp. "J. P. Garrahan". Larrea 1474, P. B. "B", Capital Federal, Tel.: 806-4187



diagnóstica del 20,6% y en el segundo del 46,6%. Es decir, que a la heterogeneidad clínica se debe agregar la "variabilidad" en los criterios diagnósticos médicos.

Hay otro problema persistente, que es el de identificar aquellos *síntomas que son primarios*, es decir que están directamente relacionados con mecanismos biológicos disfuncionales y patognomónicos de este síndrome, con aquellos *síntomas secundarios* y variablemente asociados al autistas. Por ejemplo: Rutter, Bortek y Newman consideran al autismo "como un trastorno primario de competencia lingüística"; Ornitz lo conceptualizó como una "falla primaria en la codificación de los impulsos sensoriales aferentes" y Kanner (6) lo

consideró "un error congénito del proceso de integración social". Desde un punto de vista de la investigación clínica y en búsqueda de coherencia, el criterio actual en el DSM-III aumenta la heterogeneidad clínica, a costa de lograr una mejoría en el diagnóstico. El DSM-III utiliza 5 criterios amplios:

a. Comienzo del cuadro conductual antes de los 30 meses.

consideró "un error congénito del proceso de integración social".

Desde un punto de vista de la investigación clínica y en búsqueda de coherencia, el criterio actual en el DSM-III aumenta la heterogeneidad clínica, a costa de lograr una mejoría en el diagnóstico. El DSM-III utiliza 5 criterios amplios:

a. Comienzo del cuadro conductual antes de los 30 meses.

b. Persistencia en no responder adecuadamente al estímulo proveniente del humano.

-c. Groseras dificultades en el desarrollo lingüístico.

d. Modelos bizarros de lenguaje expresivo.

e. Respuestas bizarras a los estímulos ambientales.

Desde el punto de vista biológico se ha intentado unificar las distintas causas etiológicas, a través de un mecanismo común fisiopatológico. En este sentido se han utilizado los siguientes abordajes:

a. Neuroanatómicos.

b. Neuroquímicos.

c. Genéticos.

d. Trastornos del desarrollo o dominancia cerebral

a. Abordaje

Neuroanatómico

En este modelo se pone énfasis en la localización de áreas corticales cuya disfunción sea responsable de síntomas y signos que pueden observarse en pacientes autistas. Esta sintomatología ya ha sido descrita en trastornos neurológicos específicos, realizándose sólo una "transferencia conceptual" de estas disfunciones al autismo.

Así en el autista, el *lóbulo frontal* adquiere interés por su contribución a la *modulación de las emociones* y a la *integración* de procesos corticales que se requieren para la formación de la *memoria*. Los *lóbulos temporales* son importantes en el desarrollo de las *habilidades lingüísticas* y en las condiciones *sociales y emocionales*. El *hipotálamo* es una colección de áreas funcionales que regulan los sistemas hormonales, el sistema nervioso autónomo y ciertas conductas motivacionales tales como las alimentarias y sexuales.

Los ganglios de la base (putamen, globus pallidus y caudado) constituyen un grupo de neuronas que integran información cortical y subcortical y que regulan específicamente al movimiento motor.

En los cuadros 3, 4 y 5 se descri-

Cuadro 1 Autismo

- Trastornos de la interacción social
- Disturbios de la comunicación verbal y no verbal
- Conductas compulsivas y rituales
- Trastornos de la conducta motriz
- Respuesta anormal a los estímulos sensoriales
- Trastornos del lenguaje
- Trastornos de la atención
- Funciones cognitivas alteradas
- Manifestaciones psicoafectivas anormales
- Comienzo antes de los 3 años de edad

Cuadro 2 Trastornos de las funciones corticales superiores en la infancia

- Trastornos de la ejecución motora
- Trastornos del esquema corporal
- Dificultades visuo-perceptuales
- Trastornos del procesamiento central auditivo
- Déficit atencionales
- Trastornos del lenguaje
- Trastornos del aprendizaje
- Autismo
- Deficiencia mental

Cuadro 4 Autismo Trastornos de la comunicación

- Depende del momento evolutivo del paciente y de la severidad del cuadro clínico
- Es un factor pronóstico
- Mutismo
- Ecolalia: clásica o inmediata;
Retrasada
- Lenguaje anormal: cantidad, contenido y estructura gramatical
- Comprensión auditiva pobre
- Defectos de la comunicación no verbal (gestos, expresión, postura)

Hipótesis

Simula síndromes con mutismo o inhibición relativa del lenguaje (Lesión de los aspectos mesiales de ambos lóbulos temporales y frontales (Áreas suplementarias) y conexión con los ganglios basales)

Cuadro 3
Autismo
Trastornos motrices

- Alteraciones de la conducta motora:
 - Distonía (pies, manos, dedos, musculatura proximal)
 - Bradiquinesia
 - Hiperquinesia
- Disquinesias involuntarias:
 - Tipo corea, tics, movimientos rítmicos, aleteos
- Hipotonía - Rigidez
- Postura y marcha anormales
- Aquinesia: Dificultad de resolver dos actividades motoras en forma simultánea
- Parálisis facial asimétrica emocional

Hipótesis de la posible disfunción cortical

Disfunción de los ganglios basales y sus conexiones con los lóbulos frontales / Aspecto mesial

Cuadro 5
Autismo
Vulnerabilidad del sistema límbico

- Mayor susceptibilidad a la anoxia, a la hipoglucemia, a la infección viral (herpes simplex)
- Tipo de vascularización
- Susceptibilidad a los efectos de la herniación del tentorio
- Bajo umbral convulsivo, rápida propagación de la descarga epiléptica
- Propiedades bioquímicas: ritmo elevado de síntesis proteica, alto contenido de proteínas portadoras de Zinc, altas concentraciones de serotonina, etc.
- Datos experimentales

Resección bilateral de la porción mesial de ambos lóbulos temporales

Hiperquinesia, trastornos de la integración social.
Conducta exploratoria anormal
Trastornos de la memoria

Resección bilateral del hipocampo

Conducta motora estereotipada
Hiperactividad. Respuesta anormal al estímulo nuevo

Lesión bilateral del núcleo amigdalino

Pérdida de la noción de miedo o temor. Exploración indiscriminada de objetos
Introversión. Imposibilidad de nuevos aprendizajes

ben los correlatos hipotéticos entre áreas corticales conductuales de los pacientes autistas.

b. Abordaje Neuroquímico

Al igual que en la investigación biológica de otros trastornos psiquiátricos, las anomalías en los neurotransmisores y sus metabolitos han sido descritas en el autismo.

La *actividad serotoninica* cerebral estaría en relación a la modulación primaria de varios sistemas funcionales normales tales como los afectados al sueño, la temperatura corporal y la percepción sensorial.

Aunque elevaciones de los *niveles de serotonina* han sido documentadas en pacientes autistas, no se ha establecido una significación específica ni fisiopatológica para el autismo, pero permanece la necesidad de caracterizar a los pacientes autistas con niveles bajos o elevados de serotonina, como asimismo poder determinar el perfil de aquellos pacientes que tienen hiperserotonemia y niveles bajos del ácido *5-hidroxy-indolacético (5-HIAA)*, que es el principal metabolito de la serotonina. En esta línea de pensamiento, Ritvo ha intentado tratar a pacientes autistas con fenfluramine, (que se describe como una droga que disminuye la concentración de la serotonina cerebral), con resultados controvertidos.

La *dopamina* tendría su influencia en el control motor, la actividad cognitiva, la motivación y la conducta atencional. Las determinaciones de los niveles séricos de dopamina, sin embargo, han demostrado que no hay relación con las características del funcionamiento del sistema nervioso central. Los niveles en LCR del Acido Homovanílico (HVA, principal metabolito de la dopamina) no son diferentes entre niños normales y autistas; pero se ha descrito que niveles elevados de HVA se correlacionan con mayor disturbio de la actividad motriz.

Recientemente se ha descrito

(12) en pacientes autistas la presencia de *anticuerpos para la serotonina* (niños normales, 0 de 13 controles; en niños autistas, 7 de 13 pacientes). Esto orientaría hacia una enfermedad autoinmune o secundaria a deterioro neuronal.

Otro hecho que correlaciona los síntomas autistas con trastornos bioquímicos, es la descripción de pacientes con *trastornos del metabolismo de las purinas* (Nyham, 1969, Becker, 1980).

Asimismo, se ha descrito el rol que cumplirían las alteraciones en la producción de opiáceos endógenos en el autista. Se ha documentado una reducción significativa de los niveles séricos de *endorfinas* en niños autistas; así Weizman (13) postula que el déficit de la actividad de endorfinas puede sustentar la respuesta exagerada de estos pacientes al estímulo sensorial (luz, dolor o sonidos), las reacciones catastróficas al cambio, la ansiedad, la labilidad cognitiva y los trastornos perceptuales.

c. Abordaje Genético

El abordaje genético busca la identificación de factores hereditarios para "algunos" aspectos del síndrome. Se utilizan estrategias tales como investigación de la historia familiar, estudios de gemelos y otros estudios de hermanos, como así también la búsqueda de la "fragilidad del X" y otros estudios cromosómicos.

Los estudios de gemelos, revelan y sugieren una transmisión genética del autismo, en especial para los componentes lingüísticos y cognitivos de la enfermedad. Se documentó una concordancia del 95,7% para gemelos monozigotos y sólo del 23,5% para los dizigotos (Ritvo, 1985) y podrían sugerir la posibilidad (a través de estudios de segregación) de una herencia autosómica recesiva.

Se ha descrito que el 18,5% de los pacientes con fragilidad del cromosoma X en posición Xg27, pre-

sentaban evidencias de autismo siguiendo los criterios de Rutter (2). Estudios epidemiológicos subsiguientes confirmaron esta incidencia. Por ende, esta relación no es casual.

d. Trastornos del desarrollo, dominancia cerebral y/o alteraciones de la activación ascendente y su influencia en los hemisferios cerebrales.

Las teorías del desarrollo consideran que en estadios muy precoces de la maduración existen asimetrías en los niveles de especialización hemisférica, y se considera que el equilibrio entre el funcionamiento de los hemisferios izquierdo y derecho se alteraría precozmente, y que el hemisferio derecho perdería la acción inhibitoria del hemisferio izquierdo (5). Primariamente se considera al autismo como expresión de una disfunción primaria y precoz de la especialización y dominancia del hemisferio izquierdo (10).

El cuadro sintomatológico del autismo primario se presenta con la combinación variable de las siguientes manifestaciones clínicas (Cuadro 1):

1. Trastornos de la Interacción Social.
2. Disturbios de la comunicación verbal y no verbal.
3. Presencia de conductas compulsivas y rituales.
4. Trastornos de la conducta motriz.
5. Alteraciones de las funciones cognitivas.
6. Respuestas anormales a los estímulos sensoriales.
7. Anomalías en la evolución del lenguaje.
8. alteraciones psicoafectivas anormales.
9. Trastorno de la atención.

Clancy y col. (4) describen una escala con 14 criterios diagnósticos en el autismo infantil:

1. *Severa dificultad para compartir o asociarse en el juego con otros niños.* El niño autista no juega, es indiferente a los pares y a los juguetes y si se lo fuerza a compartir socialmente, regresa a una actitud solitaria, a través de un reforzamiento de sus estereotipias o puede reaccionar con angustia extrema, rabieta o fenómenos de auto y heteroagresión.

2. *Actúan como si fueran sordos.* Hay una marcada atención a sonidos autoinducidos, ausencia de respuesta a ruidos intensos y al llamado de su propio nombre e hiperactividad ante ciertas melodías.

3. *Se resisten a todo tipo de aprendizaje.*

4. *Poca noción del peligro.*

5. *Comportamiento rutinario, con pocas posibilidades de cambio (ritos).*

6. *Indican sus deseos y necesidades preferentemente a través de gestos o movimientos estereotipados corporales.* Estas conductas motrices anormales son frecuentes y variadas y se deben interpretar más como expresión de su aislamiento o como reacción a ella; sería un mecanismo compensatorio de autoestimulación o autoatención ante la imposibilidad de contactar al ambiente que lo rodea. Se observan: a) Perturbaciones del Tono Muscular (hipotonía, distonías y paratonías posturales); b) Esterotipias Motrices (Movimientos de manos, y dedos, labios y lengua, marcha en puntas de pie, balanceo corporal, aleteo de miembros superiores, giro corporal, etc.).

