

Suplemento Eduterapia 22

Abril 2011

TGD, Autismos, Asperger

Carlos G. Wernicke



Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social

desde 1990 en Buenos Aires, Argentina

Estudio, investigación, difusión y docencia de la visión global en educación, salud y acción social
Registro Inspección General de Justicia n° C 1.520.371 - Entidad de Bien Público sin Fines de Lucro Decreto 6708 MVL
Registro Institutos de Perfeccionamiento Docente Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEGP n° C-172

Tel. / Fax 0054-11-4791-2905 - www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie constituida por artículos únicos publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, con el fin de presentar sus desarrollos a lo largo del tiempo en relación con lo más central de su misión, a saber, investigar las aplicaciones prácticas del paradigma holístico en pedagogía, medicina, psicología y acción social.

SUPLEMENTO EDUTERAPIA es una serie monográfica publicada por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social, San Vicente 735, V. López, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel. / Fax (011) 4791-2905; www.holismo.org.ar - info@holismo.org.ar
Directora: Mabel Fernández. Registro de Propiedad Intelectual DNDA 457.501. Eduterapia es nombre registrado n° 1.886.125. ISSN 1669-9203
La reproducción parcial o total por cualquier método **no** está permitida, salvo confirmación por Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social de solicitud previa por escrito.

TGD, Autismos, Asperger

Carlos G. Wernicke

RESUMEN

Desde una perspectiva basada en el paradigma holístico y con un enfoque sistémico-dinámico-transdimensional se describen resumidamente los fundamentos necesarios para introducir abordajes terapéuticos centrados en la interacción, con énfasis en la Terapia de Contención.

SUMMARY

From a perspective based on the holistic paradigm and the systemic-dynamic-transdimensional approach, necessary fundamentals are summarized to introduce interaction-centered therapeutical approaches, emphasizing the Containment Therapy .

I. INTRODUCCIÓN

Dentro y fuera
Desarrollo
Forma e in-forma
Realidades

II. FASES DEL DESARROLLO

Fase prenatal
Fase preoperatoria
Mahler

III. SISTEMAS

Necesidades primordiales
Teoría de la comunicación y salud

IV. PSICOSIS

Signosintomatología
Resumen

V. ABORDAJES TERAPÉUTICOS

VI. LA TERAPIA DE CONTENCIÓN

Tratamiento del cuadro causal
Orientación psicoeducativa a los padres
Abrazo de contención
Tratamientos (re)habilitatorios
Medicaciones auxiliares

VII: ESTRATEGIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN

Dentro y fuera

Por razones que se desconocen, la energía física en ocasiones se condensa formando acúmulos de energía, la materia, que se mantiene unida y puede ser leída en su doble condición de vibrátil y corpuscular. La observación rápida, superficial y macroscópica sólo ve materia, pero una observación mucho más detallada descubre su intimidad, de energía que vibra.

Tampoco se sabe aún por qué la materia accede en oportunidades a regenerarse a sí misma, en el proceso que llamamos vida.

En cada caso, sin embargo, para ello es necesario que se produzca entre el conglomerado y el entorno (de materia o del ser vivo) un lugar limítrofe con su contexto, una frontera, algo que diferencie “dentro” y “fuera”.

Quedan así delimitados, absolutamente siempre, el “objeto”, vivo o no, y lo que lo rodea. No existe posibilidad ninguna, nunca, de que el objeto se encuentre fuera de algún contexto. El ser humano, incluso, no puede imaginar un espacio y un tiempo que no estén referidos a un contexto. La única excepción, inexplicable, es el universo (algo dentro de nada). En términos filosóficos diremos que no hay respuesta humana para el interrogante acerca del Ser último.

Observemos una flor: ¿A qué se debe que ésta sea de una diversidad fácilmente objetivable respecto de su compañera más cercana? Por ejemplo, más pequeña o grande, más colorida o desleída, más móvil o quieta, con un lapso de vida mayor o más breve.

La respuesta que tradicionalmente dio la ciencia de los últimos siglos ha sido lineal. Lo que observamos es consecuencia de algo, y a veces sólo resta descubrirlo: La flor depende de su pedúnculo, su ramita, su rama, su tronco, su raíz, como explicación de su presente. De sus genes, como explicación de su historia.

No obstante, la experiencia cotidiana de cada uno de nosotros contradice esta linealidad. Vamos modificándonos por multitud de circunstancias, asimilaciones incorporativas de todo tipo de estímulos. La propuesta inicial, hágase una flor, es alterada para bien o para mal por las características del ambiente, las circunstancias las más de las veces fortuitas que rodean al objeto. La flor, de modo quizás similar a su vecina inmediata, aunque nunca igual, pasa por la visita de insectos, de lluvias, de humanos, de temperaturas; es movida por el viento, fecundada, soleada. Y también, claro, recibe a través de su pedúnculo los minerales que le llegan de la tierra, en cantidad similar a su compañera cercana, nunca idéntica. También su futuro difiere: Será arrancada,

será fruto, utilizada como alimento o abono o para el placer estético de algún humano.

Y desde la superficie de la flor (la superficie que separa ser vivo y contexto) parten excrecencias y olores y sugerencias. El límite es una membrana de intercambio constante, que simultáneamente permite transacciones de ida y vuelta y diferencia los sistemas externo e interno.

Desarrollo

Los seres humanos venimos al mundo, esto es somos concebidos, con una propuesta a desarrollar. Si las circunstancias lo permiten, venimos con la propuesta de aprender a andar en bicicleta o hablar en español. No hay garantía de que finalmente ese pequeño ser se desarrolle según lo que venía propuesto como el mejor desarrollo. Sin embargo, ha traído consigo potencialidades humanas. No trae en cambio otras propuestas, como las que portarían una planta o un animal diferentes: No puede - aún con la mejor estimulación - vivir con los pies hundidos en la tierra, volar con sus alas o extraer oxígeno del agua.

Tampoco puede hablar cuando tiene semanas de vida, ni andar en bicicleta al año de edad. A más de pertenecer a un contexto determinado, la vida muestra siempre otra característica: Una secuencia de desarrollo propio, objetivable, que no depende de la estimulación que el medio brinda. Esta secuencia es descripta según fases largamente investigadas respecto del ser humano por multitud de estudiosos, de los cuales el más conocido en nuestro medio es Jean Piaget [Piaget 1973].

Este desarrollo pasa siempre por cuatro instancias: En primer lugar se manifiesta un fenómeno (existe); en él surge una novedad (se identifica); ésta se separa (se diferencia) del fenómeno; por último, la novedad y el fenómeno se integran, con lo que aparece un nuevo fenómeno con características propias, un sistema abarcativo de los anteriores [Wilber 1998]. Sin embargo, es a la sola diferenciación a lo que generalmente los autores se refieren cuando describen el desarrollo humano, con lo que la última situación, la integración, es poco considerada, cuando ella es imprescindible para la interdependencia, como superadora de la independencia.

El contexto ejerce su influencia tanto más cuanto más cercano es y según su intensidad. Todo objeto está sometido a influencias inmediatas (los padres de un recién nacido), intermedias (sus parientes), mediatas (la comunidad) o lejanas, incluso las de todo el universo. También ejercerán influencia la Luna y las estrellas (y cada uno interpretará este aserto en términos astronómicos y/o astrológicos, según su cosmovisión). Un premio o un castigo pueden modificar

en quien los recibe una decisión tomada o a tomar, y la posición de la Luna es considerada a la hora de sembrar o de estudiar las mareas [Cuadro 1].

❑ DESARROLLO

- **Fenómeno (existencia)**
- **Novedad (identificación)**
- **La novedad se separa del fenómeno (diferenciación)**
- **El fenómeno y la novedad se integran en un fenómeno nuevo (integración)**

❑ CONTEXTO

- **Inmediato**
- **Intermedio**
- **Mediato**
- **Universo**

Cuadro 1

De acuerdo con K. Wilber [Wilber 1988], el desarrollo puede estudiarse desplegado en sus “estructuras fásicas profundas”, las etapas que todo humano debe atravesar de un modo u otro, y otras “superficiales”, esto es, la modalidad con que en cada individuo la estructura profunda queda teñida según las circunstancias que le toque vivir [Figura 1]. Las modificaciones que van teniendo lugar dentro de una estructura profunda (digamos por ejemplo las fases sensomotora o preoperatoria) son traducciones unas de otras, porque si bien hay variantes en el individuo, la etapa sigue siendo la misma, con lo que las herramientas que el sujeto usa y su captación y comprensión del mundo permanecen. Sólo hay “transformación” cuando gracias a la multiplicación de experiencias es la estructura profunda misma la que se modifica, y con ello la interpretación de la realidad y la manipulación de ella por el sujeto. A medida que las fases profundas van cambiando en el tiempo, el individuo tiene progresivamente menos relación corporal con el mundo, cada vez una relación más mental. Se incrementa así su conciencia, definida aquí como percatación (“darse cuenta”).

Todas las experiencias que el sujeto vive son albergadas en la memoria. Pero sólo algunas pueden ser recuperadas en la conciencia, en ocasiones traídas a ella por un estímulo directo (reconocimiento) y en otras por propio esfuerzo (recuerdo). La inmensa mayoría de las experiencias acumuladas y las respuestas a éstas que se producen desde la concepción permanecen fuera de

la conciencia, es decir, no son percatables; en otras palabras, ejercen su influencia sobre percepciones y acciones sin que el sujeto se percate. En la Figura 1 se representan como cuadrados blancos los aspectos que se encuentran en la conciencia (o pueden ser recuperados por ella) y como cuadrados negros, aquellos que permanecen desconocidos para el sujeto.



Figura 1

Forma e in-forma

El ser humano puede definirse simultáneamente porque ocupa un lugar en el espacio. Es la "forma", que puede investigarse en el presente. La forma va cambiando constantemente: ocupa otro lugar, tiene otro volumen, presenta otros aspectos. Todo esto sucede en el tiempo, con lo que aparece otra circunstancia a tener en cuenta: la información (la "in-forma"), también en constante cambio. En verdad, se trata sólo de dos maneras de ver lo mismo. Así como el espaciotiempo es indivisible, también lo es al definir el ser humano. Lo particular de éste es empero su percatación del paso del tiempo y su capacidad (adquirida) de relatarlo y de prever y responder a situaciones, primero mediante acciones motoras en relación al sensorio y más tarde a la manera de imágenes representativas de lo experimentado, con lo que es capaz de prever un futuro (inmediato o lejano). Aparece el lenguaje, y con él la historia consciente [Figura 2].

Puesto que esto sucede en todos los seres humanos, también tiene lugar

entre padres e hijos desde que se ponen en contacto, en otras palabras, desde la concepción, que es cuando cada individuo comienza a acumular experiencias.

El intercambio constante, sobre todo entre las personas que se encuentran en el contexto inmediato, es lo que llamamos interacción, un contacto que se prolonga en el tiempo. Sólo cuando de esas interacciones surge una emoción única, propia de los interlocutores e irreproducible si los interlocutores cambian, corresponde hablar de una relación. Una relación es un *nosotros*, una creación de un sistema abarcativo de por lo menos dos personas. Si la relación se mantiene en el tiempo la llamaremos vínculo [Cuadro 2].

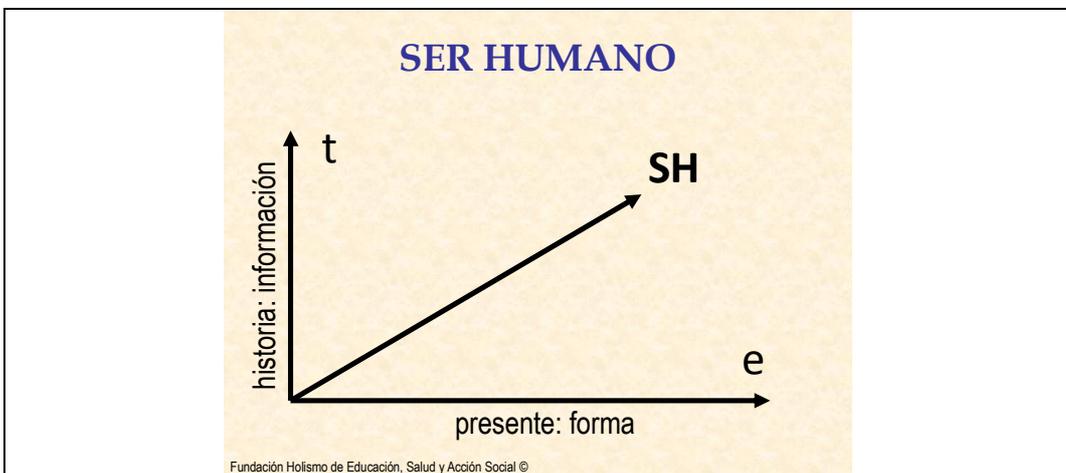


Figura 2



Cuadro 2

Nótese que tanto en las interacciones como incluso en las relaciones hay intercambio (y en las relaciones incluso conformación) de emociones tanto agradables como displacenteras, y que las interacciones (y las relaciones) son en su gran mayoría no conscientes.

Realidades

Es importante considerar [Wilber 1998], que el contexto no sólo representa una realidad "objetiva", mensurable, externa a cada uno, las energías y las formas del espacio. No obstante, lo más frecuente es que cuando empleamos el término "realidad" estemos refiriéndonos a objetos: Objetos externos a mí, inanimados o personas, o bien un fragmento de mí designado como no-yo, como un "objeto" externo a mí (mi mano, mi cerebro, mi conducta).

Desde este punto de vista, la tarea diagnóstica consiste en examinar objetos: manos, cerebros, conductas. Para ello es suficiente observar al sujeto desde fuera (observar/e) con instrumentos de medición, como se observa a un objeto.

Los sujetos comparten estos objetos, que conforman entonces una realidad conjunta. Estos elementos "objetivos" conforman la (infra)estructura social, por ejemplo la situación geográfica de un país o la casa donde se vive, las leyes y las normas familiares.

Pero no solamente existe esa realidad externa. También, a lo largo del tiempo y merced a las experiencias conformadas en estructuras profundas, se va configurando una realidad interna, simultánea con la externa y por lo menos tan importante como ésta. La realidad subjetiva da inicio con la concepción, desde la primera experiencia de la vida, albergada en la memoria traductora del "afuera". Es la realidad subjetiva de cada individuo, que se va constituyendo según un mapa perceptual que el sujeto va obteniendo, a su vez consistente en submapas, siempre afectivos y cognitivos a la vez, siempre diferentes en cada sujeto. Esta realidad interior es notoriamente más profusa en información que aquello que el sujeto es capaz de comunicar. Para cada sujeto ésta es la verdadera realidad. Su mapa asimilado, afectivo y cognitivo, poco a poco va reemplazando a la realidad externa, y cuando la cognición es lo suficientemente poderosa ya el individuo no responde a la realidad "real", objetual, sino a su mapa perceptual y semántico, a su propia interpretación de la realidad objetiva según no sólo su estructura fásica profunda sino también según su estructura fásica superficial.

El examen diagnóstico de la realidad subjetiva requiere de la participación activa del sujeto. Lo importante no es el ajuste del individuo a la realidad

externa sino la coherencia del individuo consigo mismo. Es como si el diagnosticador dijese: "No quiero conocer de ti, quiero conocerte".

Los mapas perceptuales de cada individuo son en general lo suficientemente similares entre los sujetos de la misma especie como para que sea posible la comunicación: A mayor similitud de las estructuras fásicas profundas y superficiales previas y de los datos disponibles para todos los miembros del grupo, a mayor normalidad de los órganos de captación de esa realidad en cuanto a su estructura y función, mayor es la probabilidad de que las realidades individuales se parezcan entre sí y mayor consenso habrá. Habrá dificultades de comunicación cuando a ambos lados de la frontera de interacción suceda algo que modifique las estructuras fásicas, tanto superficiales cuanto incluso profundas, cuando los datos disponibles no son entregados como sucede en general o cuando la captación de la realidad externa se vea empañada por situaciones internas –o todo eso a la vez. En el caso normal se conforma así, con subjetividades similares, nunca iguales, una realidad diríamos consensuada, una realidad conjunta. Cuando hay dificultades, consensuar la realidad con otras personas se hace complicado.

La comunicación entre personas (desde la concepción en adelante) permite la creación de una realidad subjetiva en cada grupo, lo que llamamos una cultura [Wernicke 2004]. Se crea un "nosotros", diferente a cada uno de sus componentes, con un mapa y submapas perceptuales característicos de ese nosotros, un sistema funcional que excede lo individual, un sistema social con afectos-cogniciones que le son propios. "Nosotros" puede querer decir nuestra pareja, nuestra familia, nuestra rama ancestral, nuestro barrio, nuestra nación. Hemos combinado nuestras realidades subjetivas individuales para dar lugar a una nueva entidad subjetiva.

Es este consenso el que permite una de las labores diagnósticas: Investigar si el sujeto se adecua a lo consensuado por los demás miembros. El diagnosticador deberá prestar atención a sus relaciones culturales con el diagnosticado: Si el observador tuviese mapas culturales diferentes, sacaría conclusiones no válidas para la cultura del sujeto. Su pregunta diagnóstica sería: ¿Te adecuas a nosotros?, y para una respuesta profunda, subjetiva, deberíamos contar con la colaboración del individuo.

La realidad, por consiguiente, se nos muestra polifacética: las realidades individuales, objetiva y subjetiva, y las realidades conjuntas, objetiva y subjetiva. En verdad, la realidad es una, no se trata de realidades diferentes. Pero cambia el punto de mira, se modifica la lupa del diagnosticador [Cuadro 3].