7. *Risas inmotivadas y comunicación lingüística peculiar e inadecuada.* A veces el niño tiene ausencia completa del lenguaje o bien utiliza ruidos extraños y estereotipados, rechinar de dientes, etc. En ciertas situaciones, el paciente adquiere palabras aisladas que luego deja de utilizar o bien adquiere en forma mecánica un lenguaje anárquico entre los 4 y 5 años utilizando sólo grupos de palabras. Es frecuente la observación de ecolalias o la memorización de frases estereotipadas o canciones y la incorporación de información no es utilizada

par la comunicación social. En general no incorpora el "yo" en su discurso verbal y se refiere en tercera persona.

8. *Frialdad afectiva y escaso contacto corporal.* La detección precoz de este dato es de suma importancia, pues durante el primer año de vida, las madres describen a estos niños como bebés particularmente tranquilos, poco demandantes que pueden permanecer en sus cunas sin exigir la presencia materna y son indiferentes al acercamiento humano. Es decir, en este período, hay dos índices clínicos que deben "alertar" hacia este modelo conductual:

- a) Ausencia de sonrisa social (3 meses) y
- b) Ausencia de la angustia ante la desesperación de la madre y ante el extraño (8-9 meses).

9. *Hiperquinesia, actividad exagerada y repetitiva.*

10. *Rehuyen a la mirada directa.* Es una mirada vacía, ausente, no fijando su visión en el ser humano, se puede notar que el niño tiene una vigilancia extrema pero sin hacerlo evidente, mira de costado o cuando no se siente observado. Hay prolongada observación de manos y objetos y atención a los cambios alternantes de la luz.

11. *Identificación y proyección exagerada sobre uno o varios objetos.* Su único interés suelen ser objetos inanimados y bizarros: duros, mecánicos, de formas complejas, trozos o desperdicios (ruedas, un piolín, los picaportes de las puertas, objetos que giran, etc.)

12. *Gran atracción por objetos giratorios.*

13. *Uso de juegos excéntricos, prolongados o repetitivos.* Utiliza los objetos de la misma manera que a las personas: en forma parcial, extraña, no simbólica y manipulándolos en forma repetitiva por horas y días. Se puede diferenciar claramente de las características afectivas que unen al niño normal con su objeto transicional.

Capute y colab. estiman que el

diagnóstico puede hacerse siempre que se den en un niño de siete o más de dichos criterios.(3)

Cuando el neuropediatra se enfrenta con el desafío diagnóstico del *autismo infantil* tiene presente una serie de afirmaciones en relación a esta entidad clínica que le son útiles en el manejo del paciente y su familia y debe cotejarlas con las observaciones realizadas por otros profesionales. Estas afirmaciones son:

1. El autismo no es una *enfermedad* sino un *síndrome*, es decir una asociación variable de síntomas anormales conductuales;

2. Tiene múltiples etiologías (multicausalidad);

3. Debe ser considerado como "*un trastorno temprano del desarrollo*" y por ende ingresar en el diagnóstico diferencial de los trastornos de las Funciones Corticales Superiores (Cuadro 2);

4. Es el resultado de un *Encefalopatía* de tipo y localización no clara aún;

5. Los factores ambientales *no* lo causan pero pueden influenciar y modificar su evolución y pronóstico;

6. Se presenta con una amplia variabilidad en el grado de severidad y de síntomas y

7. Tiene una evolución crónica.

Los síntomas autistas tienen un amplio espectro de presentación, pero en la práctica diaria la primera línea de consideración es diferenciar el "autismo precoz o primario" de las "reacciones autistas o autismo secundario".

Hay una serie de conductas atípicas de desconexión en niños ("rasgos autistas o autismo secundario") que se observan en ciertas situaciones como ser:

- en niños pequeños que han sido sometidos a separaciones prolongadas de sus progenitores por diferentes causas y en los que el contacto afectivo primario ha sido escaso (asilos, hospitalismo, cuadros de deprivación sensorial, etc.);

- en niños con déficit sensoriales (ceguera, sordera), con diagnósticos tardíos, mal manejo y rechazo de la problemática por parte de la familia y/o ausencia de intervenciones terapéuticas tempranas y

- en niños con retardos mentales con una clara historia de injuria neurológica temprana y signos clínicos y/o marcadores biológicos de organicidad que desarrollan conductas atípicas de desconexión semejantes a un autismo primario.

Asimismo cuando existe sospecha de autismo, el profesional médico está obligado a descartar:

- Retardo mental como cuadro clínico primario

- Sordera

- Síndrome afásico-disfásico de la infancia

El *Retardo Mental* en relación al autismo primario se caracteriza por las siguientes diferencias:

- Hay una historia previa correlacionable con injuria neurológica.

- El examen neurológico aporta datos inequívocos de compromiso cerebral, ej.: espasticidad, microcefalia, dismorfias en el fenotipo, etc.

- El déficit es global, homogéneo y de evolución armónica.

- En lo conductual, hay evidencias que lo diferencian del autismo:

- a. El contacto y la respuesta afectiva a los seres humanos y objetos inanimados están conservados.

- b. Acepta la presencia de personas y del contacto físico.

- c. No es solitario, busca compañía.

- d. No se enfada con cambios del entorno.

- e. La actitud lúdica puede ser inmadura o elemental, pero no es atípica, bizarra o ritual.

- f. El lenguaje puede ser pobre pero útil para la comunicación.

Se debe sospechar una *sordera* en aquellos niños que presentan los siguientes criterios de alarma:

1. historia familiar de hipoacusia,
2. infección prenatal,

3. malformaciones cráneo-faciales,
4. peso de nacimiento < de 1500 grs.,
5. hiperbilirrubinemia del recién nacido,
6. antecedente de meningitis bacteriana y
7. asfixia severa neonatal.

El estudio de los Potenciales Evocados Auditivos del tronco cerebral permite un diagnóstico precoz.

Vale la pena mencionar y puntualizar que niños *normales* pueden presentar en su maduración, diversos grados de autoestimulación, retrasos lingüísticos y evidencias de aislamiento social como fenómenos transitorios y reactivos.

El síndrome autista considerado como la asociación de síntomas conductuales atípicos obedece a múltiples etiologías pero a través de un mecanismo fisiopatológico anatómico funcional común; en esta línea de pensamiento Ornitz y col. han descrito una serie de condiciones patológicas diversas, que con frecuencia se asocian a síntomas autistas, ej.: Síndrome de Down, Encefalopatía Rubeólica, Infección intrauterina por Citomegalovirus, Índice de Apgar bajo, Asfixia neonatal, Síndrome de West, Microcefalia, Hiperbilirrubinemia, Fenilcetonuria, Enfermedad de Addison, Esclerosis Tuberosa, Encefalitis Herpética, etc. (8)

Es por ello que en todo paciente con evidencias de un perfil conductual que se correlacione con autismo, se requiere un plan de estudios para descartar en especial aquellas enfermedades específicas que inicialmente puedan presentarse como un autismo aislado (ej.: Fenilcetonuria, Síndrome de Rett en sus estadios iniciales, Esclerosis Tuberosa y Fragilidad del Cromosoma X, tal como los describe Gillberg, 1987). (Cuadro 6)

Este modelo, evoca una de las disyuntivas más fascinantes del pensamiento médico, que es la posibilidad de conocer y comprender

Cuadro 6 Autismo

- Historia clínica:
 - Datos vitales madurativos
 - Historia pre, peri y postnatal inmediata
 - Factores de riesgo: psicológicos, neurológicos psicoambientales, etc.
- Examen físico:
 - Características fenotípicas
 - Signos neurológicos focales
 - Alteraciones en la piel, fondo de ojo
 - Macrocefalia, Microcefalia, etc
- EEG
- Potenciales evocados auditivos y visuales p 300
- Estudio cromosómico: fragilidad del cromosoma X. etc.
- Edad ósea
- Tomografía computada cerebral o
- Resonancia magnética nuclear

Diagnóstico diferencial

- Síndrome autista vs. rasgos autistas
- Retardo mental
- Trastorno sensorial
- Afasia-disfasia de desarrollo

Cuadro 7 Autismo

Niveles de observación psicobiológicas

Observación	Teoría
Estudios psicoanalíticos y familiares	I Conceptos psicodinámicos
Descripción experimental y observación de la conducta	II. Construcciones psicológicas
EEG y potenciales evocados	III. Neurofisiología sistémica
Observaciones anatómicas	IV. Neurobiología celular
Estudios bioquímicos Datos citogenéticos	V. Biología molecular

los "mecanismos neurales" que subyacen a la sintomatología clínica de la enfermedad psiquiátrica.

A pesar de que las teorías psicodinámicas y biológicas han avanzado en explicar las causas y las manifestaciones psicológicas de la enfermedad psicótica, por momentos tienen bases empíricas y conceptualmente distantes y contrapuestas.

La síntesis conjuntamente mediada por el *genoma y el ambiente*, ocurre a nivel *celular* sin tener en cuenta si la influencia representa la expresión de una causa psicológica o una causa biológica obvia del "ambiente interno" (Cuadro 7) ■

Bibliografía

1. Becker, M. A. y Col., Variant Human Phosphoriboxylpyrophosphate Synthetase altered in regulatory and catalytic functions, *Journal of Clinical Investigation*, 65: 109-120, 1980.
2. Brown, W. T. y col., *Neurobiological Issues in Autism*, Edited by Schopler, E. y Mesibov, G., Plenum Press, New York, London, 1987.
3. Capute, A. J. y colab., Infantile Autism: I a Prospective Study of the Diagnosis, *Developmental Medicine and Child Neurology*, 17: 58-62, 1975.
4. Clancy, E. J. y colab., *Neurobiological Issues in Autism*, Edited by Schopler, E. y Mesibov, G., Plenum Press, New York, London, 1987.
5. Dawson, G. y col., A developmental model for facilitating the social behaviour of autistic children, In E. Schopler and G. Mesibov, *Social Behaviour in Autism*, New York, Plenum Press, 1987.
6. Kanner, L., Autistic disturbances of affective contact, *Nervous Child*, 2: 217-250, 1943.
7. Nyhan, W. L. y col., A new disorder of purine metabolism with behavioral manifestations, *Journal of Pediatrics*, 74: 20-25, 1969.
8. Ornitz, E. M. y col., The Syndrome of Autism. A critical Review, *American Journal of Psychiatry*, 133: 609-625, 1983.
9. Ritvo, E. R., y Freeman, B. J., National Society of Autistic Children, definition of the syndrome of Autism, *J. of the American Academy of Child Psychiatry*, 17: 565-576, 1978.
10. Rutter, M. y colab., *Developmental Psychopathology*, In P. H. Messen, Ed. *Handbook of Child Psychology, IV Socialization, personality and social development*, pp. 775-912, New York, Chichester, Wiley, 1983.
11. Schopler, E. y colab., *The Childhood Autism, Rating Scale (CARS)*, For diagnostic screening and classification of Autism. New York, Irvington, 1986.
12. Todd, R. D. y col., *Infantile autism and Childhood Psychoses*, In P. J. Vinken, *Handbook of Clinical Neurology*, (Vol. 2, pp. 189-197), New York, Elsevier, 1985.
13. Weizman, R. y col., Human endorphin blood levels in autism *Psychopharmacology*, 82, 368-370, 1984.004

Crisamen

Centro Regional de Información de Salud Mental

Pone a disposición de profesionales, docentes e investigadores

Consultas bibliográficas en hemeroteca

más de 100 revistas de la especialidad que llegan regularmente de todo el mundo desde hace 30 años, siendo de destacar su nutrida colección latinoamericana

Biblioteca, que incorpora un promedio de 200 títulos por año

Búsquedas bibliográficas

Acceso a la red UUC, BITNEY y otras

Menú periódico de índices de revistas

Boletín bibliográfico trimestral con novedades ingresadas

Traducciones y fotocopias

Este Centro constituye un instrumento indispensable para la actualización de la información en Salud Mental.

Dirección Dr. Alejandro Lagomarsino

Informes, e inscripción en la nómina de socios

Serrano 665, Cap. Fed. Tel: 85517674, 9 a 17 hs.

TELMA RECA

MAESTRA DE MEDICINA CASI OLVIDADA

1904-1979

Evelina Stewart de Costa*
Juan Enrique Kusnir**
Roberto Amado Yunes***



Esta breve reseña, es fruto de un "coloquio" donde intercambiamos datos, recuerdos y reflexiones sobre la Dra. Telma Reca, con quien colaboramos, aprendimos y trabajamos largos años. Nos pareció totalmente relevante difundir un mayor conocimiento sobre su vida, e igualmente un mayor reconocimiento sobre su obra. País discontinuo y de olvidos el nuestro, donde siempre hay que recomenzar, por no continuar y no recordar.

Incluimos en esta reseña, su respuesta al "Premio Aníbal Ponce", escrita poco antes de morir y leída por su hija en la ceremonia de adjudicación del mismo. Nos pareció imprescindible incluirla, por su rico contenido y noble mensaje frente al desafío.

Su vocación temprana por la medicina se expresa en sus recuerdos autobiográficos. Se gradúa en 1928 con diploma de honor.

Alumna brillante en su carrera, fue seleccionada como practicante del Hospital Nacional de Clínicas; lo cual constituyó un hecho insólito pues pocas mujeres accedían a

tal distinción y se atrevían a aceptar tamaño desafío. En esa época que le tocó transitar, la medicina y sus escalones eran patrimonio de hombres.

Fue un tiempo de gran brillo intelectual y científico con figuras trascendentes en la medicina Argentina y de prestigio continental como Houssay, Leloir, los hermanos Finochietto, Acuña, Castex y muchos otros.

Su orientación hacia las humanidades, la conducta y la Salud mental se expresa en su tesis doctoral, sobre "Delincuencia Juvenil" presentada en 1932 que recibió el premio Eduardo Wilde. Sin duda, el tema abordado y su desarrollo muestran la temprana inclinación hacia la línea de sus futuras actividades.

Esta distinción le facilitó una beca de estudios en Estados Unidos en el John Hopkins Hospital, donde trabajó junto a Leo Kanner, considerado, para la época, una figura pionera en el estudio y resolución clínica de los trastornos psicopatológicos infanto- juveniles.

Al retornar al país, Mamerto Acuña, Profesor titular de la cáte-

*Médica Psiquiatra, Psicoterapeuta, Terapeuta familiar, Ex docente adjunta del Departamento de Psicología y de Psicopatología de la Edad Evolutiva; Ex Directora de CEAM; actual Directora del Centro USI-GAY.

**Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta, Terapeuta Familiar, Ex docente y participante del Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva y Ex Vice director del CEAM.

***Médico Psiquiatra, Psicoterapeuta, Coordinador del área Psiquiátrica del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas, actual Interventor del Hospital Municipal Infante Juvenil "Carolina Tobar García".

dra de Pediatría en el viejo Hospital de Clínicas, le asigna un ámbito para crear y desarrollar un área casi inexistente entonces: el de Higiene Mental Infantil.

Telma Reca, paralelamente, trabaja en la Dirección de "Maternidad e Infancia" del Departamento de Salud Pública de la Nación, núcleo del futuro Ministerio de Salud Pública.

Esta doble actividad, la pone más en contacto con la realidad social enriqueciendo su visión clínica del desarrollo y evolución del niño en el contexto de la época y del país; va palpando así las dificultades de formación y experiencia -tanto las propias como las de otros profesionales- para abordar un campo casi totalmente virgen para ese entonces.

Con el mismo intento de ampliar y profundizar este conocimiento, incursiona en el campo de la educación, del que son conocidas sus actividades con autoridades educativas y docentes.

De la década del 40-50 son sus libros: "Inadaptación escolar", "Personalidad y conducta del niño", "Psicoterapia en la infancia" y numerosos artículos en revistas médicas, pedagógicas y de divulgación.

La inviste un interés apasionado, tesonero, permanente por introducir cambios en la actitud de los médicos, maestros, padres, hacia la comprensión de los fenómenos que el niño evolutivamente presenta en su desarrollo, crecimiento y conducta. Todas estas novedosas investigaciones despertaban no poca resistencia y reticencia entre los profesionales de la época y en quienes tenían influencia en la opinión pública y en las políticas sanitarias. A pesar de ello, persistió en su incansable labor.

Fue afinando y elaborando un cuerpo teórico-clínico; métodos de trabajo, creando formas, técnicas, instrumentos que permitieron la construcción de su enfoque bio-psico-social.

En el año 1942, por invitación de la Fundación Rockefeller asiste a la organización de las Clínicas psiquiátricas infanto-juveniles y a la enseñanza de la Psiquiatría Infantil y Psicología en las escuelas de medicina de Estados Unidos.

En el año 1947, es nuevamente invitada para informar y discutir resultados de tratamientos psicoterapéuticos de niños y jóvenes efectuados en Bs. As. en el Centro de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Pediatría del Hospital de Clínicas.

Durante los años subsiguientes viaja por invitación: a Chile, Uruguay, Méjico, Panamá, Venezuela y queda a cargo de la organización del "Seminario Sudamericano de Psiquiatría y Salud Mental del Niño" como psiquiatra consultante de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el profesor Miguel Prado de la MacGill University de Canadá.

Reside en Nueva York durante los años 1955 al 57. Es Psiquiatra supervisora del Northside Center for child development y paralelamente, es psiquiatra del St. Lukes Hospital de la Columbia University de Nueva York, a cargo de la organización del Servicio de Psiquiatría Infantil, de cuyo material clínico surge posteriormente, el trabajo sobre el caso "Ricardo Mendía: Psicosis y Psicología profunda del niño", que se publicó en la Argentina en 1966.

En el año 1957 fue llamada a la Argentina por el profesor Marcos Victoria para colaborar en la creación de la carrera de Psicología de U.B.A.

Gestora y Fundadora con otros profesionales de la carrera de Psicología de la Universidad de Bs. As., es desde 1958, la primera profesora titular, por concurso, de la cátedra de Psicología Evolutiva y Clínica de Niños en la carrera de Filosofía y Letras.

En ese año presenta el proyecto de creación del Departamento Universitario de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva aprobado por el Honorable Consejo Universitario. Queda a cargo de la organización del Departamento y luego lo dirige. En el año 1960, presenta el proyecto de Curso de Especialización en Psiquiatría Infantil que es aprobado en 1961-1962 por las Facultades de Filosofía y Letras y Ciencias Médicas, respectivamente.

La Asistencia, formación y capacitación profesional fueron ideas centrales, directrices de su acti-

vidad, que culminaron con la creación del "Departamento de Psicología y Psicopatología de la Edad Evolutiva" destinado a satisfacer necesidades de ambas facultades: Medicina y Psicología. Creó y dirigió dicha Institución con un plantel de más de 60 profesionales; desarrolló la asistencia continua mañana y tarde y además la docencia dirigida a ambas carreras. Funcionó en el aún no inaugurado Hospital Escuela San Martín; en ese ámbito, quizá único en Latino América para esa fecha, se pudo desarrollar, como lo previó Telma Reca, una intensa actividad que trascendía y se ampliaba año a año. De esa época data la existencia de una Cámara Gessell en el Departamento.

Para mencionar algunas cifras (Reseña de la Actividad Universitaria 1963 (pág. 142) "se atendieron 1367 pacientes de primera vez. Se dió orientación a 416 padres en 236 reuniones y se proporcionó psicoterapia a 344 niños en 2775 sesiones. Se realizaron 41 visitas domiciliarias y a Instituciones de internación. Funcionaron diez equipos de "Diagnóstico y Orientación" para cubrir una demanda creciente y reducir el tiempo de espera.

Se inician investigaciones y se estimulan experiencias. Escuelas y orientación para padres, psicoterapias individuales y grupales; acceso a formas clínicas especiales. Se inicia y desarrolla una investigación longitudinal de la niñez en áreas urbanas y suburbanas en varias regiones del país. Se propicia la divulgación de conocimientos y conductas. Se integran becarios de nuestras provincias y extranjeros. Se trabaja con entusiasmo y resultados expuestos en informes anuales publicados por la Universidad; se presta atención a distintas formas de expresión y lenguaje. Ludoterapia, expresión corporal, plástica y musicoterapia, no son ajenos al arsenal terapéutico.

Esta labor tan diversificada y trascendente, tan prometedora de desarrollos, se frustró con la intervención de la Universidad con el golpe de Estado de Onganía en 1966. Mientras presidía un Congreso Internacional de Psiquiatría Infantil en Edimburgo ocurrió el

asalto a la Universidad, llamado "la noche de los bastones largos". Las renunciadas colectivas y las cesantías que siguieron, trajeron una gran dispersión y empobrecimiento en la U.B.A. En la práctica se disuelve el Dpto. de la Edad Evolutiva y una tarea enorme y orgánicamente encaminada, queda en peligro de desvanecerse.

Sin embargo Telma Reza y un grupo importante de sus colaboradores entre los que nos contamos (1967) se nuclea para continuar, aunque en menor escala, el esquema y el enfoque del Dpto. Este Centro (CEAM) puso su acento en la formación y desarrollo de médicos, psicólogos y psicopedagogos capaces de actuar clínicamente en la edad evolutiva a través de cursos teórico-clínicos e iniciando su propia experiencia supervisada. Telma Reza siguió trabajando, escribiendo y divulgando su obra.

Telma Reza fue una notable psicoterapeuta. Como muchos de los grandes maestros, precisamente su labor terapéutica era fruto de sus conocimientos, experiencias, saga-

dad y algo más, ese algo más que tienen los maestros, definió su enfoque teórico como genético-dinámico-profundo, dándole a cada uno de estos términos precisiones inequívocas.

En 1973, publica "Psicología psicopatológica y Psicoterapia" en el cual expresa su enfoque y resume su experiencia y reflexión teórica.

En el comienzo de su prólogo plantea su postura humanística embanderada exclusivamente con el bienestar del hombre y su ser social: "Nada de lo que atañe al desarrollo, la salud y la vida del hombre me es indiferente..."

También allí se manifiesta: "Enemiga de los rótulos -que encubren dogmas y fomentan sectas- y convencida de que la calificación de un procedimiento y una actitud dentro de corrientes teóricas varias deben surgir de la comprensión del significado del pensamiento que los fundamenta y que su evaluación debe proceder del examen de los caracteres y la comprobación de los resultados de sus aplicaciones prácticas..."

Continuando con la mención de dicho prólogo que remarca aspectos distintos del nivel de compromiso y análisis que en su texto total desarrolla luego, citamos:

... "Como el psicoanalítico, este es un enfoque genético, pero su diferencia fundamental con aquél radica en que lo genético no tiene como eje la evolución psicosexual, y mucho menos lo acontecido en los primeros cinco años o en el primer año de vida, de modo exclusivo o casi exclusivo". ... "Lo genético se identifica aquí con lo evolutivo total, de lo que es parte, solamente, lo psico-sexual. En tanto avance el conocimiento del desarrollo, neuro-fisiológico en particular, y de la psicología del niño en sus múltiples aspectos y sectores este enfoque se enriquecerá, y podrá confirmar o rectificar sus asertos y postulados, cuando éstos se funden en nociones que han sido superadas o han perdido validez..." "Lo dinámico debe ubicarse en tres esferas: la externa, la endopsíquica y la de la interrelación niño-mundo. El mundo externo no es estático.

PAIDOS

Marisa Rodulfo
EL NIÑO DEL DIBUJO

Emiliano Galende
HISTORIA Y REPETICION

Elvira A. Nicolini / Jaime P. Schust
EL CARACTER Y SUS PERTURBACIONES

Elizabeth Laborde-Nottale
LA VIDENCIA Y EL INCONSCIENTE

André Green
EL COMPLEJO DE CASTRACION

Jacques Lacan
SEMINARIO 17.
EL REVERSO DEL PSICOANALISIS

Carl Whitaker
MEDITACIONES NOCTURNAS DE UN
TERAPEUTA DE FAMILIAS

Lluis Farré y o.
PSICOTERAPIA PSICOANALITICA
FOCAL Y BREVE

D. Middleton / D. Edwards
MEMORIA COMPARTIDA

Miles Hewstone
LA ATRIBUCION CAUSAL



**LIBRERIA
PAIDOS**

CENTRAL DEL LIBRO PSICOLOGICO

Nuevo Servicio:

PSICOLIBRO
club

Con una Suscripción Anual de
U\$S 20.- Ud. recibirá:

REVISTA:

En forma gratuita con toda la
información "PSI" para estar
actualizado de todas las novedades
bibliográficas y eventos.