Si consideramos su desarrollo, la noción de realidad es trabajosamente construida por el niño desde la concepción merced a un constante proceso de asimilación de estímulos (donde la asimilación, en el sentido que le otorga Piaget, consiste en la reelaboración interna de estos) y la acomodación resultante, acorde a la asimilación experimentada por el sujeto. La asimilación consiste en una síntesis de la realidad externa propia de cada sujeto; la

acomodación, en un análisis consecutivo de ese sujeto con esas experiencias; qué y cómo analizar depende de las experiencias previas de cada uno [Piaget 1976]. A qué fragmentos de la realidad externa se asignará importancia para una sucesiva asimilación y de qué manera se llevará a cabo esa incorporación elaborativa depende de las potencialidades del individuo más las asimilaciones previas. Éstas, a su vez, dependen de las acomodaciones previas: Asimilo, a resultas de ello me acomodo para una próxima asimilación, asimilo según esa acomodación, y así sucesivamente. Por otra parte, el sujeto sólo logra percibir estímulos en la medida en que son asimilables a estructuras previas [Piaget e Inhelder 1969]. Se conforman así dentro del sujeto determinados mapas perceptuales de la realidad externa, verdaderos sistemas de funcionamiento, de configuraciones (gestalts) perceptuales, las cuales en base a pertenencia y semejanza van conformando colecciones figurales (agrupadas) primero y clases conceptuales más tarde [Inhelder 1982]. La estructura interior se enriquece para conocer la estructura de la realidad externa. Y todo esto no sucede a la manera maquina de ingreso de datos, sino al modo de incorporación de información elaborada según las potencialidades del individuo en desarrollo.

ASPECTOS DE LA REALIDAD (Wilber 1995)	
REALIDAD SUBJETIVA INDIVIDUAL (lo Psicológico)	REALIDAD OBJETIVA INDIVIDUAL (lo Orgánico)
REALIDAD SUBJETIVA COMPARTIDA (la Cultura)	REALIDAD OBJETIVA COMPARTIDA (la Sociedad)

Cuadro 3

Llamamos sistemas funcionales a la constante interacción entre el terreno (el sujeto, en todas sus dimensiones) y el contexto –el cual entrega y recibe, las más de las veces sin conciencia de ello, paquetes estimulares, verdaderas configuraciones de estímulos, de los que sólo unos pocos constituyen la figura (con más posibilidades de ser conscientes) contra un fondo casi siempre no consciente de multitud de otros estímulos simultáneos.

Desde la concepción, la actividad espontánea inicial tiene un motor: la emoción. "No existe ninguna conducta, por intelectual que sea, que no entrañe como móviles factores afectivos", señala Piaget [Piaget 1976]; recíprocamente, no podría haber afectos sin la progresiva participación de la cognición, a medida

que ésta se desarrolla a la manera de trenes (secuencias) experienciales similares. A diferencia de lo que sucede en máquinas cognitivas (computadoras), las cogniciones se van desarrollando sobre la base de un primer eslabón de la cadena cognitiva: la emoción.

A tanto llega el impacto emocional que la sola reproducción de una escena vivida determina una cohesión tan firme entre sus elementos que hace imposible la clasificación cognoscitiva [Inhelder 1982]. La emoción, por tanto, aparece como factor primario, motivador de la búsqueda de estímulos, pero enseguida como secundario, una respuesta a lo hallado en esa búsqueda: placer o displacer.

Al principio de la vida, desde la concepción, las cadenas cognitivas en formación son particularmente débiles. Su potencia no alcanza por tanto a modificar la respuesta emocional, como sí sucederá no bien el sujeto pueda colocar entre emoción y acción un filtro cognitivo: la representación simbólica – cosa que va sucediendo lentamente durante el período sensomotor y sobre todo durante el preoperatorio.

Las emociones, por consiguiente, juegan siempre, pero sobre todo al principio de la vida, un importantísimo papel a la hora de seleccionar las secuencias cognitivas que construirán los mapas perceptuales / conceptuales / semánticos, tanto sea como atractoras o como repulsoras de determinadas vías de pensamiento. Ciompi [Ciompi 1982, 1997, Wernicke 2000] subraya los enormes efectos organizativos e integrativos de la emoción sobre la cognición. Genéricamente hablando, las emociones son las motivadoras, como disparadoras o inhibidoras, de secuencias de pensamientos; determinan su importancia jerárquica; establecen constantemente el foco atencional y su modificación; abren o cierran el paso a los reconocimientos y recuerdos; y conducen la asociación mnémica de los elementos cognitivos. Los sentimientos de placer son por excelencia los atractores de pensamientos, los productores de relaciones vinculares; sirven a la búsqueda de estímulos y al alerta psicofísico y con ello a la focalización de la atención. En tanto, los sentimientos de temor / terror / pánico son repulsores de pensamientos, advirtiendo del peligro a nivel ambiental, cognitivo y conductual.

Cada ser humano constituye en consecuencia un todo único, sólo que definible desde lo que parecerían ser dimensiones diferentes. Es simultáneamente un ser atómico-molecular, un ser biológico, un ser emocional, un ser cognitivo, un ser espiritual [por ejemplo Wernicke 1991] [Cuadro 4], en suma, un ser transdimensional.

Esto que simula una línea de lo más material a lo más sutil es en verdad una rueda. Vistas como diferentes dimensiones, cada uno entiende como lo más básico lo que dicta su propio criterio. Si fragmentamos, podemos decir que lo material da base a lo biológico que da base a lo espiritual; pero otra cosmovisión dirá que somos esferas espirituales encarnadas, y no hay manera de volcar la balanza hacia una u otra idea porque finalmente siempre somos

todo eso al mismo tiempo, indivisibles, infragmentables. Es el observador quien fragmenta para poder comprender. Pero cada ser humano es un todo, desde la concepción en adelante.

Así, cada fenómeno acaecido a un individuo puede leerse siempre en cada una de esas dimensiones. La historia personal del observador / diagnosticador, sus tradiciones y conocimientos, harán que un fenómeno determinado sea considerado (por el observador) biológico o emocional o cognitivo.



Cuadro 4

II. FASES DEL DESARROLLO

Por razones de difícil comprensión, los principales autores de teorías del desarrollo se han centrado en la niñez y la adolescencia, dando comienzo a su descripción con el nacimiento.

Parece sin embargo más atinado considerar al ser humano como un todo constituido por todas sus dimensiones desde su aparición en el mundo, desde el primer instante de ser concebido.

Junto con unos pocos autores [por ejemplo Verny 1981, Wilber 1988, Grof 1994, Mandel y Ray 1997], debemos tener en cuenta por consiguiente una etapa prenatal, a la que seguirán las consabidas sensomotora, preoperatoria y operatorias concreta y formal. A continuación de ellas el ser humano sigue estructurándose profundamente en fases post-mentales, a saber la del centauro y demás fases sutiles / espirituales, que no cabe tratar aquí [Wilber 1988] [Cuadro 5]. Como se observa, el desarrollo conduce al sujeto desde un mayor anclaje en lo corporal hacia una mayor concienciación, situándose el yo al principio en lo biológico, luego en lo mental y más tarde en lo espiritual. La antroposofía estudió en detalle las primeras fases “corporales” (sensomotora y preoperatoria), a las que adjudica en conjunto los primeros siete años de vida extrauterina [Lievegoed 1979, Crottogini 1997].

Fase prenatal

Es del todo importante dejar en claro que ya en la fase prenatal y desde la concepción:

- *El sujeto se sensibiliza, asimila y se acomoda*

La llegada de un estímulo es incorporada como un impacto emocional. La producción de placer o displacer predispone al sujeto – que necesita de estímulos para su completamiento y sobrevida – a rechazar o buscar más tarde ese mismo estímulo en su ambiente. Así, la necesidad se transforma en deseo, y el sujeto aprende, para determinados estímulos antes de nacer, que la satisfacción llegará aceptando ese estímulo conocido (“cognocido”) y no otro (que en otra cultura podría haberle sido ofrecido para satisfacción de la misma necesidad). El sujeto queda sensibilizado a este estímulo y su búsqueda activa de estimulación se dirige en la dirección aprehendida y aprendida. Dentro del sujeto, el estímulo se difumina para pasar a formar parte del sujeto, de la misma manera que una ameba incorpora mediante un pseudopodio un cierto alimento, que al disolverse pasa a ser parte del animal, que ha “digerido” el estímulo. Ya

enriquecido con esa estimulación, el sujeto se acomoda a este ambiente y no a otro, por lo que va perfilándose como sujeto de esta cultura. Por supuesto, es éste un proceso constante y de por vida, desde siempre y para siempre.



Cuadro 5

❑ *Los fenómenos son transdimensionales*

Solemos entender el inicio de la vida, el instante de la concepción, como un fenómeno biológico, lo cual a todas luces es correcto. Pero también podríamos considerarlo – así como el resto de la vida toda - como un acto eminentemente emocional o físico (eléctrico) o espiritual. En el momento en que surge el nuevo núcleo celular, cargado por primera vez de ese particular conglomerado cromosómico, sucede como con la flor: la situación está sometida a innumerables factores externos de influencia: calor, movimiento, ritmo... Cada experiencia puede leerse, también aquí, desde cualquier dimensión. Aún no estamos habituados a considerar la concepción en sí misma como un acto emocional. Los libros de embriología siguen siendo biológicos, pero el nuevo individuo es transdimensional.

❑ *Desde el primer instante existen emociones y cogniciones*

Un posible desarrollo emocional–cognitivo ya en la vida prenatal podría ser el que se presenta en el Cuadro 6. Se observan en él las influencias teóricas del psicoanálisis [por ejemplo Chiozza 1993], el desarrollo según Piaget [Piaget 1977] o la psicología transpersonal [Grof 1994].

DESARROLLO EMOCIONAL-COGNITIVO INICIAL	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Sensación oceánica satisfecha de totalidad, de duración ínfima ◆ Ruptura del equilibrio por carencia (= necesidad) ◆ Fluctuación por carencia: “vibración” ◆ Afecto carencia ◆ Signos corporales (=”lenguaje”) de carencia, indiscriminados ◆ Estado: ansiedad 	
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Encuentro casual del satisfactor ◆ Afecto placer e inicio de los sistemas funcionales ◆ Suspensión de signos corporales de carencia ◆ Estado: alegría 	<p><i>o bien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ausencia / demora del satisfactor ◆ Afecto displacer en aumento ◆ Mantenimiento de signos corporales de carencia hasta su agotamiento e inicio de sistemas funcionales de signo diferente ◆ Estado: decepción
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Discriminación de afectos y signos corporales aprendidos como útiles para la búsqueda del satisfactor conocido (“deseo”) ◆ Búsqueda activa y hallazgo (o no) del satisfactor conocido ◆ Confirmación del afecto placer o displacer (= inicio de la cadena cognitiva) 	

Cuadro 6

Fase prenatal

Piaget [Piaget 1969] señala que “la psicología del niño ha de considerarse como el estudio de un sector particular de una embriogénesis general, que se prosigue después del nacimiento”. Es la producción de organizaciones anteriores lo que en cada estadio del desarrollo permite que el sujeto se vuelva a sensibilizar ante nuevos estímulos. Así, su desarrollo individual depende de:

- a. sus posibilidades de organización interna (esquemas, sistemas funcionales)
- b. los paquetes estimulares a los que circunstancialmente el sujeto va estando expuesto.

La organización más primitiva, que en este escrito situamos desde la concepción, es representada en el Cuadro 7.



Cuadro 7

Las actividades reflejas (predisposiciones rítmicas de cada “terreno” a ciertas acciones preferidas por sobre otras) son confirmadas (quedan sensibilizadas) por sus resultados al interactuar con el ambiente estimulador y asimiladas en “esquemas de acción” que guiarán el desarrollo posterior.

La fase sensomotora puede dividirse en seis estadios, en que la ritmicidad de la actividad da lugar al fortalecimiento intrínseco de reflejos, con los que el sujeto se sensibiliza particularmente a determinados estímulos y no a otros. Así, ciertas acciones son preferidas por sobre otras, lo que genera ciertas reacciones emocionales, placenteras o displacenteras según haya habido satisfacción o no, según haya habido o no fortalecimiento extrínseco de los reflejos.

La repetición de ciertas acciones configura actitudes emocionales básicas producidas por la oferta, en su gran mayoría casual, de particulares paquetes estimuladores, esto es, una particular forma cultural (por ejemplo cultural familiar) de (in)satisfacer necesidades primordiales [Wernicke 2004].

Determinadas acciones se instalan con preferencia a otras porque son preferencialmente estimuladas por cada cultura. Se instalan hábitos, como conglomerados actitudinales.

El individuo apela a reacciones circulares aleatorias (primarias), luego intencionales (secundarias) y por fin experimentales (terciarias), en un proceso de meses de duración, coordinando entre sí “esquemas” (sistemas funcionales) previos.

A lo largo de nueve meses de vida intrauterina y aproximadamente otros nueve después del nacimiento, la interacción del niño con el ambiente pasa de

ser una interacción con eventos, en ocasiones similares entre sí, a una actividad cognitiva suficiente como para ligar esos eventos con la memoria (reconocimiento, recuerdo) de otros similares, hasta considerarlos objetos permanentes, externos a sí mismo.

El final de la fase sensomotora tiene lugar aproximadamente a los 18 meses de edad. En ese momento, el niño es capaz de:

- Ejercer un pensamiento representativo: puede evocar objetos
- Reconocer su yo como un objeto más entre otros objetos permanentes (primera descentración).

Como resumen, diremos que la fase sensomotora se caracteriza por:

- Una lenta construcción de la realidad objetiva y, en caso de obtener preponderantemente satisfacción a partir de ella, de la confianza (confianza primordial) en la realidad circundante inmediata (descentración)
- Impactos emocionales y lento enriquecimiento de las cogniciones, apenas ligadas a representaciones / simbolización
- Adquisición de actitudes / hábitos / gestos de la comunidad circundante inmediata y sus lenguajes (incluso verbal: prelingua / lingua), sin todavía generar creatividad lingüística (lenguaje) [Quirós 1980, Wernicke 1991]
- Constructos espaciotemporales y causales apoyados en la motopercepción (esquemas, sistemas funcionales).

Fase preoperatoria

Lentamente se va conformando en el sujeto un eje de estabilidad (el resumen de sí mismo, lo más característico y constante), que puede describirse como aquellos rasgos de máxima coherencia y máxima permanencia en el tiempo que el sujeto presenta, en todas sus dimensiones. Es un *eje sistémico, dinámico y transdimensional*. Se nutre del intercambio constante con el medio y se halla en constante modificación. Su coherencia interna sólo es posible por un proceso de máxima decantación de aquellas características más típicas de cada individuo [Wernicke 2004].

Así, el desarrollo puede definirse como la reorganización del eje de estabilidad del sujeto merced al completamiento de sistemas funcionales enriquecidos por el aporte del contexto.

Por ciclos, este eje de estabilidad alcanza pináculos de desarrollo y se inicia una nueva fase. Es la estructura profunda la que cambia. Spitz [Spitz

1969 llama a estas cumbre de desarrollo “puntos nodales”, períodos críticos en que

- “Las corrientes del desarrollo se integran entre sí en diversos sectores del psiquismo”, lo cual
- “Reestructura el sistema psíquico en un nivel de complejidad superior”.

Estos momentos culminantes contienen indicadores (observables) que constituyen “el síntoma visible de la convergencia de diversas corrientes diferentes del desarrollo” (un ejemplo: la sonrisa social).

Durante la extensa fase preoperatoria (lentamente reemplazada por la fase operatoria concreta, con un pensamiento lógico que recién entonces puede parecerse al del adulto), cuya duración se extiende hasta después de cumplidos los 5 años de edad (es decir, a lo largo de toda la etapa preescolar) el niño piensa en base a parámetros “no razonables”. El Cuadro 8 brinda un resumen de la forma de pensar durante esta fase.

CARACTERÍSTICAS DE LA FASE PREOPERATORIA

- Pensamiento mágico:**
Personas y cosas con capacidades no objetivables (una piedra protege)
- Mito:** Un poder externo dispone las cosas
- Mezcla de condiciones externas y representaciones internas:**
Déficit de separación entre las realidades externa (objetiva, conjunta) e interna (subjética, individual)
- Animismo:** Los objetos tienen vida
- Antropomorfismo:** Animales y plantas poseen propiedades humanas
- Pensamiento lineal unidimensional:** El juicio se orienta según un solo elemento (ese hombre es viejo porque es canoso)
- Cambio de identidad:** “Soy un perro” (sin asombro)
- Conceptos según la acción subyacente:** Concepto entendido según la actividad (pasan 3 días porque se duerme 3 veces)
- Opuestos polares, sin intermedios:** Bueno o malo
- Numeración concreta:** Cuenta objetos, sin concepto de número propiamente dicho
- Egocentrismo = artificialismo = antropocentrismo:**
 - Comprendo a partir de sensaciones, sentimientos, pensamientos propios
 - Mi percepción es la verdad
- Pensamiento irreversible:** Pensando no hay vuelta al estado inicial
- Explicaciones analógicas:** El sol se pone porque está cansado
- Rigorismo moral = simplismo:** Los valores son para todos, sin matices según las circunstancias

Cuadro 8

Como se ve, a un adulto que lea esto le costará reconocerse en el niño que transite las fases prenatal o sensomotora, aun cuando sigamos efectuando operaciones sensomotoras a lo largo de toda la vida. En cambio, nos parece reconocer fácilmente en nuestra actividad cotidiana algunas de las características preoperatorias: Por momentos somos mágicos o míticos, pensamos linealmente, somos antropomórficos y animistas. Por ciclos lentos o en un mismo día, somos capaces de transitar, según necesidad, las diferentes fases que hemos resuelto años atrás. Sin embargo, el proceso llamado regresión, íntimamente ligado al aumento de ansiedad, se produce volviendo a una fase anterior, que brinde mayor seguridad.