PROMOCIONES Y OFERTAS:
Serán anunciadas en cada revista.

REGALOS:

De acuerdo a su compra anual
CUENTAS CORRIENTES
VENTA TELEFONICA CON TARJETA
COMPUTADORA AL SERVICIO DE
LA INFORMACION

Av. Las Heras 3741, Local 31
Capital - Tel: 801-2860

Ofrece a las funciones cognitivas del sujeto el panorama de una transformación constante, fenómenos concatenados e interrelacionados. El mundo endopsíquico está en un proceso de movilidad, devenir y estructuración permanentes. La interrelación niño-mundo tiene carácter de perenne cambio, y constitución concebida como una estrecha red de acciones y reacciones recíprocas continuas. Lo dinámico implica el reconocimiento de un interjuego perpetuo de fuerzas, en la conducta y la relación del individuo con los demás y consigo mismo. ... "Lo profundo supone la existencia de componentes del psiquismo -partes o sectores del mundo endopsíquico- no directamente accesibles al conocimiento del propio individuo ni del observador. Se ponen de manifiesto a través de conductas y reacciones aisladas; se trasunta en los productos de la fantasía y de los sueños: son detectables, por lo menos parcialmente, mediante procedimientos especiales de exploración psicológica; se infieren por la consideración y el análisis del contexto total del comportamiento. Lo profundo parece conjugar a la vez tendencias, disposiciones o fuerzas motivadoras y directivas de la conducta, y contenidos de experiencia..."

... "Este enfoque es integrativo y congruente, no aditivo ni ecléctico"... "Que no es mediante continuas modificaciones y juegos dialécticos destinados solamente a mantener la validez del esquema inicial, o mediante el abandono de la consideración de lo pro-

fundo, como puede llegar a avanzarse de veras en este campo. Que si, en el momento que Freud inventó o descubrió los procedimientos de la asociación libre, de la interpretación de los sueños, el significado de los lapsus, no existían otros recursos para entrar en la intimidad de este oscuro mundo inconsciente, hoy se ha sumado a ellos todo un arsenal de métodos de exploración y, con estos, se han abierto cuantiosas vetas de técnicas psicoterapéuticas, que deben ser puestas al servicio, no de la afirmación o negación de los principios generadores de este movimiento, con designio apriorístico, sino de su esclarecimiento, rectificación y ampliación si se los toma como punto de referencia, y, sobre todo a la construcción de sistemas abiertos, en los que puedan tener cabida y lugar las nuevas comprobaciones, no distorsionadas ni desnaturalizadas..."

Su bibliografía es vasta y con algunos colaboradores publica en 1969 el primer tomo de "Anales: Temas de Psicología y Psiquiatría de la niñez y adolescencia" al que le siguen 3 más y en los que se van volcando los distintos aportes teórico-clínicos.

Contribuyó a la creación de Eudeba a cuyo consejo perteneció mientras ejerció en la Universidad; allí publicó con algunos colaboradores un manual de psicopatología para médicos y pediatras y diversos artículos en la Revista de la Universidad.

Un rasgo característico de su deseo y de su escribir fue su capacidad de síntesis y su claro manejo

del idioma. Ni rótulos ni calificaciones que se prestaran a ambigüedad; una pasión por la sencillez y la claridad.

El foco de atención puesto en la vida y obra de Telma Reca no excluye en nuestros recuerdos a otros desarrollos paralelos que en nuestro país ocurrían. También algunos profesionales y grupos se interesaban en abordajes dinámicos. Los escritos de Freud en sus primeras traducciones se abrían paso, Profesores como Gregorio Berman, los Aberasturi, J. Thenon, Pichón Riviere y Tobar García intercambiaban algunas experiencias, pero en la práctica funcionaron en un comienzo como islotes: aun no existía la Asociación Psicoanalítica Argentina y las formas e ideas académicas clásicas tenían total hegemonía. Mientras en Europa y Estados Unidos tomaban fuerza nuevos enfoques terapéuticos que se ponían en la práctica en instituciones sanitarias y educacionales, aquí lo que se vinculó a lo institucional sufrió los avatares de la política oficial y nuestra desgraciada tradición de "borrón y cuenta nueva", desarmar y recomenzar con cada cambio de gobierno (y los hubo muchos), volvía a lentificar los avances y crecimientos.

Telma Reca es un ejemplo de esfuerzo creativo, tesonero y espíritu abierto para desarrollar lo que sentía como bueno y útil en su campo de trabajo para la realidad del país; quería crear cuadros "psi", capaces de ayudar, orientar y curar; hay mucho para aprender de su vida y su obra; debería ser recordada, no merece el olvido ■

DISCURSO DE TELMA RECA CON MOTIVO DEL PREMIO ANIBAL PONCE*

Debo decir que, el otorgamiento de este premio me llenó de sorpresa. Alejada desde muchos años de toda actividad no vinculada con el estudio y la enseñanza, y llevando una vida por entero recoleta, la visita de Gregorio Weinberg y Hector Agosti para comunicarme la decisión de la Asociación Amigos Aníbal Ponce entró en la categoría de lo no previsto. Hasta diría, lo imprevisible. Algunas veces más en mi vida, particularmente en el extranjero y en relación con instituciones internacionales, me han ocurrido hechos semejantes.

Siempre me asombraron. Siempre me conmovieron como algo nuevo y bueno, del mismo modo que me conmueve ahora. Lo he visto y lo veo, más que como un galardón personal, como una confirmación de la vigencia y autenticidad de una actitud que acepté frente a la vida, del camino que elegí y la acción que procuré realizar. Que tanto pueden ser míos como de otros.

Al agradecer esta distinción, y puesto que ella ha sido conferida en mérito a un curso de vida y a una obra que en su momento inicial abría en nuestro país un nuevo camino, pienso que debo acla-



rar el sentido de uno y otra, y la forma en que llegue a ellos.

Procedo de una familia modesta, adherida a altos valores morales. El amor y el esfuerzo diario no medidos, puestos al servicio inmediato de la supervivencia y al distante de fines elevados, fueron la forma predicada y la vivencia perpetua de mi infancia. Siguieron siendo los de mi edad adulta, cuando me uní a un hombre que también identificaba su vida con sus ideales. Las letras y la filosofía fueron mi vocación inicial. Un anhelo de mi madre: tener un hijo médico, flotaba en el ambiente de la familia. Ella misma no había podido serlo, y nunca me sugirió que lo fuera. Pero, de alguna manera, yo recogí su anhelo y decidí

realizarlo, junto con el designio propio de servir a los otros.

Recuerdo que en quinto año del Liceo, al redactar una composición con el tema "Cómo servir a mi patria en mi calidad de argentina", hice conciente y manifiesta una decisión hasta entonces no definida. Escribí: "es mi misión de medica futura ...". No sé qué, cuántas y cuáles cosas -todas magnas, por supuesto- me proponía hacer. Pero sé que con esa declaración sellaba un compromiso, y que el servicio de mis semejantes en el ámbito de la patria era el propósito y la fuente de inspiración para mi futuro. Así llegué a

médica. Así fue como obtuve poco después una beca que me llevó a estudiar delincuencia infantil a Estados Unidos. Así fue como allí tuve contacto con el campo de la psicología y la psiquiatría infantojuvenil. Así fue como encontré el puente entre la inclinación humanística y la carrera biológica.

Lo que entonces observé y aprendí en Estados Unidos no había trascendido todavía a nuestro país. Yo no podía opinar si lo que allí ocurría en este campo existía del mismo modo en Argentina, pues su estudio no había entrado en el ámbito de mi aprendizaje académico, ni si lo que allí se hacía para afrontar el problema era lo que correspondía hacer aquí.

En la Argentina de esos años los

* El presente texto fue redactado por la Dra. Telma Reca poco antes de su fallecimiento y leído por su hija en la ceremonia de adjudicación del premio.

problemas psicopatológicos de niños y adolescentes eran casi totalmente encuadrados en los marcos de la conducta antisocial y la deficiencia mental.

Puesta mi atención sobre este sector, descubro al regreso, problemas parecidos a los que allí había visto, pero no reconocidos como tales, con caracteres locales propios: actitudes y opiniones diferentes con respecto a ellos; falta prácticamente total de recursos para su estudio y tratamiento, excepto en los temas mencionados de las conductas antisociales y la deficiencia mental.

A la amplísima gama de los trastornos psicopatológicos le faltaba toda personería, tanto en el terreno médico como en el educacional e institucional.

Señalar la existencia del problema, sus raíces, dar los elementos para identificarlo, aportar las pruebas de la posibilidad de modificarlo, poner en juego los medios para extender ese conocimiento me parecieron entonces tareas imperativamente obligatorias y por añadidura fáciles.

Lo que me proponía era introducir y difundir el moderno concepto de psicopatología dinámica, que procede de muchas fuentes, que es dúctil y se enriquece y varía continuamente con los hallazgos que proceden de las fuentes primeras y de otras que van surgiendo con el desarrollo científico y social. Concepto que tiene su aplicación inmediata en la psicoterapia, en la comprensión del paciente como un ser humano, en este caso en la edad evolutiva -de 3, de 6, de 12, de 15 años, de lo que fuere, miembro de una familia, parte de una micro y de una macro-sociedad y cultura, protagonista y eco de sus vicisitudes, goces y desgracias.

Concepto que no es necesariamente psicoanalítico, ni experimental, ni genético. Que no es pot-pourri, ni una masa aditiva, sino una integración y síntesis plástica, sometida constantemente



te a la crítica que nace de la experiencia y la confrontación de los supuestos, con la realidad del paciente y su evolución y al enriquecimiento aportado por nuevas exploraciones en todos los campos vinculados a la vida y al ser del hombre.

Concepto que basa todo proyecto institucional de estudio y tratamiento en estas consideraciones.

Todo era tan cristalino, tan evidente. Me parecía indudable que este concepto podía ser observado con la medicina general, comprendido y asimilado por la legislación, rápidamente hecho suyo por las instituciones.

Poseía, como se ve, una convicción ingenua en el poder de lo que yo tenía como verdad acreditada por los hechos, y, siendo ello evidente, en mi propia capacidad para mostrarla.

Desde luego, lentamente fui sabiendo que esto no era así. Que toda cosa tiene un "tempo", y que los tempos individuales y colectivos son enormemente dispares. No decliné por ello mi empeño, sino que se canalizó por las vías que juzgué conducentes a su realización, siquiera parcial, más allá de mi limitada vida y mi limitado entendimiento.

No puedo decir que no haya tenido dificultades y contrastes. Seguramente los tuve, y no pocos.

Pero no conocí el desaliento ni

me entregué a lamentaciones vanas. Aprendí a verlos y afrontarlos como constituyentes de toda experiencia vital, como ultramicropartícula del devenir humano universal.

Mis ambiciones se fueron reduciendo.

Entendí que, puesto que cuanto era para mí transparente verdad no lo era para quienes podían aplicarlo en la escala idealmente deseable, lo importante era transmitir a otros los magros conocimientos que poseía y el concepto y la actitud hacia el problema que me parecían congruentes, válidos. De este modo se crearía, con el "tempo"

adecuado, la toma de conciencia necesaria y se formarían profesionales que pudieran responder en el momento justo a la demanda que procedería de esa toma de conciencia.

Tuve la suerte de que muy pronto se nuclearan en torno mío personas con mis mismos afanes, colaboradores que hicieron suyos mis puntos de vista que han seguido a mi lado durante largos años, y luego muchos otros, que desean seguir nuestros pasos.

Quien investiga en las áreas de la psicología y la psicopatología y quien trabaja terapéuticamente en ellas tiene ante sí el panorama del mundo interior. Ese espacio interior, lleno de formas inciertas, de luces y de sombras, contiene los gérmenes remotos de la salud y la enfermedad del hombre como persona, de su excelsitud y su descalabro. En él se proyectan las circunstancias externas, que deciden en medida variable el rumbo de su movimiento. A veces el influjo de esas circunstancias impera para orientar la conducta; a veces el síno con el que el ser viene marcado al mundo decide su destino.

Casi siempre uno y otro, en conjunto.

Desde hace años, cada vez más procuro desentrañar las fuerzas conflictivas del mundo interior, y ayudar a descubrir la corriente creadora que reduce los defectos y

desvíos y lleva a la ampliación y plenitud del ser, en bien de sí mismo y de los otros. La conquista del espacio interior ha llegado a ser para mí objetivo central.

En este camino he comprobado, una vez más, que "saber" algo no significa estar dispuesto a trasplantarlo a la existencia propia y de los otros. El viejo dicho "Haz lo que yo digo y no lo que yo hago" tal vez tenga la más extensa aplicación, la mayor vigencia. Sin embargo, para alcanzar la meta propuesta es preciso lograr una unidad de pensamiento, actividad, opiniones, sentimientos y vida. Y tengo que confesar que esta parte de la conquista del espacio interior es quizá la más llena de azares, de contrastes y de dificultades.

He de admitir que, en estas circunstancias —obstáculos externos, obstáculos internos— se verá, casi como un acto infundado de fe, proseguir sin tregua en el mismo empeño. Efectivamente, lo es. Fe es una creencia no basada en argumentos racionales. Pero esta fe de hoy no es ya la convicción hipotética e ingenua de los tanteos primeros, ni es tampoco la adhesión ciega, irrazonada, a principios arbitrariamente elegidos. La reiterada experiencia de vidas rescatadas a través del buceo y la conquista del mundo interior y el



modelo de vidas luminosas —el ejemplo más próximo quizá sea Albert Schweizer— que lograron esa unidad, alienta la fe. Por otra parte, personalmente no he tenido otra opción. Contraído un compromiso, debía cumplirlo, para estar ante todo en paz conmigo misma

Sigo cumpliéndolo, en la medida que puedo hacerlo. Seguramente vivimos una época de grandes catástrofes y grandes tiempos de claridad. Desde mi ángulo trabajo para ensanchar la claridad.

En el campo de trabajo que elegí, la situación es muy otra que en aquellos tiempos.

Pero pienso que la claridad que hoy penetra en los recintos oscuros, por tener ella misma bandas o intermitencias, por no ser todavía

claridad total, y por ser los recintos anfractuosos, proyecta a menudo tantas sombras que el interior se llena con juegos inquietantes de luz-sombra, y se hace a veces más tenebroso. Es en las tinieblas, no en la oscuridad absoluta ni en plena luz, donde se forman fantasmas aterradoros.

Hace años leí un verso de Shelley que recuerdo con frecuencia: "If winter comes, can spring be far behind?" ¿Si el invierno llega, puede estar le-

jos, tras de él, la primavera? La labor en contacto permanente con hechos obliga a saber, además, que el ciclo natural sigue más allá de la primavera: verano, otoño, invierno y primavera otra vez. Esta conciencia de lo inevitable no implica aceptación fatalista de adversidades forzosas. Es sólo reconocimiento de adversidades que deben ser previstas. Creo que hoy podemos estar mejor armados y que debemos tratar de armarnos cada vez mejor aún para atenuar los rigores extremos del invierno y amenguar los aplastantes del verano. La visión prospectiva del poeta sigue, así, teniendo vigencia y prestando aliento en la sucesión perpetua de la vida ■

Buenos Aires, junio de 1979.

a-compañar

Fundada en 1982

ASISTENCIA Y FORMACION EN SALUD MENTAL

Director: Lic. Guillermo J. Altomano
Coord.: Lic. Silvia M. Azpillaga

AREA ASISTENCIAL

- El acompañamiento psicoterapéutico es una función de contención alternativa que se integra al tratamiento de problemáticas agudas y crónicas en niños, adolescentes y adultos.
- Las distintas modalidades estratégicas permiten implementar coberturas que comprenden desde algunas horas por semana a 24 hs. por día, según se trate de situaciones de: • INTERNACION domiciliaria o institucional • EXTERNACION • RECUPERACION • COMPENSACION • CRONICIDAD

AREA FORMATIVA

ESCUELA DE ACOMPAÑANTE PSICOTERAPEUTICO

- 1er. nivel: Introductorio
Teórico-práctico. Anual
2° nivel: Especialización - Anual.

Dirigido a estudiantes y egresados de Psicología, Psicopedagogía y vinculados a la Salud Mental

Inicios: abril y agosto de 1992

Rodríguez Peña 286, 2° piso (1020) Buenos Aires. Tel.: 46-6966

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE

Revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux

L'INFO
PSY

10 Números por año

La mejor actualización de la Clínica psiquiátrica francesa, comentarios de libros, artículos históricos Informes y suscripción en la Argentina - Tel.: 953-2353



La teoría del apego y sus aplicaciones a la psicoterapia (3ª y última parte)

Mario Marrone*

La teoría del apego se puede aplicar a la terapia individual, grupal, familiar o de pareja. En cualquiera de éstas, la tarea del terapeuta es ayudar al paciente (o a los pacientes) a reorganizar sus modelos representacionales, conscientes e inconscientes. Esto involucra una revisión, a niveles cognitivo y afectivo, de su visión de sí mismo y de los demás. Esta tarea implica también una reconstrucción histórica de la vida vincular del sujeto ya que, como bien se ha dicho, estamos condenados a repetir lo que no recordamos.

El terapeuta orientado por la teoría del apego tiene cuatro objetivos a cumplir, con respecto a su paciente:

1. Proveer una base segura, a partir de la cual el paciente pueda explorar sus experiencias pasadas y presentes, sus ideas y sentimientos. Esto implica darle seguridad y autonomía al mismo tiempo, dándole responsabilidad e independencia por sus propias decisiones.

2. Ayudarle a explorar sus circunstancias presentes: en qué situación se encuentra, que parte juega en su creación, cómo elige a las personas con quienes se relaciona, cómo responde a ellas, cuáles son las consecuencias de su propia conducta.

3. Ayudarle a considerar cómo interpreta la conducta de su terapeuta y qué expectativas tiene con respecto a la calidad de respuesta que ha de obtener de éste.

4. Ayudarle a relacionar pasado con presente y, de esta manera, ver en qué manera aplica modelos representacionales construidos en el pasado a interpretar y crear situaciones en el presente.

En otras palabras, el terapeuta ayuda a establecer lo que comúnmente se llama "alianza terapéutica" interpreta los procesos transferenceales y utiliza la reconstrucción histórica como un método válido de investigación analítica.

A los efectos de proveer una base segura, el terapeuta actúa de manera consecuente, ofrece las sesiones con un horario regular a intervalos frecuentes, en un espacio fijo. Su actitud básica es la de estar del lado

del paciente, tratándolo de comprender y asistir de manera solidaria. En cada sesión trata de ayudar al paciente a reconocer e identificar sus problemas, indagar sus orígenes y prever sus consecuencias. Al focalizar su trabajo en el análisis de la transferencia, tratará de ver si el paciente tiene miedo de ser abandonado, rechazado, ridiculizado, controlado, atrapado, etc. y si estos miedos tienen su base en experiencias reales que el paciente haya tenido durante sus años de crecimiento. Bowlby habla del valor de lo que el llama "indagación informada". Esto quiere decir que el terapeuta debe conocer en profundidad el repertorio de comunicaciones e interacciones patológicas o disfuncionales que pueden ocurrir en una familia. Sobre la base de este conocimiento o información, el terapeuta se propone hipótesis a sí mismo sobre lo que puede haber ocurrido en la interacción de un individuo con sus padres, con su familia, con los adultos significativos de su infancia y adolescencia, para poder explicar lo que le está pasando al paciente ahora. Esta información debe incluir áreas extensas de psicología evolutiva, estudios sobre conducta parental y de dinámica de grupos familiares.

* Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Dirección para correspondencia: Mental Health Unit, Central Middlesex Hospital, Acton Lane, Londres NW10 7NS, Inglaterra.

Al tratar de analizar la resistencia del paciente, el terapeuta tratará de ver por qué al paciente le resulta tan difícil recordar, abrirse y tomar conciencia. Consecuentemente, tomará en cuenta la posibilidad de que el paciente haya adquirido una actitud resistencial debido a que, en su familia de origen, la verdad se omitía, suprimía y/o falsificaba. Tal vez el niño recibía mensajes parentales que distorsionaban sus propias percepciones, para verse a sí mismo y a sus padres según el modelo que éstos le imponían.

El trabajo terapéutico involucra revivir episodios penosos de la infancia, no sólo recordarlos sino también recobrar las emociones inherentes. Y este revivir se da en un marco continente provisto por el terapeuta y la situación que él crea. Ahora bien, la reorganización de los modelos representacionales no se hace de un día para el otro y la reparación del daño psíquico no es tarea fácil. Por eso, yo no creo en las terapias breves. El proceso terapéutico generalmente lleva años ■

Referencias bibliográficas

- Bowlby, J. (1977) The making and breaking of affectional bonds, *British Journal of Psychiatry*, 130: 201-210 y 421-431.
- Bowlby, J. (1987) La aplicación de la teoría del apego a la psicoterapia de grupo, *Clínica y Análisis Grupal*, Madrid, 43: 75-79.
- Bowlby, J. (1988) *A Secure Base*, Londres: Routledge.
- Marrone, M. (1987) Aspectos de la transferencia en análisis de grupos, *Clínica y Análisis Grupal*, Madrid, 43: 59-74.
- Marrone, M. & Pines, M. (1990) *Therapeutic Group Analysis*. En: *Group Psychotherapist's Handbook* (Kutash, I. L. & Wolf, A.), New Jersey: Columbia University Press.



VII ENCUENTRO INTERNACIONAL DE PSICOANÁLISIS DEL CAMPO FREUDIANO "LAS ESTRATEGIAS DE LA TRANSFERENCIA EN PSICOANÁLISIS" 24 AL 27 DE JULIO DE 1992. CARACAS - VENEZUELA

por D. Wintrebert

En 1980 el Dr. Jacques Lacan fue a Caracas para el Primer Encuentro Internacional del Campo Freudiano, institución que había fundado un año antes. Aquel viaje fue su última presentación en público y durante el mismo pronunció su último Seminario ya que falleció poco tiempo después.

Doce años más tarde el Campo Freudiano vuelve a Caracas para celebrar su VII Encuentro Internacional sobre el tema "Las estrategias de la transferencia en Psicoanálisis". Paralelamente al Encuentro que reunió 700 analistas originarios de cinco continentes se realizó la primera reunión de la Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP) creada el 1 de febrero en París que reúne en su seno a miembros de la Escuela de la Causa Freudiana (Francia), de la Escuela del Campo Freudiano de Caracas (Venezuela), de la Escuela Europea de Psicoanálisis y de la Escuela de Orientación Lacaniana (Argentina).

La difusión considerable de la enseñanza de Lacan a través del mundo ha encontrado un terreno particularmente fértil en América Latina. Venezuela, como lo recordó el embajador de Francia en uno de los discursos de apertura, jugó un rol de tierra de asilo para analistas argentinos perseguidos por la última dictadura militar. Su trabajo en Caracas permitió que se constituyera la segunda Escuela del Campo Freudiano. La perspectiva actual de este último, es la de favorecer la creación de Escuelas de Psicoanálisis, capaces de sostener mejor la formación de analistas. Evocando los tiempos diferentes, que las prácticas referidas a la obra de Lacan tienen en cada país, Judith Miller, hija del célebre psicoanalista y actual presidente de la Fundación del Campo Freudiano, decía en su discurso de apertura: "La etapa actual de reconquista del Campo Freudiano excluye toda uniformidad".

A continuación transcribimos los tramos más significativos de la entrevista que sostuvimos con ella.

Vertex: ¿Cómo se construyó el Campo Freudiano?

Judith Miller: Su vocación internacional fue marcada desde el comienzo. Ya en el encuentro de Caracas de 1980 se fijó la fecha del siguiente. Nunca hubo miembros de la Fundación sino grupos, que comenzaron a

discutir e intercambiar entre ellos, el resultado de sus trabajos. Su elaboración recibió el apoyo de Seminarios del Campo Freudiano efectuados inicialmente por analistas de la Escuela de la Causa Freudiana de Francia.