La fase preoperatoria está claramente dividida en dos subfases: La primera, entre aproximadamente el año y medio y los dos años y medio de vida extrauterina, se caracteriza por la conformación cada vez mayor de sistemas funcionales, que van imbricándose entre sí hasta alcanzar un entrelazamiento único, de todo el individuo, que comienza a reconocerse como un todo y a utilizar la primera persona del singular para referirse a sí mismo. Esta imbricación global se conoce como integración o estructuración de la personalidad. Antes de ello podríamos formular que el niño carece de personalidad, de concepción de sí mismo como un todo único diferente del resto del universo. En la segunda subfase los sistemas funcionales siguen enriqueciéndose (como durante el resto de la vida) y el sujeto queda demasiado centrado en la visión del mundo desde su sola óptica: Es egocéntrico y pretende operar desde su cosmovisión, ordenándole al mundo cómo proceder. Abandonar el egocentrismo (segunda decentración) le llevará el resto de la subfase. Sólo al final del período preoperatorio reconocerá la potencia del mundo que lo rodea y de los humanos adultos. Inicia la etapa del mito, un poder externo que dispone de las cosas.

La resolución de cada fase / subfase debe considerarse una novedad, una reestructuración en el desarrollo, en suma, una identificación. Cuando una fase no queda resuelta, cuando el niño no madura por completo para dar lugar a la fase siguiente, queda varado en la fase en cuestión, con emociones claramente negativas en las que predomina la línea del miedo: temor – terror – pánico. La fusión con los otros, que permite un derrotero de independización (una lenta “des-fusión”) que se resuelve a fines del preoperatorio queda bloqueada. La fusión permanente lleva a una con-fusión.

Mahler

Margaret Mahler [Mahler 1986] describió el mismo desarrollo humano de otra manera, que será conveniente resumir aquí porque utilizaremos esta clasificación más adelante como una de las bases para explicar la cronología de instalación de los trastornos generalizados del desarrollo.

Según esta autora el niño pasa en sus primeros 3 años por

A. Una fase simbiótica, que divide en

1. Autismo normal (primer mes de vida extrauterina) y
2. Simbiosis (entre los 2 y 6 meses)

B. Una fase de separación e individuación (independización y práctica), hasta los 18 meses.

La primera de esas etapas, que dura aproximadamente 3 semanas después del nacimiento, es la que Mahler denomina *autismo normal*. También se la conoce como presimbiosis, etapa anobjetal o etapa adual.

En ella, la satisfacción de las necesidades pertenece a la propia órbita omnipotente (el niño parece intuir que es el único ser del universo, y que por lo tanto es el responsable de su propia satisfacción). En una imagen de Freud [Freud 1911], es un estado parecido al que presenta un embrión de ave que se dijera a sí mismo: yo soy la yema y la clara. No hay conciencia de un agente materno. El peligro consiste por lo tanto en la pérdida de la homeostasis.

Este período finaliza con una corta semana de transición entre el autismo normal y la siguiente fase de simbiosis normal (entre las 3 y las 4 semanas de vida extrauterina).

Aparece una mayor sensibilidad a la estimulación, lo que hace que el niño se vea abrumado e incremente sus episodios de llanto. La madre es la encargada de reducir la tensión, es decir, actúa como un yo auxiliar. Con esta satisfacción / tranquilización externa, el niño no necesita desarrollar prematuramente recursos propios. Las dos características prominentes de esta semana son:

- No puede alcanzar la homeostasis por sí solo
- La madre (manera breve de tipificar a la persona de referencia con función maternante) es el organizador simbiótico (brinda ritmos y satisfacciones).

La fase siguiente, más prolongada, es la llamada *simbiosis normal*, también conocida como simbiosis omnipotente, relación de objeto satisfactora o etapa preobjetal.

Son sus características:

- Hay una cognición confusa del objeto satisfactor
- El sistema sigue siendo omnipotente, ahora a la manera de una unidad dual con un límite común (pareciera decir: yo soy la yema, y me percato de que en el universo existe además una clara, cuya única función es la de satisfacerme)

- ❑ Hay memoria del placer de la gratificación (o del displacer de la espera o la insatisfacción), con lo cual surge el decurso temporal: Puede esperar la satisfacción con confianza (yo inicial) o no.

El peligro, por consiguiente, es la pérdida del objeto materno (su persona de referencia, de la cual depende vitalmente).

El largo período de separación / individuación llega finalmente hasta los 18 meses. Al inicio de esta fase aparecen contradicciones, que producen

- a) Oscilaciones entre
 - el placer interno y
 - el placer por las percepciones provenientes del exterior
- b) Oscilaciones entre
 - el placer por el funcionamiento autónomo y
 - la angustia de la separación concreta en el mundo real.

Recién a los 18 meses logra la separación física. Es interesante notar que la constancia de objeto (y la representación de los objetos en su mente) le permiten accionar a partir de ahora y para siempre según sus imágenes mentales (y ya no de acuerdo con los sucesos / objetos concretos de la realidad objetiva).

Aquí el peligro ya no consiste en perder el objeto (que es constante), sino en perder el amor que el objeto (de referencia, maternante) le brinda.

III. SISTEMAS

Un sistema [Wernicke 2004] puede ser definido como

- ❑ Una conceptualización de una configuración espacio-temporal determinada
- ❑ en una dimensión definitoria determinada,
- ❑ con características de las cuales por lo menos una es una novedad irreductible (no puede adjudicarse a ninguno de sus componentes),
- ❑ en que cada componente -en un mismo nivel o en niveles jerárquicamente organizados- ejerce influencia sobre los demás y recibe la influencia de los demás.

Siempre un sistema representa una diferenciación. Diversos autores han resaltado esta circunstancia del modo siguiente: Un sistema es

- ❑ Un todo ordenado que representa una diferencia respecto del ambiente [Speck 1988]
- ❑ El producto de una invariancia más una variancia (= innovación) [Ciompi 1997]
- ❑ Un todo integrado cuyas propiedades no pueden ser reducidas a las de unidades más pequeñas [Gang 1989].

Los sistemas humanos son siempre sistemas vivos, por tanto activos y en funcionamiento, vale decir, en constante cambio. Este funcionamiento es resultante de la constante interacción de terreno y ambiente, desde la concepción y para siempre. De ahí que nos refiramos a ellos como sistemas funcionales [Anokhin 1935; Quirós 1980] (Figura 3).

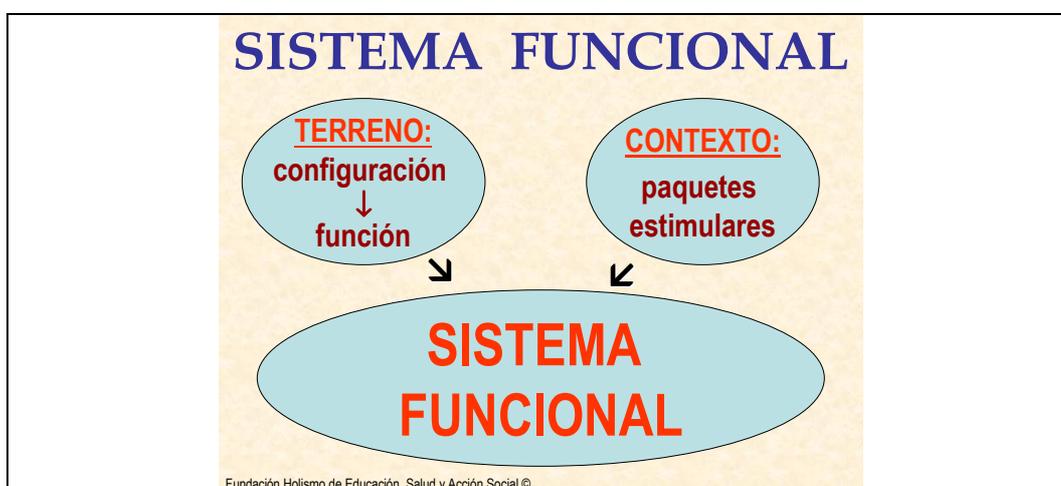


Figura 3

La interacción constante da lugar a *modalidades de interacción* [Wernicke 2004]. Éstas pueden definirse como interacciones propuestas por el contexto que el individuo aprende a preferir como satisfactores de sus necesidades primordiales, convirtiéndolas en deseo. Son acciones que se van convirtiendo en actitudes / hábitos que pasan a formar parte del individuo, al decir de Bowlby como “modelos operatorios internalizados” [Bowlby 1993]. Puesto que estas interacciones tienen lugar incesantemente desde siempre, su resultado es la plataforma inicial de una próxima interacción, que queda influida por la interacción anterior y tendrá lugar desde ese nuevo terreno y en ese nuevo ambiente. El dicho popular reconoce esta secuencia: Una cosa trae la otra.

R. Sheldrake [Sheldrake 1990], al referirse a las matrices causales que subyacen no sólo a la manera de interactuar sino incluso a la(s) forma(s) espacial(es) del ser humano, cita a Waddington [Waddington 1952], quien creó el concepto de “creoda”, una vía dinámica de cambio, una vía de desarrollo entre tantas. En la Figura 4 se observa que la esfera podría tomar diversos caminos, y lo hará según venga influida por las fuerzas anteriores y según cuán profundos sean esos valles o creodas. Obviamente, el resultado final será un desarrollo determinado y no otro. No son ni la esfera ni el valle los determinantes del próximo paso, sino su interacción. Dicho en términos biogenéticos, el genotipo no es el que determina el fenotipo actual, sino sólo una propuesta que, junto con todas las interacciones a lo largo de la vida del sujeto, ha colaborado en llegar hasta el presente. Es interesante resaltar que las modalidades de interacción van pasando de una generación a la otra, insertadas profundamente en el eje de estabilidad del individuo. Pueden trazarse así líneas de desarrollo (“tradiciones”) familiares.

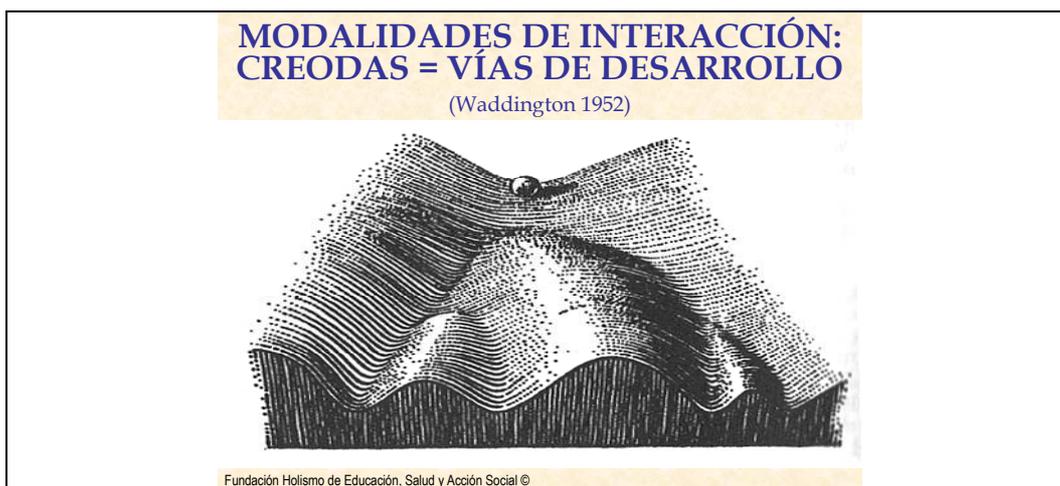


Figura 4

En consecuencia, una alteración cualquiera, en cualquier momento de la vida, puede desviar un curso de desarrollo y producir un desarrollo diferente, quizás anómalo. Esa alteración cualquiera, por consiguiente, impactará en el desarrollo futuro tanto más cuanto más temprana ella sea, y puede provenir tanto de la esfera (el terreno) como del camino y sus hondonadas (el ambiente).

Así, podemos volver a la Figura 3 y transformarla en su versión alterada: Figura 5.

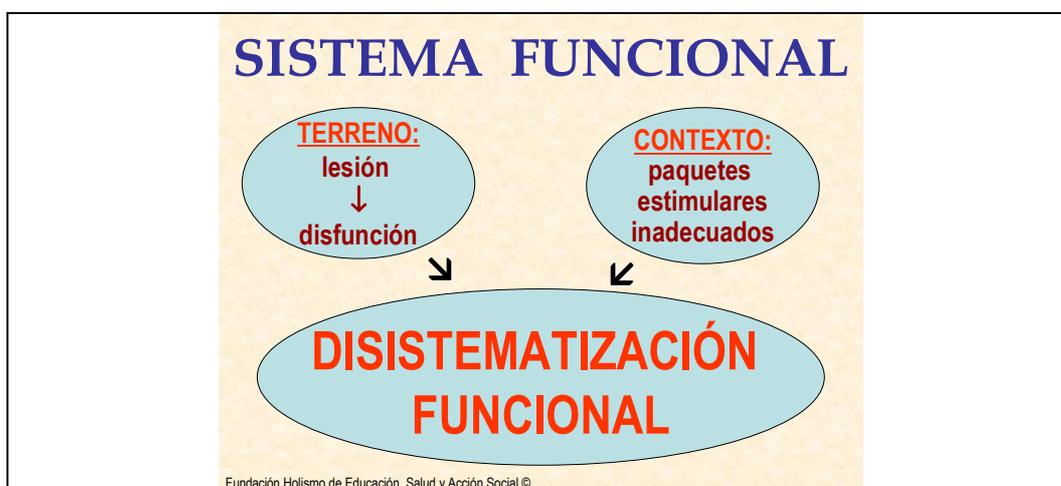


Figura 5

Considerando esta modificación patológica desde un punto de vista meramente biológico (terreno) podríamos observar en el sujeto, como influencia para el desarrollo de una dis-sistematización funcional [Wernicke 1984, 1991]:

- Una lesión (modificación de la estructura en un nivel preconvenido, o bien
- Una disfunción (metabólica = química = eléctrica).

Por otra parte, el ambiente (contexto) podría enviar paquetes estímulares inadecuados (en tiempo y/o en grado, esto es, en momentos impropios para ser recibidos por el sujeto en cada edad madurativa y/o en intensidades inapropiadas que el sujeto no puede incorporar normalmente).

Dos aspectos deben resaltarse:

1. Las influencias patologizantes provenientes del sujeto son holgadamente más infrecuentes que las iniciadas en el contexto. En la práctica,

es común que el médico corrobore que el niño “no tiene nada” (observando biológicamente), aunque presente signosintomatología, que naturalmente es transdimensional.

2. Son las disistematizaciones funcionales lo que el profesional no médico investiga mediante sus tests. Con esos instrumentos, el profesional no puede señalar con seguridad si la causa primera de la disistematización se encuentra en el terreno o en el contexto.

La interacción de un niño con su contexto puede graficarse como en la Figura 6. En el momento de la concepción, el terreno trae una propuesta al ambiente: Es esto, nada menos pero tampoco nada más, lo que es posible desarrollar en mí. De inmediato, el niño busca activamente ciertos estímulos que le permitan satisfacer sus necesidades actuales. De todas las propuestas, algunas son regadas por la estimulación del medio, con lo que esas potencialidades se transforman en habilidades primero y en capacidades después. El mejor de los medios, por cierto, será aquél que se acerque a la demanda del niño. Un medio ideal sería el que acertara en cumplir con todas las necesidades del niño, cosa que en la práctica no puede suceder. De esas interacciones surgen sistemas funcionales determinados. Aún en el caso de los gemelos univitelinos -que traen al mundo la misma propuesta-, la estimulación del ambiente, aunque muy similar, nunca será idéntica. Ya su vida intrauterina es diferente. En la figura, el sistema funcional actual representado podría haber sido en el caso ideal el del recuadro de la izquierda; pero su fenotipo actual será el recuadro de la derecha.