Ese desarrollo de actividades y Encuentros duró diez años. Progresivamente los grupos percibieron que su condición de tales limitaba el avance de sus trabajos.

El paso a franquear era el de comenzar a pensar en la garantía que debían darse los analistas de esos grupos entre sí y en la difícil tarea de la formación de los mismos.

Vertex: Ya en 1986 el diario Le Monde decía que por su audiencia y sus actividades la Fundación del Campo Freudiano se elevaba como rival de la I.P.A. La creación de la A.M.P. viene a concretizar tal pronóstico. ¿Podría contarnos como fue creada y precisar que es lo que está en juego?

Miller: Plantear las cosas en forma de rivalidad no es adecuado. Lo que nos interesa es aquello a lo que Lacan consagró su vida: que el psicoanálisis tenga una especificidad que lo distinga de todas las psicoterapias. Hay una verdad en el descubrimiento de Freud que concierne al inconsciente. El inconsciente por definición tiende a escapar a toda aprehensión y la tarea de los alumnos de Lacan es hacer lo necesario como para que esa dimensión no se cierre nuevamente apenas nos aproximamos a ella. No hay por lo tanto rivalidad contra lo que Lacan llamaba un sindicato de asistencia mutua contra el discurso analítico. Nosotros tenemos, por el contrario, como objetivo la reconquista del campo freudiano, es decir, que el discurso analítico, uno de los cuatro tipos de discurso formulados por Lacan tenga su lugar en el mundo contemporáneo.

Vertex: El Dr. Etchegoyen, último presidente elegido en la I.P.A. ve con beneplácito que Lacan sea enseñado en su institución.

Miller: Me parece muy difícil. De todas maneras es su tarea y no la nuestra. No sé como pueden imaginar que sea posible tal cosa a menos que se demuelan y se transformen completamente.

Vertex: *Volvamos al Encuentro. Lacan aisla a la transferencia como uno de los cuatro conceptos fundamentales del Psicoanálisis. ¿Porqué entonces el título "Estrategias de la transferencia"?*

Miller: El título retoma un pasaje de la "Dirección de la cura..." de los Escritos de Lacan en el cual él distingue la táctica y la estrategia en la política del psicoanálisis. Es una cita que cuestiona el lugar del analista en función de los fines a los que apunta el análisis. Que no se trate ni de hacerle el bien al analizante ni de utilizar su saber de tal forma que el analizante no pueda decir nada más, que de lo que él diga sea utilizado lo que él ya sabe.

Vertex: *Lacan decía, en efecto, que el analista durante la cura es menos libre en su estrategia que en su táctica. El ponía el acento sobre el hecho de que lo que domina el conjunto es su política. ¿Cuáles son los fines de una política lacaniana del psicoanálisis?*

Miller: Pienso que ese será el tema del próximo Encuentro. Las estrategias llevan a pensar sobre el fin de análisis. No hay un fin único para el psicoanálisis. El libro de Pierre Rey "Una temporada con Lacan" muestra que al final de su análisis, él no tuvo el deseo de convertirse en psicoanalista y continuó su camino fuera del campo del psicoanálisis. Pero el momento del fin de análisis puede ser también aquel en el que se decide la práctica del psicoanálisis. Ese momento de pasaje interroga al deseo de ser analista en cada sujeto.

Vertex: *Uno podría decir que la transferencia es tan vieja como el amor, pero, ¿qué es lo que los distingue?*

Miller: Es cierto, podríamos decir eso, pero el tema del Encuentro es el de la transferencia en psicoanálisis. Hay relaciones transferenciales en todos los tipos de relaciones sociales pero en psicoanálisis este amor de transferencia tiene la particularidad de ser el efecto de un dispositivo en el que las tomas de posición de cada uno están decididas de antemano. Es decir, que cualquiera puede saber que eso se produce y verificarlo. Entonces ¿qué hacer con ello? Yo diría que la transferencia en psicoanálisis es una cierta manera de responder a ese qué hacer. Uno no maneja igual la transferencia si uno es analista que si uno es psicoterapeuta.

Vertex: *Lacan habla en ocasión del fin de análisis como abriendo la posibilidad de un amor sin límites. ¿Qué se debe entender en esta idea?*

Miller: Freud vió bien el problema en su texto sobre el análisis interminable. Si no termina jamás yo creo que es porque la transferencia siempre está allí.

Si hablamos de este Encuentro podemos decir que hay amor sin límites por el psicoanálisis en todos los asistentes. Pero este amor sin límites; no tiene más el mismo objeto, no reposa más sobre el sujeto supuesto al saber encarnado por el analista de cada uno sino, que tiene más bien por objeto una práctica del análisis una cierta verdad de que el análisis sea salvaguardado y cernido de cada vez más cerca y que, sabiendo que no se puede decir todo, intentemos decirlo mejor.

Vertex: *Lacan evoca en uno de sus pasajes "el deber que le compete al psicoanálisis en este mundo". Esto*



alude a la ética. El término "deber" suena como una exigencia muy fuerte...

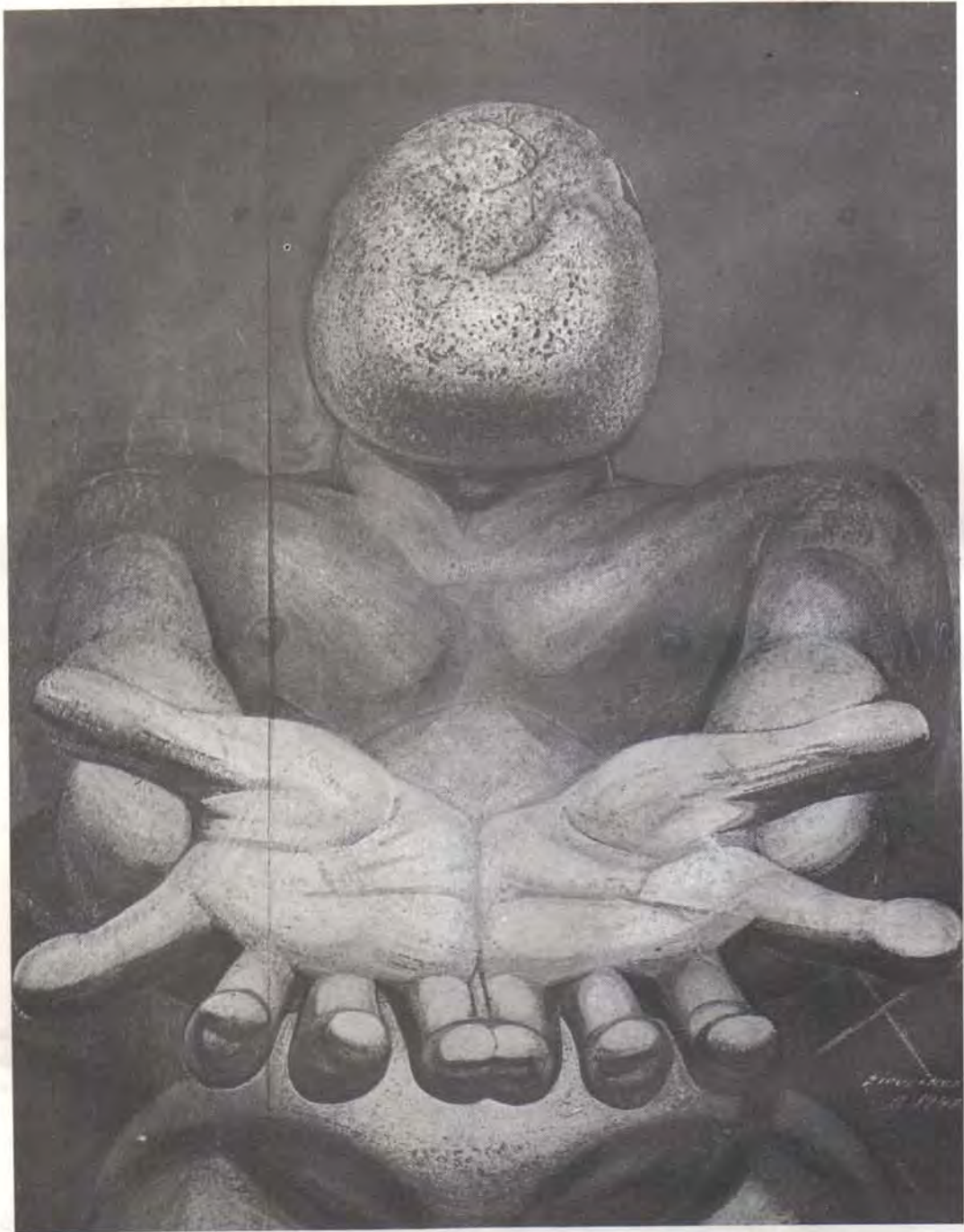
Miller: El psicoanálisis comporta una ética que le es propia. Ella consiste en dar cuenta, salvaguardando la dimensión del inconsciente, de las modalidades del mismo, dar cuenta de sus formaciones sin prohibirlas. Transformándolas, por cierto, llegando a decir las lo mejor posible, aunque sabiendo siempre que su especificidad es la de no permanecer nunca idénticas a sí mismas.

El término deber es fuerte porque la ética es exigente. Difícilmente un psicoanalista pueda pretender escapar a esta ética, como tampoco sostenerla sin dificultades.

Presentar un caso de manera de que no sea obscuro, despreciativo o en posición de dominación es muy difícil. Eso se da cuando, por ejemplo, un caso es bien presentado. Es deslumbrante cuando la claridad y la distinción cartesianas logran que uno comprenda algo de manera demostrativa sin magia ni confusión.

Vertex: *Pero el termino "deber" se acompaña del complemento "en este mundo" que parece localizarlo mucho más allá de la cura individual.*

Miller: Efectivamente, corresponde al psicoanalista que el lazo social que constituye el psicoanálisis no sea evacuado junto a los otros lazos sociales que coexisten con él; que no sea asimilado, por ejemplo, al discurso universitario o al del amo. El lazo social analítico tiene una afinidad particular por un otro que Lacan llamaba el discurso de la histeria. Sería lamentable que el discurso analítico regresara en relación a ese discurso de la histeria del cual emergió y del cual aprendió mucho, aunque operando un desplazamiento en relación a él.



Vertex: Para terminar, ¿qué siente Ud. en este retorno del Campo Freudiano a Caracas?

Miller: Yo volví muchas veces a Caracas luego del Primer Encuentro. Hay aquí gente a la que quiero mucho. Ellos forman una verdadera escuela que fue la primera segunda escuela del Campo Freudiano. El azar que, como bien sabemos, no existe, hace que haya un retorno a Caracas en el momento en que muchas escuelas de psicoanálisis van a existir en el Campo freudiano. Es muy lindo que al concluir esta etapa nos encontremos nuevamente aquí. En realidad, debía hacerse en Brasil, pero tuvo lugar aquí porque en Venezuela se contaba con una Escuela en la que apoyarse. La tarea de organización exige una dedicación de los analistas que era se-

guramente impensable en 1953. Los analistas de hoy día tienen un estilo completamente diferente, expresado por una gran plasticidad y una ausencia de infatuación que muestran su infinito amor por el psicoanálisis. No quiero anticiparme a las conclusiones de este Encuentro, pero creo que hay numerosos países en los que los analistas han trabajado en forma de grupos y que se encuentran trabados por el funcionamiento del grupo mismo para llevar adelante su trabajo. Esto supondría un estancamiento en la reconquista del Campo Freudiano que nadie desea, y por ende lleva a que se comience a proyectar la creación de escuelas que aseguren la formación y la garantía del psicoanálisis. Hay una lógica en marcha en esta dirección ■

Ilana, o una psicosis "feminista"

Liliana Mauas*



Tal como nos había anticipado en el número anterior, Liliana Mauas, Corresponsal de Vertex en Israel, nos hace llegar una viñeta clínica en la que comenta el caso de una paciente tratada en el Hospital de Tel Aviv.

Los nombres son auténticos; se verá porqué. Ilana tiene 20 años y sus padres, sus dos hermanos mayores y su hermana también mayor, son todos nacidos en Irán. Los dos o tres días que estuvo en la guardia aullando que el padre la había violado hicieron creer en un principio al equipo que se trata-

ba de una histeria. Cuando pasó a la sala cerrada las enfermeras la vieron tan niña que insistieron para que se la pase al servicio de adolescentes. Parecía demasiado tierna e infantil para estar entre adultos. Con 15 mg de haloperidol se tranquilizó mucho, sobre todo por la rigidez muscular. Esto no servía, de modo que comenzó a recibir perfenacina 16 mg, en la esperanza de que sufriera menos. El residente a cuyo cargo está Ilana, la presentó en la reunión de sala una semana más tarde. Como la entrevista fue breve, fue poco lo que se pudo sacar en limpio. Sobre todo fenomenología. Historia muy poca: los hermanos mayores no ayudan en la casa, la hermana mayor se casó y está embarazada. Ilana no sirve en el ejército porque la familia es religiosa (no mucho; el padre sobre todo). La mamá hace todos los trabajos de la casa e Ilana la ayuda y está muy enojada con los hermanos que no colaboran con las tareas domésticas. Estuvo trabajando como maestra jardinera en el marco del Servicio Público Nacional en cambio del servicio militar. Tenía un novio con quien deja entender que inició relaciones sexuales. Empezó a sentirse muy mal, dice, el día que se murió Menajem.

- ¿Qué Menajem? - Beguin.

- ¿Porqué? - Era (un) padre [el hebreo consiente este doble sentido].

La familia viene a visitarla muy seguido, cada uno por separado. Desde el comienzo insisten mucho en llevarla por algunas horas a casa. Pronto se ve que de esas visitas vuelve más desintegrada. Comienza a empeorar. El residente recoge oraciones sueltas. Según Ilana, el padre es rígido, exige que se cumplan rituales religiosos. El primogénito es totalmente laico y precisamente en ese punto tiene choques con el padre. Este hermano mayor dice que él es el padre en esta familia, pero es abusivo: se niega a limpiar y lavar platos. Ilana compadece a la madre: la quiere mucho. Quiere muchos mimos, abrazos y besos de la mamá. Dice que ella (Ilana) tiene que ser padre y madre en la familia. Quiere que la mamá duerma con ella. Técnicamente esto no es problema ya que de hecho hace un tiempo la madre salió del dormitorio conyugal y accede de buen grado a este pedido de la hija, que comenzó poco antes del desencadenamiento.

El residente no sabe qué hacer. Quisiera intervenir, hacer algo, pero no sabe qué. Acaba de comenzar la residencia lleno de entusiasmo. El primer paciente que le tocó era un hombre, árabe, paranoico, que se disponía a pasar a cuchillo a su mujer y cinco hijas porque descubrió que la mujer lo estaba envenenando (el veneno mal disuelto era una malhadada tableta de haloperidol). Ahora le tocó Ilana, que cuando no está muda está desintegrada. Y con lo que se puede armar del rompecabezas, lo único que parece surgir es otro rompecabezas sin modelo.

La semana pasada se realizó en Tel Aviv uno de los seminarios del Campo Freudiano. Francois Lequil habló durante dos días sobre psicosis. Resultó muy importante para el público oír hablar de psicosis a un psicoanalista lacaniano que además, tiene experiencia psiquiátrica visible. En algún momento Leguil ironizó sobre el hecho de que el psicoanalista no se ocupa de ir a tratar al Gran Otro del paciente, y que por consiguiente, el psicoanalista no tiene nada que hacer con la familia. Freud, decía Leguil, no citó a la Sra K. para decirle que deje de ver al padre de Dora, ni al Sr. K para decirle que deje de decirle a Dora que su mujer no significa nada para él, ni al padre de Dora para decirle que se ocupe de su propia mujer por inaguantable que le resulte.

La psicosis "feminista" de Ilana es un puente que intenta cerrar esta brecha en el preciso momento de la muerte de un padre.

Puente de telarañas

Pero Ilana no sólo no es Dora, sino que está psicótica. Sería tentador considerar como diagnóstico diferencial una locura histérica de las que insiste en encontrar Pierre Maleval. Pero en una sala cerrada con turnover rápido, no hay tiempo para esperar a que Ilana nos ubique

por sus propios medios. Por eso le propongo al residente que veamos a toda la familia.

Para orientar al residente parto de la hipótesis de que si Ilana está loca y en la familia circula el tema de quién es el padre, habrá que averiguar porqué ese lugar es tratado como vacante. Es claro que tengo presente la referencia de Lacan respecto de la caída de la función paterna en el paso de ciertas culturas medioorientales a occidente.

Llegan a la entrevista el padre (Abraham), la madre (Sara), los dos hijos mayores (Itzjak y Yakov), la hermana mayor (Edna). Ilana parece abstraída pero escucha. El hermano menor estudia en un internado y no pudo venir. Pido, sin dirigirme a nadie en particular, escuchar la historia de la familia.

Teherán hace unos 25 años. Sara llega de visita desde su pueblo. El futuro abuelo paterno de Ilana la ve y se interesa en ella para su hijo menor, Abraham. Abraham es el menor de tres: un hermano (Shalom) 10 años mayor que él, y una hermana en el medio. Antes de Shalom murieron uno por uno 8 hijos varones. Abraham tiene 21 años y ningún apuro en casarse, pero el padre le pide que acepte el arreglo matrimonial ya que el está viejo (60 años) y quiere verlo casado. La boda se consuma según la voluntad paterna.

Cuatro años después, Shalom organiza en secreto su inmigración a Israel con su mujer e hijos, y parte. El padre, desolado, pide a Abraham que organice la inmigración de su propia familia para llevarlo a él a Israel. Abraham consiente a la voluntad de su padre y parte con sus padres, su mujer y los tres hijos que han nacido entretanto. Con esto, Sara deja atrás a toda su numerosa familia de origen, que hasta hoy permanece en Irán. Nunca se lo perdonará a su marido.

Edna dice del padre que siempre estuvo más atento al tío Shalom y al abuelo que a su propia familia. Itzjak, portaestandarte de la vida laica, intenta inútilmente explicar a su padre que no tiene interés en los rituales religiosos que su padre trata de imponer en el seno de la vida familiar. El hecho de que los varones han hecho bar mitzva, cosa que de hecho libera al padre de toda responsabilidad ante Dios por los actos de los hijos, para nada afecta al padre en sus exigencias.

En este punto, y a modo de exploración, les digo que todo parece

indicar que Shalom es el Abraham de la familia: fue quien tomó a su mujer e hijos y abandonó la tierra de su padre. Me apoyo para esto, naturalmente, en la incoación bíblica que todos conocen: "Lej lejá..." "Deja la tierra de tu padre..."

Interviene aquí la madre para contar lo siguiente enfáticamente: Al año de consumarse el matrimonio nació el primogénito. La madre de Sara estaba enferma, y Sara pidió por esa razón postergar un par de días la circuncisión. El suegro se negó Sara descubrió entonces que, a contrapelo de las costumbres, se había además decidido que el padrino de circuncisión del hijo que acababa de nacer fuera su cuñado Shalom en lugar de un hombre de la familia materna. No sólo eso, sino que la elección del nombre del niño, que según la madre correspondía a su familia y había de ser Reuven, también fue tachada y reemplazada por Itzjak, nombre elegido por el abuelo paterno. Argumentó entonces contra Shalom que es laico y no respeta los rituales. Como el lado paterno permanece inamovible, Sara vaticina que si el niño tiene a Shalom como padrino, se parecerá a él. Dicho y hecho: este

hijo Itzjak que irrita a su padre Abraham con su laicismo, se parece en todo a su tío paterno.

Contra las exigencias de Ilana de que sus hermanos ayuden a su madre en la casa, Itzjak enarbola en su

Antes de la catástrofe inmigratoria que subvierte los órdenes en más de un sentido, la obediencia al padre era la regla a la cual se sometió Abraham y a la que se niegan a someterse sus hijos varones

defensa una argumentación sociogeneracional bastante difundida y que raya en lo cómico: "En nuestras comunidades orientales los hombres no hacen tareas domésticas". Si leemos esto como una particularización de la negativa a ordenarse según el deseo de la madre, el joven habla verdad. Pero en estas mismas comunidades orientales, antes de la catástrofe inmigratoria que subvierte los órdenes en más de un sentido, la obediencia al padre era la regla a la cual se sometió Abraham y a la que se niegan a someterse sus hijos varones.

Abraham realiza la imposibilidad de la función paterna en su propia imposibilidad de formularse como problema la diferencia abismal, real, que existe entre su padre y él mismo. Ninguna hipótesis viene a su auxilio cuando es puesto frente a la pregunta acerca de lo que le impide obtener de sus hijos con órdenes lo que su padre obtuvo de él con la mera enunciación de su voluntad.

La psicosis "feminista" de Ilana es un puente que intenta cerrar esta brecha en el preciso momento de la muerte de un padre. Puente de telarañas ■

Introducción a la Psicofarmacología

Para Psicólogos y Terapeutas

- Introducción a los paradigmas neurofisiológico y farmacológico
- Acciones y contraindicaciones de los psicofármacos más empleados
- Psicoterapias y Psiquiatría de administración.

Curso de 16 hs. a cargo de la Dra. **Analy Werbin**
Con presentación de casos clínicos, Seminarios y docentes invitados.

Llamar al 961-3199 de 14 a 18 hs.

LECTURAS & SEÑALES

LECTURAS

M. J. Acevedo y J. C. Volnovich (Selección de textos), **El Espacio institucional**, lugar editorial, Buenos Aires, 1991, 173 págs.

En su segundo manuscrito económico filosófico Don Carlos Marx redondea sus conceptos diciendo "lo hacen pero no lo saben" y comienza la búsqueda de las determinaciones que caracterizan el accionar de los hombres y sociedades. En las últimas dos décadas (después de mayo del 68) el proceso de develamiento se acelera y avanza en la compren-

sión abarcativa de los sistemas de productores de significación como desliziándose por un cauce turbulento, lleno de meandros, caídas y verdaderos remolinos. Se habla de lo *institucional*: aquel escenario mítico, inconsciente o legal, fundante, mal iluminado donde las peripecias de sus actores producen efectos que colisionan violentamente con los códigos de procedimientos, las normas y las organizaciones que se erigen para transmitir saberes, superar padecimientos o detentar poderes. Suele decirse que de buenas intenciones está empedrado el camino del infierno.

Este libro compila una buena parte de las intervenciones del Primer Encuentro Institucional realizado en Buenos Aires en noviembre del año pasado y otros artículos provenientes

de otros países (y otras prácticas). A través de la lectura del volumen se descorren los velos o bien se vuelven a cerrar, de aquello que se instituye como las buenas razones que fundamentan las prácticas de escuelas, hospitales o sistemas de perpetuación del poder. Es una lectura que estimula el cuestionamiento, abriendo nuevos campos de deseo, creatividad y esperanza. Pero lo complejo de la apertura de un espacio instituyente lo da el hecho de que sus portadores y voceros terminan habitualmente fuera de las instituciones y corren el riesgo de convertirse en francotiradores con mejor o peor puntería, pero de hecho aislados de los lugares donde deben producirse los cambios. Este libro es vasto y recorre posturas teóricas, experiencias y sus autores continúan

CEGLUTION 300

CARBONATO DE LITIO 300 mg

ESPECIFICO PARA EL TRATAMIENTO Y PROFILAXIS
DE LA PSICOSIS MANIACO DEPRESIVA



QUIMICA ARISTON S.A.

POSOLOGIA:

DOSIS DE ATAQUE: 2 tabletas
3 veces al día.

MANTENIMIENTO: 1 tableta
3 veces al día

PRESENTACION:

ENVASES CON 50
TABLETAS

buscando los territorios fértiles donde sus ideas puedan abrirse paso y germinar en nuevos discursos y prácticas sociales.

Jay Haley, Las tácticas de Poder de Jesucristo, Paidós, Barcelona, 1991, 156 págs.

Es la reedición ampliada y con nuevos artículos de un clásico de la literatura *psi*. Este libro fue un verdadero best-seller allá a fines de los '60. Su tono desenfadado, elocuente, empalmó con los cuestionamientos a la rigidez y las presuntas ortodoxias psicoanalíticas de aquellos años. Las psicoterapias buscaban su status científico en el campo de la medicina y de la sociedad, y sólo conseguían, con suerte diversa, constituirse en escuelas o sectas casi religiosas que exigían entrega y falta de creación individual. Había que someterse. La bisagra de 1969 a 1970 chirrió y el gigantesco portón de la historia se abrió: un torrente de nuevas prácticas, ideas, descubrimientos inundó la profesión psicológica. Entre todos estos discursos surgió este texto. Un texto para gozar; gozar por el humor que esparce, gozar con la ironía, el desenfado o una burla que resulta en un replanteo profundo de la práctica cotidiana.