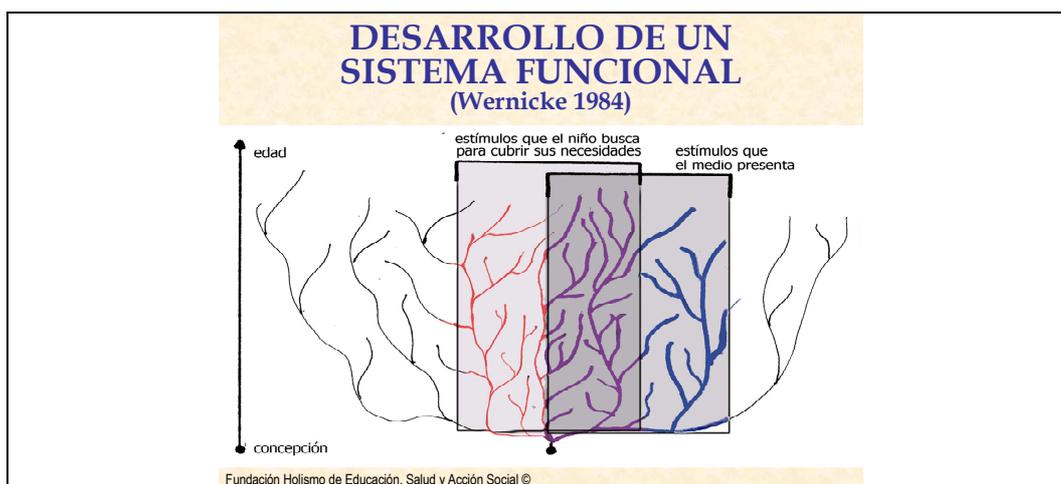
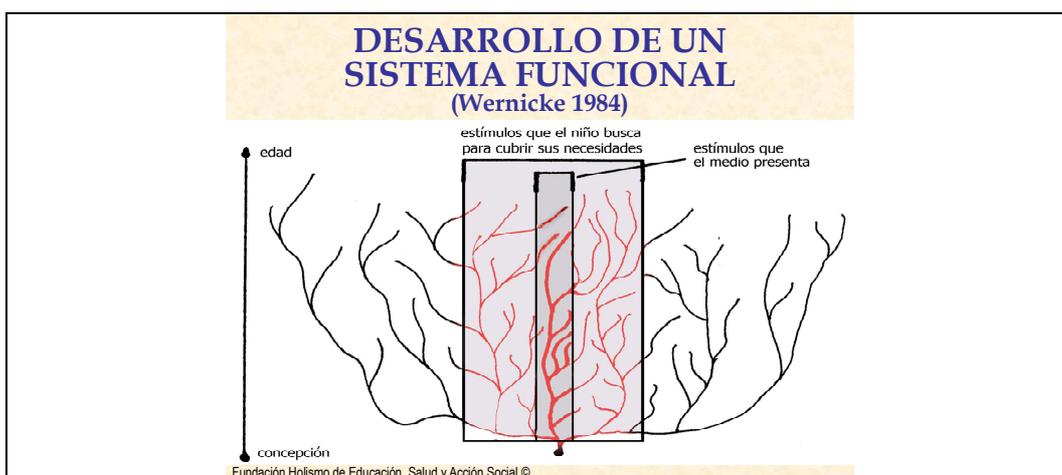
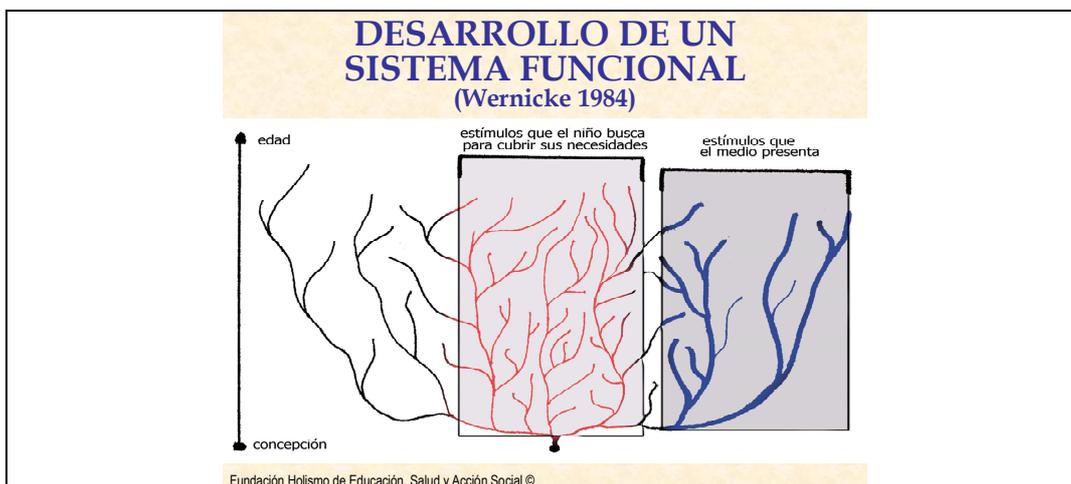


Figura 6

También podemos graficar otros desarrollos posibles (Figuras 7a y 7b). En ocasiones, la estimulación ambiental es notoriamente divergente de lo que el niño requiere para su sana satisfacción. Pensemos por ejemplo en el niño que prefiere desarrollar su mano izquierda pero se encuentra con un contexto familiar en el que sólo se acepta que desarrolle su dextralidad. Hasta donde pueda, el niño se acomodará a la situación, y desarrollará un fenotipo (y a partir de un momento madurativo, una personalidad) acorde al contexto.

Lamentablemente muy conocido es el caso en que el niño viene al mundo con una excelente propuesta, pero el ambiente entrega sus estímulos con cuentagotas. En el tercer y el cuarto mundos son legión. El desarrollo será hasta donde se pueda, y el sujeto pasará por fases de desarrollo con mínimas posibilidades de traducción.



Figuras 7a, 7b

A medida que el niño avanza en su desarrollo [Wernicke 2001], sus potencialidades (biológicas, emocionales, cognitivas, moleculares, espirituales) se transforman en habilidades: Domina ciertos elementos del ambiente gracias al enriquecimiento de sus sistemas funcionales proporcionado por el ambiente. Es hábil. Al ser ejercitadas, las habilidades se transforman en capacidades, adquiriendo el sujeto el dominio pleno de sistemas funcionales constituidos. No es lo mismo ser hábil para andar en bicicleta que ser capaz de ello, hábil para escribir que estar capacitado para escribir. La habilidad es una primera adquisición de la herramienta ambiental. Sin ejercitación se perderá. La capacidad es la incorporación final de esa herramienta al bagaje general del individuo, es creativa. La adquisición de habilidades es propia sobre todo de las fases sensomotora y preoperatoria, en tanto las capacidades se adquieren más y más a partir de la edad escolar. La habilidad es a la capacidad como la lengua al lenguaje.

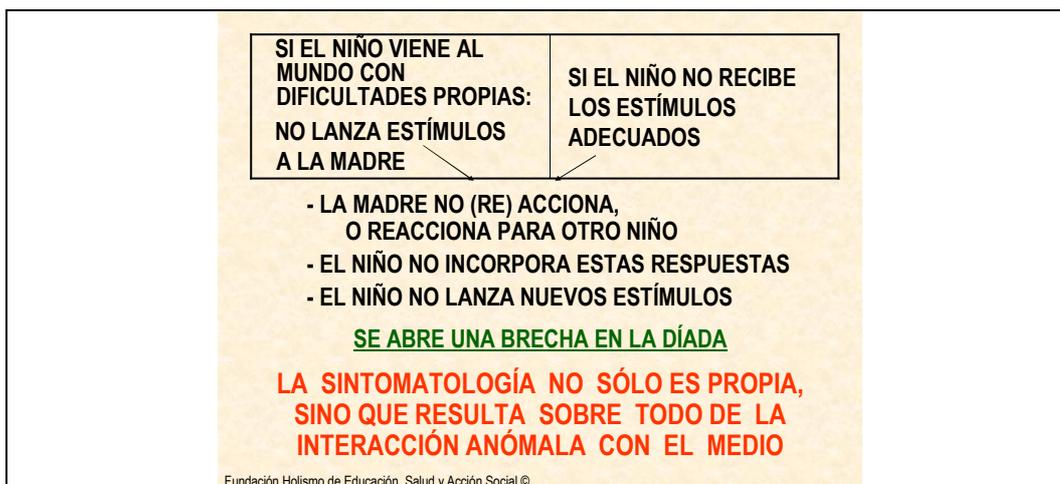
Cuando hablamos de discapacidades, entonces, en verdad podemos estar queriendo decir:

- Falta de ciertas potencialidades que el sujeto no trajo al mundo (es dis-potente)
- Falta de estímulos en edades tempranas, con lo que el niño no desarrolla o no desarrolla bien ciertas habilidades (es dis-habilitado)
- Una mala o pobre estimulación tardía (ejercitación) de las habilidades existentes (es dis-capacitado).

Está claro que la discapacidad, en este sentido restringido del término, es menos gravosa para el desarrollo que una dishabilidad, y ésta menos gravosa que una dispotencia, ya que la dispotencia y luego la dishabilidad, al instalarse en estadíos muy tempranos, inciden más sobre el desarrollo futuro.

Entre las potencialidades que el sujeto trae al ser concebido está la disposición a desarrollar un primer sistema funcional: la motopercepción; para un buen desarrollo de este sistema deben concurrir la normalidad en los sensorios, la motricidad, la memoria, la emocionalidad y la cognición. En caso contrario, el niño se presentará a su figura de referencia con dificultades para recibir los mensajes de ésta y/o dificultades para emitir los mensajes que la persona maternante espera recibir. La comunicación sufre en tal caso un distanciamiento: se abre una brecha en la díada.

Si observamos esta situación en el niño mismo, le adjudicaremos una signosintomatología. Pero justo es reconocer que no necesariamente la signosintomatología proviene causalmente del niño, sino de la interacción anómala. Se diría: Yo soy yo y mis circunstancias [Cuadro 9].



Cuadro 9

Necesidades primordiales

En diversos trabajos he descripto las necesidades primordiales (por ejemplo Wernicke 1986, 1989, 1991, 2001), tal como se han dedicado al tema numerosos autores [por ejemplo Reca 1975, Perls 1975, Freud 1976, Dyer 1982, Maslow 1985, Max-Neef 1986]. Es interesante su consideración transdimensional: Desde un punto de vista biológico juzgaremos inicial el punto marcado por el código biogenético. Desde un punto de vista psicológico, en cambio, juzgaremos inicial el estado de necesidad con el que se inicia la interacción con el medio [Cuadro 10].

NECESIDADES PRIMORDIALES DE IMPRESCINDIBLE SATISFACCIÓN EN EL SER HUMANO (Wernicke 1989)	
I. DE COMPLETAMIENTO 1. Pertenencia 2. Seguridad 3. Afecto 4. Compañía 5. Aceptación 6. Valoración 7. Conocimiento	II. DE DESARROLLO 8. Expresión 9. Autodefensa 10. Autoafirmación 11. Maduración 12. Expansión

Cuadro 10

La satisfacción, la satisfacción demorada o la insatisfacción de cada una de estas necesidades primordiales dan lugar a la aparición de primerísimas modalidades de interacción, en que primarán el placer o el displacer. Esos sentimientos preponderantes, y sus sucedáneos a lo largo del tiempo, hacen que el sujeto elija para su interacción con el mundo ciertos pensamientos (cogniciones) y no otros, ya que son esas cogniciones y no otras las que mejor reflejan su emocionalidad actual. Para actuar en disonancia con sus sentimientos actuales debemos realizar un esfuerzo voluntario (actuar), que no puede sostenerse en el tiempo. Finalmente, son las cogniciones las que están en la base de las acciones, como programa previo (las más de las veces inconsciente) que permite esta actividad y no otra [Figura 8].



Figura 8

Al comienzo de la vida, cuando las cadenas cognitivas aún carecen de suficiente desarrollo, no tienen poder para contraponerse a la emoción, que surge en la actividad sin filtro cognitivo. Es el caso del niño en las fases sensomotora y preoperatoria sobre todo inicial. Progresivamente la cognición puede hacerse cargo de la actividad, lo cual da comienzo a las pocas semanas de vida en caso de actividades poco relevantes. Esta situación se hace objetivable a los 18 meses de edad, cuando el niño abandona la fase sensomotora y adquiere finalmente representación simbólica, que se transforma plenamente en una cuña entre la emoción y la actividad con la integración de la personalidad (aproximadamente a los 2 años y medio) y particularmente a finales del período preoperatorio (durante los 5 años).

Excepciones a lo anterior son

- ❑ La emocionalidad avasallante (un peligro, una amenaza, pero también un entusiasmo), cuando la emoción se hace acuciante o de intensidad extrema (por ejemplo un sujeto en pánico o con gran hostilidad), o
- ❑ La deficitaria conformación de cadenas cognitivas (los así llamados “retardos mentales”).

La satisfacción de las necesidades primordiales produce el estado global del individuo llamado alegría. Hay distensión (emocional, de las fibras musculares), el sentimiento general es de placer. Esta circunstancia vital permite la conexión con el contexto y genera para ello actividad y coparticipación [Cuadro 11].



Cuadro 11

Cuando las necesidades primordiales quedan insatisfechas, el estado global surgido es la ansiedad. Podemos hacer fácilmente de la ansiedad un sinónimo de lo que sobre todo en la medicina clínica se conoce como estrés. Hay tensión (emocional, de las fibras musculares), el sentimiento general es de displacer. Esta circunstancia vital lleva al sujeto a intentar poner distancia entre la fuente estimuladora y él. Si le es posible, procede a la huida (abandono del área con todo su organismo). Si no puede hacerlo (por ejemplo es un niño y está obligado a permanecer en el lugar: la casa, el aula) huirá con el psiquismo, lo que se conoce como evitación: La consecuencia observable es la distraibilidad.

En ocasiones, la intensidad emocional es extrema (por ejemplo pánico) y la evitación se transforma en desconexión. Esto sucede sobre todo cuando no

hay suficientes cadenas cognitivas para resignificar el pánico y hallar estrategias, por ejemplo en el niño de muy corta edad o con déficit cognitivo. La solución hallada es bloquear los lazos (a esas edades, más tenues) con la realidad subjetiva conjunta (una construcción cognitiva) y emplear la emocionalidad y la poca cognición desarrollada hasta ese momento en la realidad subjetiva individual. Muchos autores han creído ver en este paso una actividad alucinatoria y, por consiguiente un cuadro psicótico. Pero también el bebé normal apela a este recurso cuando sus padres pelean amenazadoramente: se duerme.

La desconexión produce hiperactividad (motora global), coherente con el gran incremento de la ansiedad, y agresión (intento de obtener los satisfactores imprescindibles que el medio no le hace llegar). [Cuadro 12]. Un empeoramiento es la autoagresión, en el sujeto que ya no se atreve a agredir al ambiente.



Cuadro 12

Puesto que las necesidades primordiales siguen buscando satisfacción durante toda la vida, estos son circuitos que se repiten a todo lo largo de ella. Las consecuencias observables en la actividad final dependerán cada vez del desarrollo de las cadenas cognitivas y de la intensidad de la emocionalidad surgida.

- Debe subrayarse a toda edad que los sentimientos de
- placer son atractores, y los de
 - miedo son repulsores.

Teoría de la comunicación y salud

Un caso de notoria elevación de la ansiedad es el producido por el llamado doble vínculo [Bateson 1998], en que no hay huída / evitación posibles: El receptor del mensaje no puede abandonar el campo. El mensaje es emitido por una persona de primerísima importancia relacional – vincular (por ejemplo la madre, el padre) y está conformado por dos consignas contradictorias (doble mensaje), de cumplimiento imposible ya que cuando se cumple con una se contradice la otra [Cuadro 13].

Es la teoría de la comunicación [Watzlawick 1971] la que mejor ha estudiado esta situación. También ha señalado la fundamental diferencia entre el rechazo (desacuerdo entre dos interlocutores, una situación de contenido que no mina la relación) y la descalificación (desprecio del interlocutor como tal, maltrato del otro como no humano). El primero puede producir elevaciones de ansiedad, pero éstas jamás son comparables a la devastación emocional que produce la descalificación cuando proviene de personas de referencia de primerísima importancia para el sujeto.

TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN
(Watzlawick 1967)

DOBLE VÍNCULO

- 1. Dos afirmaciones contradictorias (doble mensaje) que impiden la elección**
- 2. La relación es intensa y vital**
- 3. El receptor no puede abandonar el campo**

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 13

Las elevaciones de ansiedad (tensiones musculares y emocionales no resueltas) hacen que alrededor del eje de estabilidad del ser humano emerjan fluctuaciones. También las elevaciones de alegría las producen. En cualquiera de ambos casos, cuando estas fluctuaciones se alejan demasiado del eje de estabilidad la cultura determina que el sujeto está desestabilizado (enfermo, etimológicamente *in-firme*) [Wernicke 2004].

En ocasiones las fluctuaciones son tan extremas que ya no pueden referirse al eje de estabilidad [Prigogine 1983, Wernicke 2004] [Cuadro 14], y deben organizarse en torno a un eje de estabilidad alternativo. Éste sería el caso de la esquizofrenia.

La salud, por tanto, puede definirse, como lo hace la Organización Mundial de la Salud [OMS 1946], como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente de ausencia de enfermedad o endeblez (en inglés "*infirmity*"); o bien como un estado de fluctuación cercana al eje de estabilidad.



Cuadro 14

IV. PSICOSIS

El término “psicosis” es de muy difícil definición, pero siempre se considera que el sujeto no ha logrado o ha perdido el contacto con la realidad (construida conjuntamente). Popularmente se le dice “loco”, lo que en su etimología significa “fuera de lugar”.

Las clasificaciones clínicas abundan. Aquí presento una clasificación clínica sencilla [Cuadro 15]:

-
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Psicosis Tempranas =
 Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD)<ul style="list-style-type: none">- Autismo / Psicosis simbiótica- Asperger
<input type="checkbox"/> Psicosis Tardías<ul style="list-style-type: none">- Esquizofrenia- Trastorno bipolar = Psicosis maníaco - depresiva |
|---|

Cuadro 15

Al respecto:

- Los Trastornos Generalizados del Desarrollo son lo que en terminologías previas se denominaba psicosis tempranas. El nuevo nombre es un progreso, ya que tipifica mejor qué es lo que sucede en el individuo.
- Los autismos y las psicosis simbióticas se consideran dos cuadros similares con pocas diferencias
- El trastorno de Asperger se considera un TGD.

He diferenciado las psicosis tempranas de las tardías porque su curso clínico es francamente diferente: Mientras que los TGD constituyen cuadros constantes, las psicosis tardías cursan en crisis.

Específicamente, debe considerarse como diferencial la situación madurativa del sujeto en el momento en que tiene lugar la instalación del cuadro. Al respecto, es del todo importante tener en cuenta la edad de instalación como diferente de la edad de presentación / manifestación / detección por parte del entorno. Las psicosis tempranas siempre se instalan en

un estadio en que el sujeto aún no ha integrado la personalidad; en cambio, las tardías siempre se instalan cuando una personalidad ya integrada deja de estarlo [Cuadro 16].

-
- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Psicosis Tempranas = TGD<ul style="list-style-type: none">- Por <i>falta</i> de integración de la personalidad
<input type="checkbox"/> Psicosis Tardías<ul style="list-style-type: none">- Por <i>des</i>-integración de la personalidad |
|---|

Cuadro 16

En otras palabras:

- Al momento de instalarse un TGD el niño aún no ha integrado su personalidad. Su trastorno se inicia siempre antes de los 2 años y medio madurativos, edad aproximada de integración de todos sus sistemas funcionales en un solo, global, que le permite reconocerse como un todo único. Este niño instala este trastorno cuando aún nunca se ha reconocido a sí mismo como un todo único, diferente por completo de su ambiente.

- El niño se encuentra transitando las fases
 - Prenatal
 - Sensomotora o
 - Preoperatoria temprana.

- Su desarrollo cognitivo dependerá del tiempo que ha transcurrido antes de la instalación del trastorno (del estadio de desarrollo en que se encuentra), y ese hecho marcará en gran parte su signosintomatología.

No obstante, a todo TGD cabe la siguiente definición [Cuadros 17a y 17b]:

EN TODO TGD HAY SIEMPRE

- **Una *dishabilidad* en la elaboración de la información (deficitaria, exagerada o contradictoria), que a su vez conduce a**
- **Un *trastorno* -por lo general parcial- de la *interacción con la realidad conjunta* (interobjetiva e intersubjetiva), lo que a su vez conduce a**
- **Una *dificultad en el pasaje* entre la realidad conjunta y la realidad individual**

Cuadro 17a

Al respecto:

- La dishabilidad en la elaboración*

Son muchas las causas por las cuales un sujeto de cortísima edad no ha instalado la habilidad de elaborar la información: Factores de terreno que no permiten o dificultan el ingreso de información; estimulaciones emitidas fuera de tiempo o grado; estimulaciones que no coinciden con sus habilidades adquiridas hasta entonces; dobles mensajes; o una conjunción de ellos.

- El trastorno con la realidad conjunta*

Como consecuencia, se dificulta su interacción con la realidad conjunta, toda vez que se ven afectadas sus posibilidades de configurar un desarrollo cognitivo. En fases en que prima la emocionalidad no hay cadenas cognitivas suficientes como para modificar esta interacción.

- La dificultad de pasaje*

No se establece por consiguiente una clara distinción entre realidad interna, subjetiva, y realidad externa, objetiva. Con ello, se con-funden los fenómenos internos y externos.

Cuando pretendemos comunicar algo de nuestra realidad interna procedemos a anunciarlo. Por ejemplo, cuando hemos tenido un sueño advertimos a nuestros interlocutores que relataremos algo que no respeta la lógica de la realidad conjunta. Si no lo anunciamos y simplemente relatamos el sueño, los interlocutores podrían acusarnos de "locos", de ilógicos. La

comunicación con la realidad externa requiere de reglas (aprendidas) que la faciliten. La comunicación se ve tanto más facilitada cuanto mayor sea la edad madurativa que ha alcanzado el niño antes de la instalación del trastorno, por ejemplo porque ha tenido tiempo de adquirir las normas de su comunidad (lingua).

En el Cuadro 17b observamos fáciles consecuencias clínicas a deducir de esta definición:

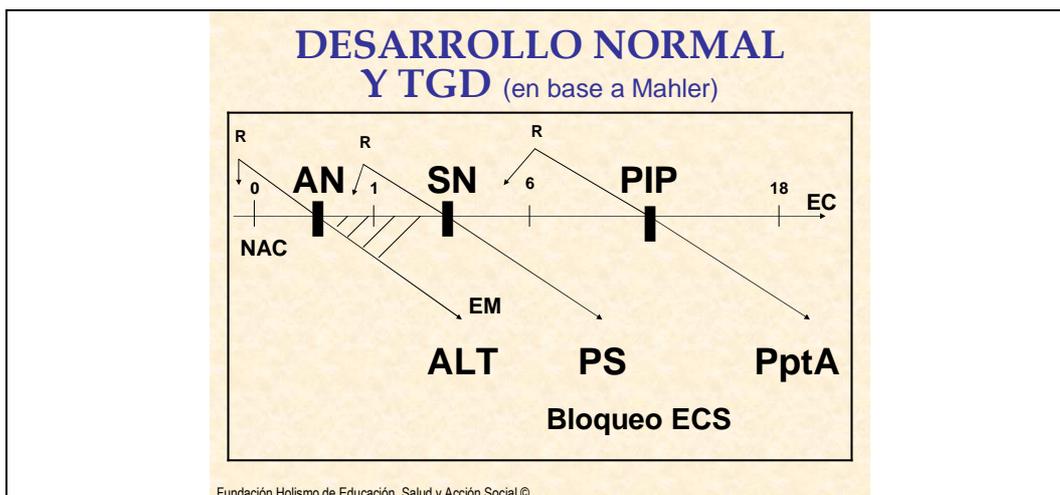
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO (Wernicke 1990, 2001)	
<p>EN TODO TGD HAY SIEMPRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una dishabilidad en la elaboración de la información (deficitaria, exagerada o contradictoria), que a su vez conduce a ➤ Un trastorno -por lo general parcial- de la interacción con la realidad conjunta (interobjetiva e intersubjetiva), lo que a su vez conduce a ➤ Una dificultad en el pasaje entre la realidad conjunta y la realidad individual 	<p>Siempre reducir la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Modificar el ingreso de información: Trabajo sensorceptual (Psp, FA, etc.) ➤ Ayudar a observar, elaborar y ordenar la realidad conjunta: PT, Ops ➤ Ayudar a establecer límites entre lo interno y lo externo; Abrazo de Contención

Fundación Holismo de Educación, Salud y Acción Social ©

Cuadro 17b

- ❑ Dishabilidades elaborativas, interacciones anómalas y dificultades de pasaje significan insatisfacción de necesidades primordiales, y por ende elevación de la ansiedad, que debemos reducir.
- ❑ Se debe modificar el ingreso de información, haciéndolo lo más normal posible.
- ❑ Los máximos representantes de la realidad conjunta (generalmente los padres) deben redimensionar el ambiente de manera que el niño pueda observar, elaborar y ordenar mejor la realidad conjunta ofrecida,
- ❑ dando al niño la oportunidad de reconocer mejor la frontera entre las realidades propia y conjunta.

Si observamos con mayor cercanía la instalación de los cuadros genéricamente denominados Trastornos Generalizados del Desarrollo [Cuadro 18] podremos comprender los diferentes cuadros como resultantes de un *bloqueo emocional – cognitivo – social* a diferentes edades del niño.



Cuadro 18, donde: AN: autismo normal; SN: simbiosis normal; PIP: período de independización y práctica; NAC: nacimiento; EC: edad cronológica; EM: edad madurativa; R: regresión; ALT: autismo de la lactancia temprana; PS: psicosis simbiótica; PptA: psicopatía autística de Asperger

La línea horizontal representa el decurso normal de la vida, desde la concepción y pasando por el nacimiento, hasta los 18 meses de vida extrauterina. En algún momento de su desarrollo el niño queda sometido a impactos negativos (insatisfactores) que no puede elaborar y/o a los cuales no puede reaccionar normalmente. En ocasiones el impacto es de tal magnitud que incluso lleva al niño a intentar refugiarse en una fase anterior (regresión), con conductas propias de esa fase anterior. Puede tratarse en cada caso individual de un impacto único, muy objetivable, tan llamativo que la familia lo recuerda. O puede tratarse de muchos pequeños impactos no notables para la familia. Puede tratarse de impactos tanto biológicos como emocionales. Por cierto, si el niño ha venido al mundo con una mayor vulnerabilidad (por ejemplo lesión encefálica, "retardo mental", una metabolopatía, un síndrome de X frágil, etc.) los normales impactos que otros niños resistirían son demasiado para éste.

Si seguimos la forma en que M. Mahler describe las fases del desarrollo, podríamos entender que un gran impacto negativo, productor de bloqueo emocional-cognitivo-social, que tenga lugar en las primeras semanas de vida, saque al niño de su normal desarrollo, que seguirá por una vía anómala. Un impacto así produciría el cuadro clínico denominado por L. Kanner Autismo de la Lactancia Temprana [Kanner 1943]. Al iniciarse la vía anómala de desarrollo (una *creoda patológica*) se abre una *brecha cronológico-madurativa* (líneas oblicuas), cada vez mayor al pasar el tiempo. Si la instalación del bloqueo tiene lugar durante la fase de simbiosis, es decir, entre los 2 y 6 meses de edad, el cuadro clínico resultante será la Psicosis Simbiótica de M. Mahler [Mahler 1986]. Este niño presentará necesariamente una signosintomatología similar al anterior, pero su desarrollo cognitivo será algo mayor. La principal característica

consiste en el lugar donde buscará refugio ante la exacerbación de la inseguridad: De la base segura [Bowlby 1964, 1986] en sí mismo (autismo) a la base segura representada por la figura maternante (simbiosis). Por otra parte, es indudable que el niño que desvía su desarrollo después del 2º mes y quizás en el 6º presenta un desarrollo cognitivo normal mayor que aquél que ha debido abandonarlo durante el primer mes de vida extrauterina.

Nada sabemos del niño que ha sufrido estos impactos durante la vida prenatal.

El trastorno de Asperger es el cuadro clínico correspondiente al bloqueo emocional-cognitivo-social acaecido durante el comparativamente largo periodo de independización y práctica. Las cadenas cognitivas ya son mucho más robustas, y en correspondencia la signosintomatología es la de un niño que ha ingresado en una vía anómala de desarrollo más tardíamente.

Desde las primeras descripciones de estos cuadros en la década de 1940 han sido muchos los intentos descriptivos realizados por gran cantidad de autores. Así, la literatura está llena de aproximaciones teóricas y designaciones diagnósticas diversas. He intentado poner orden en ellas de acuerdo con la edad de instalación [Cuadro 19], lo que permitiría detectar un continuo desde lo más severo y temprano hasta cuadros en los que ya no se puede hablar de psicosis (porque hubo integración de la personalidad, aunque lábil) y se ingresa en el campo de las neurosis, severas primero y clásicas más tarde.



Cuadro 19

En todos los TGD parece haber, siempre,

1. Una *emoción negativa* resultante de un gran impacto en el intercambio de experiencias con el ambiente, en este caso de la línea del miedo y en su máxima expresión: el pánico, aquí definido como el miedo de máxima intensidad y sin comienzo ni fin. (El terror también es de máxima intensidad, pero el sujeto logra entenderlo como un comienzo y un fin. Por eso al “ataque de pánico” debería mejor llamársele ataque de terror).

2. Un *desarrollo cognitivo divergente*, disociado de las emociones. Al bloquearse las emociones, el desarrollo cognitivo continúa, pero sin la referencia emocional.

3. Un *desarrollo social divergente*, disociado de las cogniciones. Al entrar las cogniciones en una vía anómala de desarrollo, el desarrollo continúa, pero sin filtro cognitivo normal.

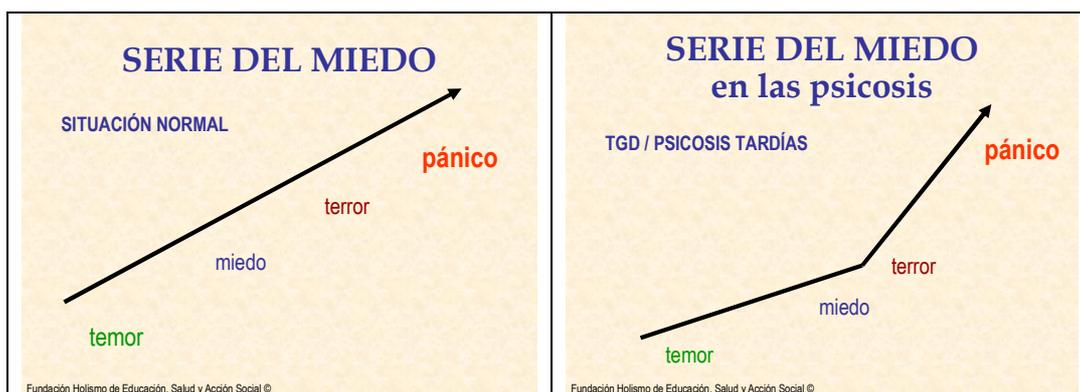
Es esta base emocional en el momento de la instalación lo que produce tantas diferencias entre los “retardos mentales” (que deberían denominarse déficits cognitivos) y los TGD. Obsérvese el Cuadro 20.

TGD	“Retardos Mentales”
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Trastorno emocional<input type="checkbox"/> Enorme ansiedad<input type="checkbox"/> Lógica incomprensible<input type="checkbox"/> Desconectado / aislado<input type="checkbox"/> Inhibido / impulsivo<input type="checkbox"/> Interacción anómala con objetos<input type="checkbox"/> Resistencia a los cambios<input type="checkbox"/> Lenguaje bizarro	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Déficit cognitivo<input type="checkbox"/> Ansiedades normales<input type="checkbox"/> Lógica simple<input type="checkbox"/> Busca contacto<input type="checkbox"/> Sereno / impulsivo<input type="checkbox"/> Uso inmaduro de los objetos <input type="checkbox"/> No resiste a los cambios<input type="checkbox"/> Lenguaje pobre

Cuadro 20

En los cuadros psicóticos en general, en que la personalidad aún no ha llegado a integrarse (TGD) o en que la personalidad integrada se ha fracturado (psicosis tardías), la emocionalidad produce intensa ansiedad y da lugar a gran parte de la signosintomatología. La emocionalidad se centra en el displacer y éste se expresa como miedo de alto grado. Cuando alguna experiencia puntual

altera la muy precaria estabilidad alcanzada, la fluctuación lejos del eje de estabilidad se hace demasiado exagerada, y el sujeto estalla de emocionalidad. De ahí que su manifestación de miedo no vaya incrementándose paulatinamente sino en forma abrupta. En el Cuadro 21 se representa este fenómeno.



Cuadro 21

Puesto que muchas veces se supone que la emocionalidad no juega ningún papel (y hasta se llega a afirmar aún hoy que la emocionalidad no tiene importancia en el niño pequeño en general), debe recalcarse que todo TGD:

- Posee emociones
- Intenta que no lleguen a su conciencia, por intensamente dolorosas
- Expresa sus emociones de manera críptica, mediante una cognición (una lógica) individual
- No puede expresar bien sus emociones en la interacción social.

En cuanto al lenguaje:

- La edad de instalación corresponde a la de adquisición de lengua
- Elabora la lengua sin participación de la interacción social
- En casos de instalación más madura, desarrolla un "lenguaje" de creación no interactiva, acumulativo y rebuscado.

Signosintomatología

Desde un punto de vista interaccional conviene estudiar las experiencias de los niños y su entorno para poder interpretar mejor la signosintomatología. Así se ha hecho investigando las interacciones de niños y sus padres de ambos sexos en videos familiares previos a cualquier diagnóstico. Massie y Rosenthal [Massie y Rosenthal 1986] hallaron de esta forma cinco patrones de interacción madre-hijo perturbada:

1. *Niño que no acciona*, a lo que los padres reaccionan con conductas ansiosas, contradictorias y airadas
2. *Madre rígida*, de respuestas tardías y parciales, sin amoldamiento, y niño que no reacciona
3. *Madre paradójica*, que establece estimulación con evitación
4. *Madre fragmentaria*, que omite determinadas pautas de ligazón, con un bebé que sí responde
5. *Sobreestimulación parental*.

Otros autores [Berezovsky 1987] han explorado pródromos alertadores de autismo, es decir, características del niño que aún no permiten un diagnóstico pero llaman la atención en el sentido de una preocupación futura [Cuadro 22]:

<u>SIGNOSINTOMATOLOGÍA ALERTADORA DE AUTISMO</u> <u>(Berezovsky 1987)</u>	
<u>NACIMIENTO - 1 MES</u>	
	➤ ausencia de contacto visual
	➤ ausencia de posición corporal confortable
	➤ ausencia de conducta anticipatoria
<u>2 - 3 MESES</u>	
	➤ indiferencia a voz, rostro y juego de adultos
	➤ ausencia de conducta anticipatoria en el juego
<u>3 - 4 MESES</u>	
	➤ ausencia de sonrisa social
	➤ ausencia de juego social con la madre
	➤ evitación de contacto visual
	➤ alejamiento con arqueamiento de tronco

Cuadro 22

Ritvo y Laxer [Ritvo y Laxer 1983] han clasificado la signosintomatología del autismo en cinco capítulos:

1. Alteraciones del desarrollo
2. Respuestas perturbadas a estímulos sensoriales
3. Problemas cognitivos, de lenguaje y de comunicación no verbal
4. Perturbación de la relación con personas, objetos y tiempos
5. Otra signosintomatología.

No me extenderé sobre la profusa signosintomatología de los niños con autismos, dado su fácil hallazgo en la literatura.