Es un gran acierto su nueva edición. Los capítulos añadidos son interesantes y se dejan leer con interés o con ese espíritu burlón y jocundo que hace que no nos tomemos tan seriamente una profesión que como la nuestra, es compleja y hasta insalubre. Entonces, bienvenido este libro; recomendamos cálidamente su lectura.

R. D. S.

E. Laborde-Nottale, La videncia y el inconciente, Paidós, Buenos Aires, 1992, 275 págs.

Apenas uno se interna en este texto se divide en dos; una parte sigue el relato buscando la coherencia de lo que promete: el vínculo intersubjetivo que podrá dar cuenta de los fenómenos de la telepatía o pensar lo que el otro piensa a partir de la contratransferencia. Otra parte recuerda tantos momentos de nuestra práctica cotidiana, sea realizando psicoterapia o bien con familiares o amigos, en que "nos dimos cuenta" que iba a pasar algo o bien como los hermanos corsos percibimos lo que otro sufría a distancia. Pero desgraciadamente el libro desilusiona. Ni el aspecto descriptivo cumple lo que promete, ni las hipótesis explicativas de los fenómenos resultan convincentes. No es que pidamos científicidad o positivismo. Falta coherencia en el propio texto y es una pena porque internarse en estos temas no es frecuente y más en un momento de auge de lo irracional. Hubiese sido un buen texto pero naufraga pretenciosamente entre un popurrí de razones, hipótesis y especulaciones que no permite extraer conclusiones válidas. Una pena. Otra vez será.

Vertex

Revista Argentina de Clínica Psicológica. Vol. I - Nº 1, Abril 1992, 94 pág.

Primera entrega de esta publicación editada por Aigle (Centro de Estudios Humanos). Sus editores, Diana Kirszman y María Teresa Nieto presentan la "concreción de este proyecto"... "que ha sido posible gracias a la sostenia y sólida enseñanza de nuestro maestro, Héctor Fernández-Alvarez, la constante tarea de nuestra comunidad de profesionales conducidos por su Director, Sergio Pagés; la abnegada labor de los integrantes de la Asociación AIGLE bajo la presidencia de Javier Gonzalez; y los grupos que desde

otras latitudes ayudan a mantener viva la llama de nuestra antorcha, incluida la filial de Santa Bárbara (California) coordinada por Andrés Consoli".

Con artículos de Jeremy Safram, Sara Baringoltz, Leslie Greenberg y col., Paul Watchel, Héctor Fernández-Alvarez, Herbert Chappa y Octavio Fernández Moujam, aparece en nuestro medio esta publicación trimestral que abre un lugar necesario a la orientación cognitivista.

Es de destacar en el final una puntuación biográfica de Enrique Pichon-Rivière escrita a partir de entrevistas con Ana Panpliega de Quiroga. Hacemos llegar nuestro saludo cordial a la flamante colega

Vertex

SEÑALES

Asociación de Lucha contra el Mal de Alzheimer y alteraciones semejantes de la Rep. Argentina.

Entidad miembro de Alzheimer's Disease International (A.D.I.) Chicago, USA. Brinda asesoramiento, información y bibliografía en su sede, todos los miércoles de 14 a 16,30 hs., en el 1^{er} piso del Hospital Santojani, Pilar 950 (1408) Buenos Aires. Tel 641-2483/3073/3359 - 642-0751/0611. Interno: 394 y 795-

1731. Grupos de autoayuda para familiares y cuidadores.

En el interior:

Bahía Blanca: Tel. coordinador 091-4-1545

Mar del Plata: Tel. coordinador 023-4-9371

Córdoba: Tel. coordinador 051-4-2703/2472

Mendoza: Tel. coordinador 061-30-5765

Asociación Psicoanalítica de Córdoba

Los días 31 de octubre y 1° de noviembre, la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, integrante de la Aso-

ciación Psicoanalítica Internacional, organizará, conjuntamente con los cuatro Claustros de Candidatos de Argentina (agrupados en I.P.S.O.), las "Jornadas Preparatorias al Pre-Congreso Psicoanalítico Internacional, Amsterdam 1993", con un tema próximo al de dicho Congreso: "La mente del analista en formación, de la escucha a la interpretación"

Este evento es sumamente auspicioso para la Asociación Psicoanalítica de Córdoba, ya que en el mundo se realizaron sólo tres jornadas preparatorias: en Córdoba, para las asociaciones de Candidatos de Argentina y países limítrofes; en Madrid para las asociaciones españolas y en Holanda para las de habla germana.



CEFYP

Centro de Familias y Parejas

asistencia
docencia
investigación

Octubre

8 Comienzo del "Curso breve sobre Terapia Sistémica" 8-10-92 al 26-11-92. Jueves de 19.30 hs. a 21 hs.

Dirigidos a médicos, psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos.

Docentes: Profesionales de la institución
Coordinación: Lic. Silvia Crescini

Noviembre

7 Jornada anual "El terapeuta sistémico, la clínica y la cibernética de segundo orden" Vivencia y compromiso del terapeuta. Dirigido a Profesionales de la Salud Mental

Apertura del Curso regular de Terapia Sistémica 1993-94

Dr. Adolfo Loketek Lic. María Rosa Glasserman
Director General Directora de Asistencia

Informes e Inscripción
Salguero 2567 1° A.
Tel.: 801-3485 - 804-6394
(de 10 a 17 hs.)



CENTRO DE ESTUDIOS EN PSICOTERAPIAS

Directores

Héctor Fiorini - Humberto Gobbi
Nilda Guerschman - Pedro Menéndez

INSTITUCION PSICOANALITICA DE ASISTENCIA Y FORMACION

Formación de Postgrado para médicos

- Niveles anuales de formación en teoría y técnica de psicoterapias psicoanalíticas e institucionales
- Práctica asistencial guiada
- Curso regular para interior del país y extranjero (3er. sábado de cada mes de 9 a 16 horas)
- Jornada anual

Seminarios Intensivos 1992 - 2do. cuatrimestre

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| • Taller de casos clínicos: | Dr. Héctor Fiorini |
| • La obra de D. W. Winnicott: | Dr. Pedro A. Menéndez |
| • Psicósomáticas: | Dra. Elsa Wolfberg |
| • Teoría psicoanalítica: | Dr. Humberto Gobbi |
| • Familia y Pareja I: | Lic. Nilda Guerschman |
| | Lic. Silvia Fernández |
| | Lic. Mónica Brude |
| • Familia y Pareja (mensual) | |
| • Psicoterapia psicoanalítica grupal: | Lic. Laura Bleger |
| | Dr. Néstor Pasik |

Nueva Dirección

Lafinur 3270 (1425) Buenos Aires
Tel.: 802-6419 - Lunes a viernes de 10 a 21 horas

Por otro lado, los días 30 y 31 de octubre, la A.P.C. y los Cuatro Claustrados de Candidatos de Argentina, organizarán también en la ciudad de Córdoba las "Jornadas Nacionales Latinoamericanas de Psicoanálisis" que serán abiertas a la participación de toda la comunidad científica interesada en el tema: "La Psicopatología y la Clínica, hoy."

La Secretaría Científica del Comité Coordinador está a cargo de Carlos Curtó, la Secretaría General de Susana Baima y es Delegado de la Comisión Directiva de la A.P.C. a dicho Comité Enrique Torres.

Las inscripciones e informes pueden obtenerse en la sede de la A.P.C., de AAPA. o de APdeBA en horarios de Secretaría.

Errata

El artículo "Juicio de insania, Rol del médico. Algunos antecedentes históricos" publicado en las págs. 186 y 187 de Vertex Nº 6 (Volumen II - diciembre 1991 - Enero-febrero 1992) aparece con una sigla al pie que dice C. C. correspondiente a un envío de la Corresponsalía de Córdoba. En su lugar debía constar el nombre del autor: Dr. José Luis Fito, ex director del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. Vaya la aclaración y nuestras disculpas al distinguido colega.

Noticiero APSA

VIII Congreso Argentino de Psiquiatría

IV Encuentro Latinoamericano de Psiquiatras

II Jornadas Hispano-Argentinas de Psiquiatría 1992

Organizado por Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA)

Con el auspicio de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA)

A desarrollarse en el Centro Cultural San Martín de Buenos Aires desde el 19 hasta el 22 de setiembre

LOS NUEVOS DESAFÍOS DE LA CLÍNICA EN EL CONTEXTO DE LAS CULTURAS IBEROAMERICANAS

Comité organizador

Presidente: Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi, Prof. Dr. Roger Montenegro

Vice-Presidentes: Prof. Dr. Alberto Bertoldi, Prof. Dr. Carlos Collazo

Secretario general:

Prof. Dr. Juan Carlos Ferrali.

Comité de honor:

Prof. Dres.: Jorge Alberto Costa e Silva, Isaac Levav, Enrique Nájera, Juan José López Ibas Alino, Jorge Luis Ayuso, Francisco Torres González, Jorge Ciprián Ollivier, Jorge García Badaracco, Horacio Etchegoyen, Rodolfo Fahrner, Jorge Nazar, Ezequias Bringas Núñez, Vicente Galli, Héctor Ferrari, Lía Ricón, Antonio Duarte, Amalia Musacchio de Zan.

Modalidad de trabajo

Simposios
Conferencias
Workshop
Grupos de trabajo
Posters
Cursos individuales
Medios audiovisuales
Talleres

Presentación de trabajos libres para ser seleccionados hasta el 31 de julio de 1992

Informes y suscripción

APSA, Virrey Cevallos 180, 4º piso, (1077) Capital Federal Tel. 46-2702 Fax. 45-9219

Primer encuentro de Salud Mental del Mercosur

Las asociaciones de Psiquiatría de la región denominada Mercosur: *Sociedad Paraguaya*, representada por el Dr. Juan Carlos Amarilla; *Sociedad Uruguaya*, representada por los Dres. Eugenio Bayardo y Angel Valmag-

gia; *Sociedad Brasileira*, representada por los Dres. William Dunningham, Luis Salvador de Miranda Sá (h), Ulises Vianna, Romildo Bueno, Othon Bastos, Miguel Jorge, Carlos Gari de Farias, Marcos Ferraz, Rosimieri Cavalcante y Onildo Contel y la *Sociedad Argentina* representada por los Dres. Roger Montenegro y Miguel Angel Materazzi, reunidos en Campo Grande-MS, desde el 29 hasta el 31 de julio de 1992 deciden constituir una Comisión Coordinadora de Integración de Asociaciones Psiquiátricas nacionales de los países del Mercosur.

Dicha Comisión será integrada por dos (2) representantes de cada una de las Asociaciones Psiquiátricas arriba mencionadas, estableciéndose para ella los siguientes objetivos:

- Promover reuniones periódicas en el marco de los congresos que se realicen en los países miembros;
- desarrollar convenios interinstitucionales;
- promover el intercambio docente y de profesionales en formación;
- integrar comisiones regionales de investigación en Salud Mental;
- coordinar eventos científicos;
- asesorar y ser interlocutor de los organismos internacionales de la especialidad.

La Comisión Coordinadora tendrá la siguiente organización:

- Sus miembros serán designados por las Comisiones Directivas de las respectivas Asociaciones nacionales;
- El Coordinador y el Secretario de la Comisión serán los del país organizador del último Encuentro;
- La duración de los cargos de Coordinador y de Secretario será el del lapso habido entre dos (2) Encuentros.

La Comisión Organizadora constituida, durante su primera deliberación, determina apoyar a la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría en su pretensión de fijar a la ciudad de Asunción como sede del próximo Congreso bianual de la APAL, propósito que llevará al próximo Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, a realizarse en Venezuela en el mes de Setiembre del año en curso.

Campo Grande-MS,
31 de julio de 1992

Asociación de Psiquiatras Argentinos

Asociación Paraguaya de Psiquiatría
Asociación Uruguaya de Psiquiatría
Asociación Brasileira de Psiquiatría