La psicosis simbiótica debe entenderse como un estadio avanzado del autismo. Sus características diferenciales respecto de éste son las siguientes [Cuadro 23]:

PSICOSIS SIMBIÓTICA (Massie y Rosenthal 1986)

AUTISMO CON BASE EN LA MADRE

- Manifestación entre el 2º y el 4º años**
- Pánico, berrinches y aferramiento desesperado ante la separación de la madre**
- Regresión severa cuando la madre está ausente**
- Preocupaciones bizarras y obsesivas**
- Relaciones muy deterioradas con otros niños y adultos; huraño y/o ansioso (= autismo)**
- Extrema vulnerabilidad a la frustración en el período en que empieza a caminar**

Cuadro 23

La historia del *trastorno de Asperger* comienza con la descripción por Hans Asperger [Asperger 1943] de niños a los que consideró portadores de una "psicopatía autística", un trastorno caracterial y no un trastorno psicótico. Más adelante se consideró esta signosintomatología como incluida en los fenómenos psicóticos, como aquí se presentan: fenómenos por *falta de* integración de la personalidad, en alguien que nunca tuvo la oportunidad de integración.

Sus características individuales varían mucho, dada la gran línea de tiempo en que el cuadro puede instalarse, en otras palabras, dada la diferente madurez alcanzada por el niño a la fecha de su bloqueo emocional – cognitivo – social. Un resumen de ellas se presenta en el Cuadro 24.

TRASTORNO DE ASPERGER

- Trastorno cualitativo de la interacción social
- Ausencia de empatía
- Indiferencia ante la presión social
- Alteración de los aspectos pragmáticos del lenguaje
- Alteración de la comunicación no verbal
(disociación analógico-digital)
- Rigidez cognitiva
- Variabilidad conductual
- Foco de interés

Cuadro 24

Respecto de los aspectos pragmáticos del lenguaje, vale la pena recordar los diferentes aspectos de la comunicación [Watzlawick 1967]:

- Sintácticos* (lógica): estructura, codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia
- Semánticos* (filosofía): significado, contenido
- Pragmáticos* (psicología): uso social, adaptación al contexto, conducta

Son estos últimos los principalmente alterados en el trastorno de Asperger, un trastorno que se entiende sobre todo como una alteración en la socialización. En ocasiones también se ven alterados también los aspectos semánticos, por lo que se ha descrito el Trastorno Semántico- Pragmático [Rapin y Allen 1983, Etchepareborda 2001].

Bishop [Bishop 1998] se ha ocupado de establecer las relaciones entre cuadros descritos en la literatura que guardan similitud entre sí, lo que en la práctica clínica lleva a grandes dificultades a la hora del diagnóstico, que depende así más del acervo cultural del diagnosticador que de la validez nosológica de los cuadros. Presentamos un esquema de dicha autora, algo modificado [Figura 9].

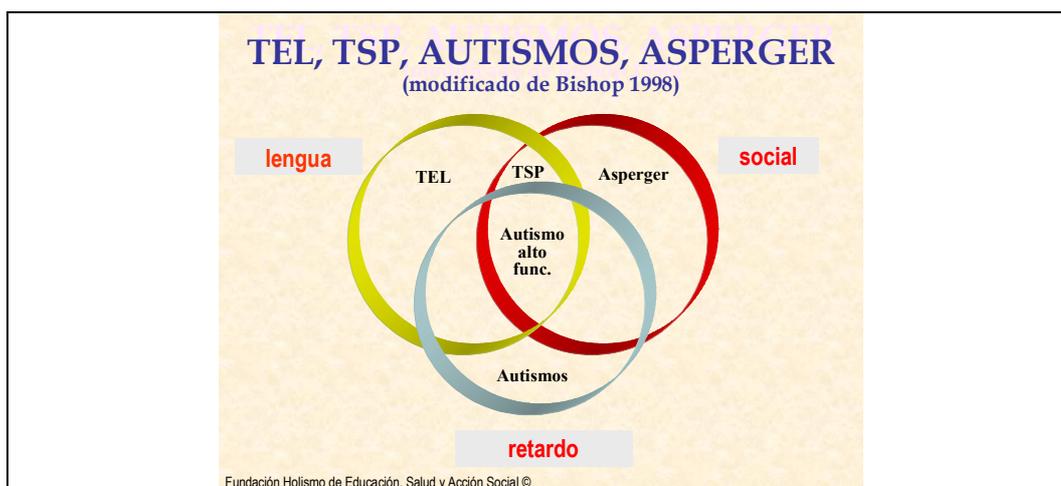


Figura 9, donde TEL: Trastorno Específico del Lenguaje; TSP: Trastorno Semántico Pragmático

Tanta es la dificultad en la delimitación de estos cuadros que se ha mencionado una gran cantidad de diagnósticos diferenciales del trastorno de Asperger:

- Discapacidad física / sensorial
- Retardo mental / dificultad de aprendizaje
- Autismo de alto rendimiento
- Personalidad esquizoide
- Psicosis, esquizofrenia, personalidad límite
- Trastorno obsesivo compulsivo
- Trastorno reactivo de la vinculación
- Déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno semántico-pragmático
- Trastorno de Tourette
- Ansiedad generalizada (ataque de pánico), fobia social
- Depresión.

Si observamos los Trastornos Generalizados del Desarrollo desde una perspectiva interaccional y consideramos los diferentes diagnósticos como un continuo de instalación en la línea del tiempo, podríamos prolongar el Cuadro 19 hasta la normalidad. En tal caso podríamos otorgar a la cultura imperante la facultad de imponer unas modalidades de interacción y no otras generando poblaciones “normales” con características que bien podríamos denominar “aspergeroides”.

Son las modalidades de interacción definitorias de nuestra actual cultura positivista – biologista – neoliberal:

- Gestión masculina / según el cerebro izquierdo
- Individualismo, egocentrismo
- Aislamiento social
- Poca / nula responsabilidad por el otro
- Poco / nulo interés por las necesidades sociales
- Poco / nulo interés por el espacio público
- Intereses personales inusuales (ciencia, arte, religión, hobbies)
- Abstracciones irrelevantes para la mayoría (teóricos, filósofos).

Como se ve, esta lista bien podría corresponder a las tendencias culturales generales actuales, pero también podría leerse como las características de un individuo diagnosticado con trastorno de Asperger. Sólo sería cuestión de intensidades. Lo inquietante es que el poder de la cultura podría estar imponiendo modalidades de interacción a las familias que, en casos particulares, llevan estas características interaccionales a un extremo y/o se encuentran con un niño de mayor vulnerabilidad. Si así fuese, la cantidad de niños con trastorno de Asperger debería ir en aumento y debería ser mayor que en otras culturas o que en nuestra cultura en tiempos pasados, lo que estadísticamente está sucediendo.

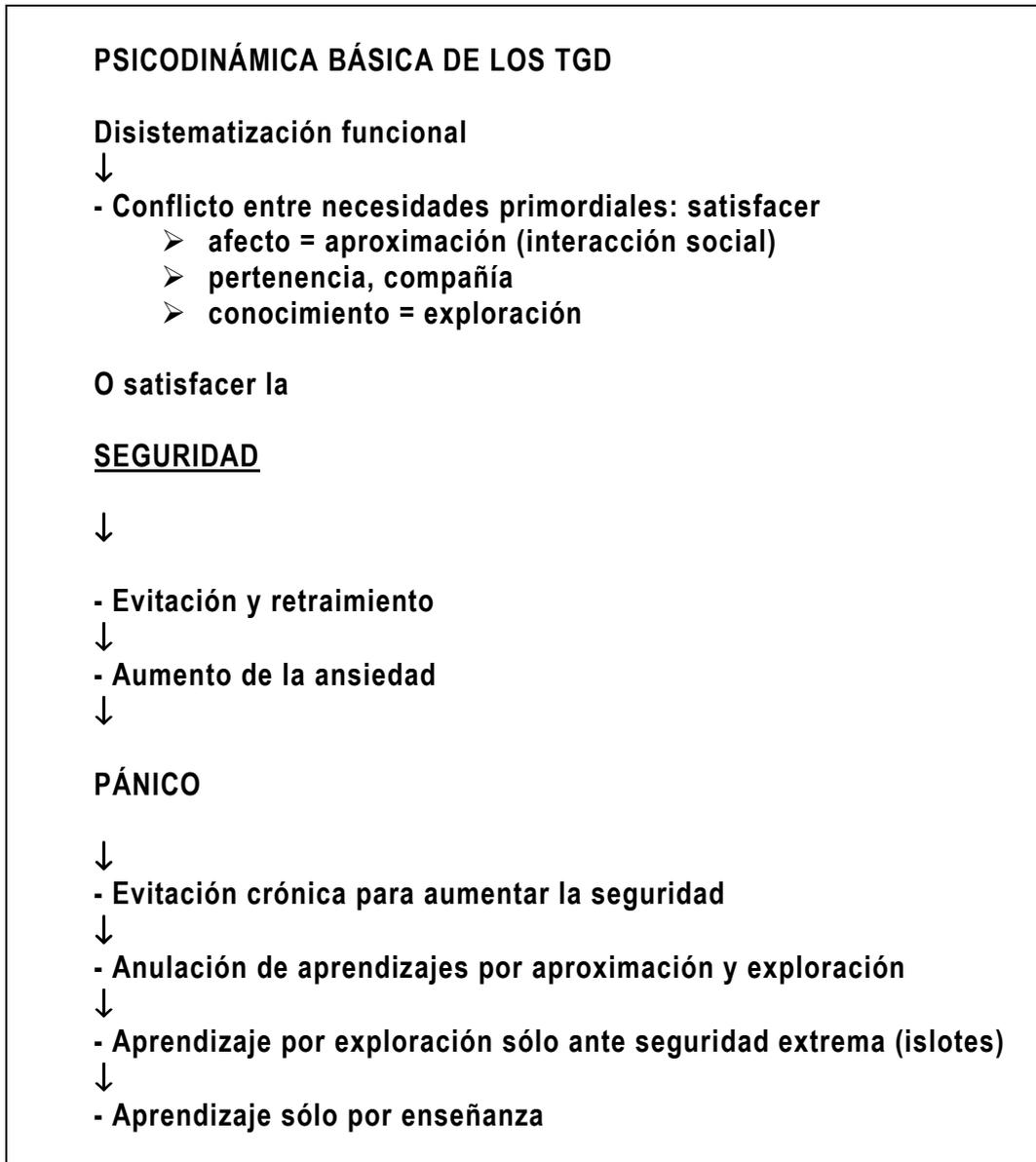
Esta idea ya fue adelantada por el psiquiatra infanto-juvenil alemán Dr. h.c. Reinhart Lempp en 1996, en su libro "La sociedad autística" [Lempp 1996].

Resumen

Cabe dejar en claro que:

- En todo caso, sólo habría una predisposición genética. Por eso, debemos considerar que en términos teóricos los TGD admiten solución.
- Siempre hay una disistematización funcional predisponente, de la que es muy difícil saber con métodos clínicos si procede del terreno, del contexto o de una particular interacción entre ambos
- Cuando los predisponentes se encuentran en un individuo vulnerable, por ejemplo con "retardos mentales" o lesión encefálica, las probabilidades de "quedar" TGD (no poder integrar la personalidad) aumentan.
- La posible resolución de las psicosis tempranas no implica la resolución de cuadros basales, en caso de existir estos en el individuo en cuestión.
- El desencadenante es el conflicto entre necesidades primordiales, provocado por el medio -sin conciencia de ello- mediante la instalación de modalidades de interacción patologizantes.
- El sentimiento básico es el *pánico*.

Podríamos diseñar una psicodinámica básica de todo TGD, por cierto una idea general a ajustar en cada caso individual [Cuadro 25]:



Cuadro 25

El proceso diagnóstico, por tanto, debería ser triaxial [Wernicke 1990]:

1. Eje actual: extremos terreno - ambiente
2. Eje histórico: Edad de bloqueo generalizado del desarrollo (emocional – cognitivo – social)
3. Eje de manifestación clínica: grados leve - moderado – grave.

V. ABORDAJES TERAPÉUTICOS

Ante la gran profusión de abordajes teóricos, también los intentos terapéuticos han sido muy variados. Una lista de ellos puede observarse en el Cuadro 26.

Describiremos algunos puntos de cada uno, en cuanto interesen a la mirada interaccional y aporten a la comprensión de la Terapia de Contención, que presentaremos luego con mayor detalle.

ABORDAJES TERAPÉUTICOS	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Psicoanálisis<input type="checkbox"/> Realización Simbólica (Secheyay)<input type="checkbox"/> Psicoanálisis Directo (Rosen)<input type="checkbox"/> Enfoque GDP (T. Rea)<input type="checkbox"/> Floortime<input type="checkbox"/> Son Rise<input type="checkbox"/> Teacch	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> “Terapia” Cognitivo-conductual<input type="checkbox"/> Terapia de Conexión (de Quirós)<input type="checkbox"/> Psicomotricidad Vivencial<input type="checkbox"/> Integración Sensorial (J. Ayres)<input type="checkbox"/> Z-Process (Zaslow 1969)

Cuadro 26

Los primeros intentos por abordar estos cuadros han provenido del *psicoanálisis*. Son conocidos, por ejemplo, los trabajos de Tustin [Tustin 1987], que subraya que como personas contenedoras debemos ayudar al niño a regular y encauzar sus sentimientos, en un “trabajo conjunto de educadores y psicoterapeutas con comprensión cabal acerca de las profundas necesidades” del niño. Más acá en el tiempo, también Nissen y col. [Nissen 2006] destacan la importancia de la contención externa para evitar el encapsulamiento.

En 1949, la psicoanalista suiza Secheyay [Secheyay 1958] trata a su paciente René, una mujer de 22 años, mediante una técnica denominada *realización simbólica*: Evita la interpretación, por considerar que el psiquismo de su paciente no puede procesar lingüísticamente la necesidad. Cuando René le pide dos manzanas, simplemente le da dos manzanas, cubre la necesidad en forma –diríamos aquí- sensomotora.

Aún dentro del marco psicoanalítico, John Rosen describe su *psicoanálisis directo* [Rosen 1975] en artículos aparecidos en EE. UU. entre 1946 y 1952, en relación con pacientes esquizofrénicos adultos. Señala que “sólo si el terapeuta es capaz de proporcionar amor y protección, sólo si puede convencer al paciente de que realmente comprende sus necesidades y está preparado para satisfacerlas, el paciente se atreverá a despertar”. El principio director del psicoanálisis directo es que “el terapeuta debe ser para el paciente un protector y proveedor omnipotente y amante”, para “criar nuevamente al paciente desde el principio”. Resalta que el paciente se encuentra lleno de miedo. Atribuye su éxito a dos situaciones: La satisfacción inmediata de la necesidad actual del paciente y la interpretación directa, dirigida claramente al significado inconsciente más profundo que el terapeuta pudiese captar, sin rodeos. Como satisfacción de la necesidad abrazaba al paciente.

En Argentina es clásico el trabajo de *Telma Reca* en las psicosis infantiles. Relata [Reca 1966], desde su *enfoque GDP (genético-dinámico-profundo)* no psicoanalítico, su alerta a las necesidades insatisfechas del niño, su aplicación de la realización simbólica y la interpretación directa, con orientación a la madre. Ante la imposibilidad de otra posibilidad de comunicación recomienda la “técnica del espejo”, esto es, imitar la conducta del niño.

El modelo *DIR / Floortime* apareció en EE. UU. en 2003. Se trata de un abordaje con fundamento psicoanalítico adaptado a las circunstancias culturales de ese país y a los cuadros que nos ocupan [Greenspan y Wieder 2003]. DIR son las iniciales de Desarrollo, diferencias Individuales y base en la Relación. Se basa en:

- La comprensión del estadio del desarrollo
- Las diferencias individuales en la forma de captación del mundo
- Las relaciones con los atendedores primarios
- El trabajo a partir de las características positivas del niño
- La sintonización con los intereses del niño.

Pone énfasis en resaltar que los niños del espectro autístico aman, pueden aprender a relacionarse, y pueden aprender a comunicarse y pensar de modo lógico y creativo.

Su meta terapéutica consiste en

- Ayudar al niño a construir fundamentos sanos para relacionarse, comunicarse y pensar, y
- Ayudar al niño a dominar los hitos emocionales alterados en su desarrollo temprano, que son de importancia crítica para los aprendizajes.

Desde el punto de vista técnico, intenta

- Crear experiencias en que el niño obtenga placer en una relación cálida y estrecha con su familia
- Incluir al niño en la comunicación natural (gestos, palabras).

Se trabaja con el niño a través de los padres, con el auxilio de profesionales y terceros, en 8 a 10 sesiones por día, de 20 – 30 minutos cada una.

Es clave brindar seguridad y gradualidad en un ambiente hogareño, cómodo y seguro. El niño no debe adecuarse a la terapia, sino la terapia al niño.

Hitos del desarrollo que deben alcanzarse son:

1. La autorregulación (en nuestro medio más conocida por “estabilización”)
2. El deseo de intimar, es decir, el amor por relacionarse
3. El diálogo y los intercambios
4. La comunicación compleja: Adquisición de lengua
5. La aparición de intenciones y deseos
6. La aparición de secuencias lógicas y de la imaginación.

El programa *Son-Rise* parece tener raíces más pedagógicas que psicológicas. Sus inicios corresponden al tratamiento surgido de los Kaufman, que como padres estadounidenses diagramaron este enfoque [Kaufman 1976].

Son sus características esenciales:

- Los padres son los principales terapeutas
- Debe efectuarse el entrenamiento actitudinal de los padres
- La actitud de los padres debe ser no enjuiciadora y optimista
- El ambiente debe ser alegre y entusiasta
- El ambiente debe hallarse libre de distractores, sobreestimulación y amenazas
- El niño debe sentirse seguro y en control de la situación
- El niño debe disfrutar
- Se debe estimular la socialización.

Para ello se requiere:

- Imitar la conducta autoestimuladora rígida y aislada como forma de establecer contacto
- Seguir los intereses del niño y su juego: No adiestrar
- Estimular:
 - el contacto ocular y la comunicación no verbal
 - la comunicación verbal
 - el lapso atencional interaccional (es decir, la atención dirigida a otras personas)
 - la adaptabilidad a las situaciones
- Estudiar los hitos del desarrollo y su evolución terapéutica.

Debe establecerse un programa de interacción de una duración de por lo menos 6 meses, de 3 horas y media a 56 horas por semana, según el cuadro clínico y la disponibilidad de los padres.

El programa quizás más estudiado (con un enorme presupuesto en dinero) dentro del conductismo es *Teacch* [Schopler y Mesibov 1994], una sigla que significa "tratamiento y educación de niños autísticos y con deficiencias de comunicación relacionadas". Se parte de la convicción de que estos cuadros presentan una causa biológica desconocida que provoca a los sujetos una discapacidad de por vida, por lo que sólo cabe adecuarlos a su medio ambiente lo mejor posible.

Se señala sin embargo que los padres son el mejor vehículo para la adaptación del niño, y que el profesional debe centrarse en las necesidades de la familia y del niño. Se parte de un proceso diagnóstico y de un entrenamiento a los padres. En los casos posibles, se intenta integrar al sujeto en la escuela o en el medio laboral, para lo cual se entrena asimismo a docentes y tutores. El medio escolar debe ser altamente estructurado.

Los tratamientos conductistas ("terapias cognitivo-conductuales") tienen por objetivo producir modificaciones en la conducta y los pensamientos conscientes del sujeto. Si tal es su objetivo, mal se los puede considerar entre las psicoterapias. Por otra parte, las técnicas conductistas son rápidamente efectivas para lo que proponen, esto, es, para modificar conductas, por lo que están teniendo éxito entre padres y profesionales, que ven resultados prácticos (adaptativos) en menor tiempo. Con todo, hemos colocado entre comillas su aspiración a ser consideradas como una terapia, toda vez que por ésta debe entenderse un abordaje global del individuo en su contexto, constituida por diversos tratamientos. Así por ejemplo, un tratamiento quirúrgico es sólo un paso en una terapia quirúrgica, en la cual deben considerarse asimismo la psicoprofilaxis previa al acto de cirugía, la atención al paciente en aquello que excede a lo quirúrgico, la atención al medio (por ejemplo los padres si se trata de un niño), la evolución postquirúrgica. Tampoco agrega nada que ahora se demande que se trata de un abordaje "cognitivo", a más de conductual, porque la lectura de la nueva bibliografía nos sigue remitiendo a las técnicas conocidas. Para constituir una terapia habría que ocuparse además, como mínimo, de la vida emocional y las necesidades primordiales del niño y su familia.

En Argentina Julio B. de Quirós y su grupo se dedicaron al estudio profundo de algunos aspectos de personas con discapacidades mentales, autismos y lo que él denominó "llamadas afasias infantiles" [Quirós 1970, 1975]. Si bien su "*terapia de conexión*" se refería a personas con "retardos mentales" severos, es útil observar los pasos en que consiste:

1. Seguridad afectiva
2. Atención a un objeto
3. Rutinas
4. Mirar cumpliendo una consigna
5. Manipulación de objetos, respuestas ecológicas y ecomímicas
6. Entrenamiento sensorial y motor
7. 20 palabras con significado
8. Aumento de vocabulario y comprensión

9. Memoria denominativa en ausencia del objeto, posesiones
10. Mayor aumento de vocabulario.

En los niños que nos ocupan algunos de estos pasos carecen de relevancia, pero lo importante es que el comienzo de esta terapia tiene lugar una estabilización en los brazos de la madre, en posición vertical sobre el pecho de ella, como modo de generar seguridad biológica y afectiva a un tiempo. Este paso hace recordar al *Programa Canguro* [Rey Sanabria y Martínez Gómez 1981] para lactantes prematuros, conocido en Argentina como *Piel a Piel* [Martínez 1993].

El grupo de Quirós también contribuyó mucho a difundir la neuropsicología infantil y la psicomotricidad [Quirós y Schrager 1980]. Con Lapierre y Aucouturier [Lapierre y Aucouturier 1974, 1985] se instala sin embargo la *psicomotricidad vivencial*, un enfoque que involucra al cuerpo biológico en el devenir emocional de la persona, con gran aplicación en niños.

La *integración sensorial* fue descrita por Jean Ayres [Ayres 1972, Vidal Viader 2006]. Podría definirse como un proceso neurológico que organiza la sensación del cuerpo y el ambiente y hace posible usar el cuerpo dentro del ambiente. En base a esta teorización de neto corte biológico se estructuran una clasificación diagnóstica y una terapia a través del cuerpo.

La Terapia del Vínculo según el *Proceso Z* [Zaslow y Bregar 1969] se basa en una teoría del vínculo, definiendo a éste como una relación humana que se plasma en una dedicación amorosa. Recibe su nombre de la letra griega Z, con el significado de "está vivo". En principio consistió en un abordaje destinado a expresar la ira. Para este autor, la más temprana interacción entre madre y niño consiste en contener / sentirse contenido. La terapia transcurre en un abrazo por parte del terapeuta. Las indicaciones son muchas y en el proceso actúan al mismo tiempo otras personas como coterapeutas. Esta terapia se inscribe en los procesos de *bonding* [Casriel 1963].

VI. LA TERAPIA DE CONTENCIÓN

Describí la Terapia de Contención en 1987 [Wernicke 1987], hace casi 25 años. Se trata de una serie de pasos simultáneos [Cuadro 27] dirigidos a solucionar trastornos vinculares severos. He presentado sus resultados en una serie de 40 casos [Wernicke 2001].

TERAPIA DE CONTENCIÓN (Wernicke 1987)	
REQUERIMIENTO	PASO TERAPÉUTICO
ATENCIÓN DEL TERRENO PREDISPONENTE	1. TRATAMIENTO DEL CUADRO CAUSAL
REORGANIZACIÓN DE LA ESTIMULACIÓN AMBIENTAL	2. ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA A LOS PADRES
ESTIMULACIÓN VINCULAR	3. ABRAZO DE CONTENCIÓN
ESTIMULACIÓN SISTÉMICA	4. TRATAMIENTOS (RE) HABILITATORIOS
REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD	5. MEDICACIONES AUXILIARES

Cuadro 27

Considero que cualquiera de estos pasos, efectuado aisladamente, llevará al fracaso. El intento de hacerlo, lamentablemente, ha dado lugar a la suposición de que estos son cuadros sin retorno a la normalidad. Por cierto, en cada caso en particular habrá que evaluar cuán comprometidos están el sujeto, el entorno y su interacción antes de emitir un pronóstico. Pero en principio, la Terapia de Contención supone que la restitución ad integrum es posible. De gran importancia pronóstica es la brecha cronológico – madurativa, con lo que la intervención terapéutica debe ser lo más rápida posible. Esto hace de la Terapia de Contención una herramienta de primer orden en la atención temprana.

1. Tratamiento del cuadro causal

No es habitual hallar un cuadro causal. Las más de las veces los padres deben oír que sus niños “no tienen nada” (biológico, objetivable). Pero en ocasiones existen cuadros de base que implican una mayor vulnerabilidad a los impactos ambientales: lesión o disfunción encefálicas, un trastorno metabólico, un trastorno genético – cromosómico. En tales situaciones habrá que agotar los medios para la terapia de estos cuadros en sí mismos, muchas veces a su vez de difícil pronóstico. Así, resolver el bloqueo generalizado del desarrollo no implica, desgraciadamente, resolver cuadros causales.

2. Orientación psicoeducativa a los padres

La orientación psicoeducativa a los padres es uno de los pilares de la Terapia de Contención. El abordaje de un niño con TGD debe realizarse siempre con los padres y a través de los padres (o de quienes se hagan cargo del rol parental, de personas de referencia). Es por ello que la orientación psicoeducativa a los padres debe llevarse a cabo siempre y al comienzo con gran frecuencia (no menos de una entrevista semanal), con la duración total que sea necesaria en cada caso. El mismo terapeuta se relaciona con los padres y a través de ellos, con el niño. Si respetamos la evolución del concepto de orientación de padres, hoy en día deberíamos hablar mejor de participación con los padres, a la manera de coterapeutas [Wernicke 2004].

En ningún caso debe ser considerada un “entrenamiento”. Creemos que es ilusorio modificar tendencias familiares que superan las generaciones mediante unos consejos destinados a “mejorar el ambiente”. Las modalidades de interacción determinan, en forma en general inconsciente, la respuesta que los padres dan a situaciones determinadas: Esas maneras de responder van siendo pasadas de abuelos a padres a hijos a nietos, como “características” de las familias. Lo que en una familia genera ira, en otra genera miedo o despreocupación. Los sutiles hilos determinantes de la manera en que los humanos interactúan deben ser reconocidos lentamente en el marco de la orientación psicoeducativa.

La orientación psicoeducativa a los padres:

- Se centra en general en el presente familiar
- Utiliza elementos psicodinámicos y asesoramientos puntuales
- Ofrece gran respeto por la cosmovisión, la cultura, los sentimientos, pensamientos y valores de la familia

- Tiene por objetivos informar, educar, tranquilizar, ayudar a elaborar, encontrar caminos conjuntos, situar en la realidad, brindar un contexto, permitir la expresión, desculpabilizar.

Es usual que en la orientación psicoeducativa a los padres tengan lugar:

- La alfabetización emocional: Aprender a llevar a la conciencia los sentimientos, a expresarlos y a adecuar su expresión a la situación
- Aprendizajes tales como
 - pensar desde el lugar del otro
 - reinterpretar la conducta propia y del otro
 - detectar y satisfacer necesidades primordiales
 - reducir factores de riesgo
 - conocer y reconocer las fases de desarrollo en general y del niño en particular
 - reconocer las tradiciones familiares.

3. Abrazo de contención

El abrazo de contención es otro de los pilares fundamentales de la Terapia de Contención. Esta sola técnica no debe confundirse con la Terapia de Contención en sí. Otros abordajes han intentado la utilización del abrazo de contención aisladamente, sin buenos resultados.

Llamado inicialmente en EE. UU. *holding time* por su introductora, la psiquiatra de niños Marta Welch, quien trabajó de esta manera desde la década de 1970 [Welch 1988], se tradujo al español primero como abrazo forzado [Tinbergen 1984]. La psicóloga checa J. Prekop [Prekop 1982] lo difundió en Alemania. Más adelante se tradujo en España equivocadamente el abrazo de contención como "terapia de contención", lo que necesariamente confundió a los lectores. El abrazo de contención es una técnica incluida en la Terapia de Contención. Por otra parte, en Latinoamérica se ha empleado la técnica del abrazo de contención para otras indicaciones y con otras ideologías incluso contrapuestas a la que subyace a este trabajo.

Lo que he llamado *abrazo de contención* [Wernicke 1991] consiste en que primero la madre (y más adelante el padre) mantengan abrazado al niño. Se trata de

- Satisfacer sus necesidades primordiales
- Dar por finalizado el círculo vicioso pánico / retraimiento
- (Re) instalar el vínculo
- Seguir los ritmos del niño, a fin de que (re)inicie los aprendizajes por aproximación y exploración.

La intención del abrazo de contención es contener al niño dentro de límites aseguradores, dentro de los cuales él podrá expresar cuanto tenga para expresar, positivo y negativo, aún contra la propia madre. Contención significa también –y principalmente- *consuelo*, por lo que la actitud materna será en todo momento (re)confortadora, tranquilizadora, organizadora de los límites que el niño no puede darse por sí. Es dentro de esos estrechos límites corporales y emocionales que el niño puede (re)comenzar lentamente su (re)organización personal.

Puesto que el niño se encuentra bloqueado en algún momento del desarrollo correspondiente a la fase sensoriomotora o a la fase preoperatoria temprana, no existe la opción de recurrir a comunicaciones lingüísticas. En ocasiones, ni siquiera a objetos intermediarios. Es el contacto de los cuerpos lo que comunica. Un niño en pánico, incluso al punto de cortar todo contacto (desconexión), aún ocular, que ha perdido el rumbo ya que no puede organizarse simbióticamente por sí mismo, rápidamente encuentra en esta madre confortante y consoladora la posibilidad de conectarse con el mundo.

Así, el abrazo de contención:

- Es regresivo a la fusión, a veces prenatal
- Inhibe la actividad corporal secundaria
- Sensibiliza el cuerpo
- Erotiza, reinviste
- Es pasional.

El interjuego de sentimientos, sobre todo en los primeros abrazos de contención, es de un tenor muy elevado. El primer abrazo de contención debe realizarse siempre en presencia del terapeuta. El terapeuta debe haberse formado en esta técnica, ya que participará de situaciones de muy alto contenido emocional.

El abrazo de contención no es un abrazo habitual. Aquí, la madre decide mantener abrazado al niño aún pese al desagrado que éste manifiesta. En todo abrazo de contención se observa una secuencia que necesariamente incluye tres fases:

a] *Confrontación* (el momento cuando la madre toma al niño en sus brazos),

b] *Rechazo* del niño hacia quien lo retenga en sus brazos, dictado por su propio pánico a la relación humana, y

c] *Reconciliación* (momento final en que el niño finalmente se permite disfrutar del abrazo, pese al rechazo que manifestaba hasta un instante antes).

El niño ya no debe retraerse para encontrar seguridad en sí mismo ni debe volver hasta la fusión indiscriminada para lograr tranquilizarse. A su ritmo y dentro de los brazos aseguradores de su mamá, el niño puede hacer la experiencia de hallar al adulto sin sentir pánico. A su vez, la madre aprende que puede hacer retornar al niño al vínculo (o ingresar en él por primera vez).

Estos abrazos son realizados luego cada día, con la misma secuencia, en casa. La orientación psicoeducativa a los padres ha ayudado previamente a despejar en los padres temores y desconfianzas (características frecuentes de los padres en este tipo de trastornos vinculares). Una vez instalado el abrazo de contención, en pocos días o semanas se observan mejorías objetivables.

Los resultados obtenidos pueden resumirse como en los Cuadros 28 y 29.

RESULTADOS DEL ABRAZO DE CONTENCIÓN (Prekop 1983)

- Más interesado por el contacto con las personas**
- Más dispuesto al contacto visual**
- Busca activamente a la madre**
- Más dispuesto a la imitación**
- Menos agresivo**
- Menos temeroso ante los cambios**
- Menos sensible a ciertos estímulos**
- Más independiente de los movimientos estereotipados**
- Más interesado en otros objetos y actividades**
- Puede jugar y actuar con mayor objetivo**

Cuadro 28 [Prekop 1983]

RESULTADOS DEL ABRAZO DE CONTENCIÓN (Wernicke 2001)

- Los de Prekop 1983**
- Mayor interés por continuar su desarrollo**
- Mayor interés por el aprendizaje**
- Mayor interés por la comunicación con la realidad**
- Menor refugio en la fantasía**
- Menor hiperactividad motora**
- Mayor obediencia a consignas**
- Menos conductas de angustia**
- Más conductas de alegría compartida**
- Mayor participación en los temas familiares**
- Más demostrativo de desacuerdo**
- Más defensa corporal con pies y manos**

Cuadro 29 [Wernicke 2001]

4. Tratamientos (re)habilitatorios

Una vez iniciados la orientación psicoeducativa a los padres y el abrazo de contención es posible desandar la vía alterada de desarrollo y retomar el desarrollo normal desde el momento del bloqueo. Para (re)instalar sistemas funcionales, los profesionales deberán efectuar un minucioso estudio de la etapa de desarrollo en que el niño se encuentra. Los tratamientos (re)habilitatorios dependerán del caso individual.

Aquí cabe mencionar el aporte de especialistas en atención temprana, fonoaudiólogos (logopedas), terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, psicomotricistas, musicoterapeutas y tantos otros. Aquí tienen lugar las técnicas de modificación de la conducta o las zooterapias. Es en este punto que cabe pensar en una primera escolarización. Sin recomposición (o primera instalación) del vínculo humano, en cambio, estas aproximaciones obtendrán escasísimos resultados, si por resultados consideramos aquellos que ayudan a producir la integración de la personalidad y no meramente conductas que hacen que el niño se vea más adaptado.

5. Medicaciones auxiliares

Las medicaciones utilizadas para estos cuadros (y no para los cuadros causales, que serán otras) van destinadas a la reducción de la gran ansiedad. A veces son imprescindibles, porque la muy elevada ansiedad no permite una vida cotidiana normal. La medicina oficial apela a los antipsicóticos, y también se han visto buenos resultados con medicaciones por ejemplo homeopáticas.

La usual actitud errónea de medicar “a ver qué pasa” sólo lleva a perder el tiempo. Aún si “pasara algo” sería un maquillaje conductual, y nunca una restitución ad integrum. No debe considerarse la medicación como prueba inicial, sino como auxiliar en casos seleccionados.

Otro error usual consiste en confundir la hiperactividad de estos cuadros, muchas veces pronunciada, aunque no necesariamente presente, con la hiperactividad de los así llamados “trastornos de déficit de atención”. Creer que se trata de un continuo de intensidad lleva al bio-médico bio-medicador a pensar erróneamente que si la hiperactividad no desaparece con un anti-déficit de atención, entonces debe administrarse un anti-psicótico, una actitud que sólo puede explicarse por la ignorancia de quien corre esa aventura.

VII. ESTRATEGIAS

Finalmente, he aquí algunas estrategias de uso habitual en casa, escuela y consultorio, en ocasiones iguales ante todo TGD pero en otras diferenciadas según los cuadros: autismos y psicosis simbióticas, por un lado, y trastorno de Asperger, por otro. Por cierto, se trata de estrategias que pueden ayudar en el momento de la terapia, pero jamás reemplazarla. Como se verá, muchas estrategias son aplicables también a cualquier familia.

Autismos / psicosis simbióticas

- Brinde TERNURA
- Lo que sucede no es contra nosotros ni por mala voluntad
- En el niño ha habido, a tempranísima edad, un bloqueo emocional – cognitivo – social
- Se ha retraído. Está en pánico.
- Genere seguridad
- Genere y mantenga un ambiente estructurado, rutinario, de poca estimulación simultánea
- Genere y mantenga un ambiente agradable, atractivo, placentero, nunca amenazante
- Genere confianza. Estimule el contacto corporal afectuoso respetando sus límites y temores
- Genere uno o varios momentos breves por día para estar a solas con él, a la disposición de él
- Aproxímese muy lentamente desde el punto de vista verbal – corporal
- Aproxímese según su edad madurativa
- Trate de detectar y satisfacer sus necesidades primordiales – refleje sus sentimientos – trate de establecer empatía (una emoción agradable y única)
- Pregúntese si en este encuentro él ha disfrutado.
- Intente jugar, siguiendo sus ritmos e intereses. Nunca adiestre
- Aleje los riesgos y aquello que él considere amenazante. No tenga pantallas (TV, computadora) encendidas
- Tranquilice hablando: voz y gestos tiernos, pausados, contenedores
- Fomente el contacto con objetos agradables para el niño, aunque los use de manera inapropiada
- Si es posible, no lo deje en instituciones, ni aún unas horas
- Permítale recluirse (incluso corporalmente) ante lo que el niño considera dificultades. Si ingresa en actividades autoestimulatorias, aislantes, nunca las prohíba. Antes bien, ofrezca su contención afectuosa (habla, mimos) y actividades interaccionales placenteras. Pero respete su rechazo.
- Si no hay otra forma de interactuar, imite sus acciones concretas, a la manera de un espejo
- Dé refuerzos amorosos (atención, sonrisa, caricia), pero nunca refuerzos de conveniencia (premios)
- Sea directo, concreto. Use frases breves.
- NO hable simbólicamente. Cuidese de NO enviar mensajes contradictorios
- NO mienta - NO ironice - NO haga chistes que a su edad y en su condición no pueda comprender - NO menosprecie, ni siquiera como chiste - NO hable de él a terceros como si él no estuviese presente
- NO sobreexija – NO sobreproteja
- NO lo apure en busca de resultados
- NO dé explicaciones abstractas – NO proponga soluciones mágicas
- NUNCA atemorice – NUNCA grite – NUNCA amenace – NUNCA castigue.

Trastorno de Asperger

- Brinde TERNURA: Lo que sucede no es contra nosotros ni por mala voluntad
- Genere una relación, genere confianza; estimule el contacto corporal afectuoso respetando sus límites y temores
- Aproxímese muy lentamente desde el punto de vista verbal – corporal
- Aproxímese según su edad madurativa – defina lo abstracto en forma concreta
- Satisfaga necesidades primordiales – refleje sentimientos – trate de establecer empatía
- Genere y mantenga un ambiente estructurado, rutinario, de poca estimulación simultánea
- Brinde información verbal detallada de lo que parece obvio
- Detalle verbalmente conductas propias y ajenas
- Para cada contexto: confeccione agendas de tareas y listas de reglas, dé instrucciones escritas
- Entrene la confección de resúmenes de lo sucedido / lo que sucederá con identificación de las ideas principales (verbalmente, por escrito)
- Enseñe a distinguir los aspectos relevantes de los accesorios
- Enseñe a crear imágenes mentales – enseñe a inferir
- Enseñe secuencias de pasos: Definir el problema; Señalar la meta; Sugerir y ayudar a evaluar alternativas; Ejecutar una en situaciones variadas (de aprendizaje, sociales, lúdicas) – Practicar situaciones novedosas
- Fomente la conciencia acerca del vínculo entre la propia conducta y las emociones ajenas
- Entrene tempranamente las habilidades sociales – entrene en juegos sociales
- Enseñe estrategias de aproximación social: cómo iniciar y finalizar conversaciones, a respetar el ritmo de una conversación (turnos), a respetar el tema del otro, a adoptar posturas corporales apropiadas para una conversación
- Planifique el tiempo libre – inscribalo en grupos / instituciones temáticos (ajedrez, filatelia, bibliotecas) de su interés
- Enseñe a identificar y denominar estados emocionales – fomente el vocabulario emocional
- Enseñe a identificar los signos corporales de estados emocionales – converse sobre emociones y emociones propias – enseñe secuencias conductuales para enfrentar emociones
- Enseñe técnicas de relajación – ofrezca dramatización de roles – proponga juegos de títeres
- Fomente el contacto con sustancias (tierra, arena, granos, barro, masa)
- Enseñe a pasar de la dependencia a la independencia a la interdependencia
- Agregue en el aula un docente acompañante general a quien pedir ayuda
- Respetando el currículo general todo lo más posible, ajústelo al perfil cognitivo con inclusión de sus intereses
- Enseñe a alejarse (incluso corporalmente) ante dificultades en las que no ve solución, o cuando siente emociones que sabe que no podrá manejar
- Dé refuerzos amorosos (atención, sonrisa, caricia), pero nunca refuerzos de conveniencia (premios)
- Introduzca arte, plástica, música
- Sea directo, concreto. NO hable simbólicamente. Cuídese de NO enviar mensajes contradictorios
- NO mienta – NO ironice – NO haga chistes - NO menosprecie, ni siquiera como chiste
- NO sobreexija – NO sobreproteja
- NO dé explicaciones abstractas – NO proponga soluciones mágicas
- El problema central es el pánico: NUNCA atemorice – NUNCA grite – NUNCA amenace – NUNCA castigue

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anokhin, P., 1935: Problemas del centro y la periferia en la fisiología de la actividad nerviosa. Gosizdat, URSS
2. Asperger, H., 1943: Die "autistischen Psychopathen" im Kindesalter, escrito de Habilidad, Fac. de Medicina, Univ. de Viena. En: Archiv für Psychiatrie, Vol. 117:76-137, 1944, Austria
3. Ayres, J., 1974: The development of sensory integrative theory and practice. Kendall/Hunt Publishing Co, EE. UU. .
4. Bateson, G., 1998, orig 1972: Pasos hacia una ecología de la mente. Lohlé-Lumen, Buenos Aires
5. Berezovsky, R., 1987: Aportes para una (psico)semiología del primer año de vida. En: Temas de familia y pediatría. Eudeba, Buenos Aires
6. Bishop, D., 1998: What's so special about Asperger's disorder? The need for further exploration of the borderlands of autism. En: Klin A, Volkmar M, Sparrow SS: Asperger syndrome. Guilford Press, Nueva York
7. Bowlby, J., 1964: Los cuidados maternos y la salud mental. Humanitas, Buenos Aires
8. Bowlby, J., 1986, orig. 1979: Vínculos afectivos. Morata, Madrid
9. Casriel, D., 1963: So fair a house, The store of Synanon. Prentice Hall, Nueva Jersey
10. Ciompi, L., 1982. Affektlogik. Klett, Alemania
11. Ciompi, L., 1997. Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Vandenhoeck, Alemania
12. Crotogini, R.: La Tierra como escuela. Estudio. propia, Buenos Aires 1997
13. Chiozza, L., y col.: Los sentimientos ocultos. Alianza. Buenos Aires 1993
14. Dyer, W., 1982: El cielo es el límite. Grijalbo, Buenos Aires
15. Etchepareborda, M. C., 2001: Perfiles neurocognitivos del espectro autista. Rev. Neurol. Clin. 2(1):175-192
16. Freud, S., 1974, orig. 1911: Los dos principios del funcionamiento mental, O.C., vol. 5, Biblioteca Nueva Madrid
17. Freud, S., 1976, orig. 1887: Orígenes del psicoanálisis. Obras completas, Amorrortu, Buenos Aires
18. Greenspan, S., y Wieder, S., 2003: Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children Relate, Communicate and Think. Perseus Books, EE. UU.
19. Grof, S., 1994, orig. 1985: Psicología transpersonal. Kairós, Barcelona
20. Inhelder, B., 1982: De la configuración perceptiva a la estructura operatoria. En: Los estadios en la psicología del niño, de H. Wallon y col., Nueva Visión, Buenos Aires
21. Kanner, L., 1943: Autistic Disturbances of Affective Contact. Nerv. Child 2:217-250
22. Kaufman, B., 1981, orig. 1976: Levántate, hijo!, la curación de un niño autista. Emecé, Buenos Aires (Son-Rise. Harper & Row, EE. UU.)
23. Lapierre, A., y Aucouturier, B., 1974: Los contrastes. Científico-Médica, Barcelona
24. Lapierre, A., y Aucouturier, B., 1985: Simbología del movimiento. Científico-Médica, Madrid
25. Lempp. R., 1996: Die autistische Gesellschaft. Kösel, Munich
26. Lievegoed, B.: Etapas evolutivas del niño. Antroposófica, México 1979
27. Mahler, M., 1986: Simbiosis humana. J. Mortiz, México
28. Mandel, B., y Ray, S., 1997: Nacimiento y Relaciones. Neo Person, Madrid
29. Martínez, E., 1993: El bebé prematuro y sus padres. Lidiun, Buenos Aires
30. Maslow, A., 1985: El hombre autorrealizado. Kairós, Barcelona
31. Massie, H., y Rosenthal, J., 1986: Las psicosis infantiles en los primeros cuatro años de vida. Paidós, Buenos Aires
32. Max-Neef y col. 1986: Desarrollo a escala humana. Development Dialogue, número especial. Cepaur y Fundación Hammar skjöld, Santiago, Chile
33. Nissen, B., 2006: Autistische Phänomene in psychoanalytischen Behandlungen. Psychosozial Verlag, Alemania
34. Organización Mundial de la Salud, 1946, última enmienda 1994: Constitution.

- International Health Conference, Nueva York
35. Perls, F., 1975: Dentro y fuera del tarro de la basura. Cuatro Vientos, Chile
 36. Piaget, J., 1973, orig. 1947: Psicología de la inteligencia. Psiqué, Buenos Aires
 37. Piaget, J., 1976: Autobiografía – El nacimiento de la inteligencia. Caldén, Buenos Aires.
 38. Piaget, J.: La construcción de lo real en el niño. Crítica, Buenos Aires 1977
 39. Piaget, B., e Inhelder, B., 1969: Psicología del niño. Estudio. Morata, Madrid
 40. Prekop, J., 1982: Frühkindlicher Autismus. Off. Gesund-Wes. 44: 83-91
 41. Prekop, J., 1983: Das Festhalten als Therapie bei Kindern mit Autismus-Syndrom. Frühförderung interdisziplinär 2:54-64
 42. Prigogine, I., 1983-1997, orig. 1972-1982: ¿Tan sólo una ilusión? Tusquets, Barcelona
 43. Quirós, J. B. de, 1970: Terapias de conexión en los retardos mentales severos. Puma, Buenos Aires
 44. Quirós, J. B. de, y col., 1975: Las llamadas afasias infantiles. Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires
 45. Quirós, J. B. de, y Schrager, O., 1980. Fundamentos neuropsicológicos en las discapacidades de aprendizaje. Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires
 46. Rapin, I., y Allen, D. A., 1983: Developmental Language Disorders: Nosological Considerations. En: Kirk, U.: Neuropsychology of Language, Reading and Spelling. Academic Press, Nueva York
 47. Reca, T., 1973: Psicología, psicopatología, psicoterapia. Siglo XXI, México
 48. Reca, T., 1966: El caso de Ricardo Mendía. Poligráfica Argentina, Buenos Aires
 49. Rey ES y Martínez HG, 1981: Manejo racional del niño prematuro. Actas del Congreso de Medicina Fetal y Neonatal, Bogotá
 50. Ritvo, E., y Laxer, G., 1983: Autismo: La vérité refusé. Simep, París
 51. Rosen, J., 1975: Psicoanálisis directo. Biblioteca Nueva, Madrid
 52. Sechehayé, M. A., 1958: La realización simbólica. F. de C. Económica, México
 53. Schopler, E., y Mesibov, G., 1994: Behavioral Issues in Autism. Plenum Press, Nueva York
 54. Sheldrake, R., 1990, orig. 1988: La presencia del pasado. Kairós, Barcelona
 55. Speck, O., 1998: System Heilpädagogik. Reinhardt, Alemania
 56. Spitz, R., 1969: El primer año de vida del niño. F. de C. Económica, México
 57. Tinbergen, N. y E., 1984: Niños autistas. Alianza, Madrid
 58. Tustin, F., 1987, orig. 1981: Estados autísticos en los niños. Paidós, Buenos Aires
 59. Viader Vidal, B., 2006: Por qué me siento diferente. CEIB, Barcelona
 60. Verny, T., y Estudio, J., 1988, orig. 1981: La vida secreta del niño antes de nacer. Urano, Barcelona
 61. Waddington, C. M., 1952: Selection of the genetic basis for an acquired character. Nature 169: 278 – 279, EE. UU.
 62. Watzlawick, P., y col., 1971, orig. 1965: Teoría de la Comunicación Humana. Ed. Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires
 63. Welch, M., 1988: Holding time. Simon & Schuster, Nueva York
 64. Wernicke, C. G., 1984: Sistemas funcionales encefálicos y detección de su disfuncionalidad. Revista de la AAOFM Vol. 18 n° 55-56:57-64, Buenos Aires
 65. Wernicke, C. G., 1986: Sistemas funcionales y necesidades para el desarrollo de la personalidad. En: Cultura, Sociedad y Medio Ambiente en el Proceso de Aprendizaje del Niño, de E. Precht y col., Educares, Santiago, Chile
 66. Wernicke, C. G., 1987: Una nueva forma de tratamiento del autismo y las psicosis tempranas. Tiempo de integración III n° 15, Buenos Aires
 67. Wernicke, C. G., 1989: Las necesidades básicas en la educación. Impulso (Soc. de Dislexia del Uruguay) año V n° 9:28-53, Montevideo
 68. Wernicke, C. G., 1990: ¿Cuál psicosis temprana? Las dificultades de clasificación. Tiempo de Integración año V n° 21, Buenos Aires
 69. Wernicke, C. G., 1991: Educación, reeducación y necesidades básicas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial año 2 n° 4:5-31, Buenos Aires
 70. Wernicke, C. G., 1991: La Terapia de Contención en autismos y psicosis tempranas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial año I n° 2:32-45, Buenos Aires
 71. Wernicke, C. G., 2000: Castigo y Pedagogía. Cadernos Pestalozzi Vol II n° 3,

Niterói, Brasil 2000

72. Wernicke, C. G., 2001: Pedagogía y diversidad humana (Introducción a la edición en español). En: Enseñando y aprendiendo con Hannah, de L. Wise y C. Glass, M. Ed. Méd. Panamericana, Buenos Aires
73. Wernicke, C. G., 2001: La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo. Suplemento Eduterapia n° 5, Buenos Aires
74. Wernicke, C. G., 2004: Actividad y Problemas de conducta. Suplemento Eduterapia n° 15, Buenos Aires
75. Wernicke, C. G., 2004: Proyecto padres orientados. Suplemento Eduterapia n° 12, Buenos Aires
76. Wernicke, C. G., 2009: Soy inquieto. Suplemento Eduterapia n° 21, Buenos Aires
77. Wilber, K., 1988 orig 1980. El proyecto Atman. Kairós, Barcelona
78. Wilber, K., 1998, orig. 1995: Sexo, ecología, espiritualidad. Gaia, Madrid
79. Zaslou, R., y Breger, L., 1969: A theory and treatment of autism. En Breger, L.: Clinical – cognitive psychology, models and integration. Nueva Jersey

Suplemento Eduterapia

NÚMEROS PUBLICADOS

1. Esquemas de Psicosis tempranas
2. DFH (Test del Dibujo de la Figura Humana)
3. El diagnóstico de trastorno de déficit de atención y sus límites
4. Estimulación temprana (precoz) y tempranísima
5. La Terapia de Contención en los trastornos generalizados del desarrollo
6. Sistemas funcionales y discapacidades de aprendizaje
7. Retardo mental y psicosis temprana en el ejemplo del síndrome de Rett - 2ª Parte
8. Aprender a pensar, enseñar a pensar
9. El contexto de las relaciones entre hermanos
10. La historia de la vida en el trabajo diagnóstico
11. Simetría, dominancia y preferencia
12. Proyecto Padres orientados
13. Evaluación: Principios y estrategias
14. Cultura y Evaluación
15. Actividad, Conducta y Problemas de conducta
16. Motivación y desmotivación
17. Atención Temprana: Aspectos Básicos
18. Pedagogía Contextual: Fundamentos
19. Adolescentes en la Argentina: La generación de los '80
20. Integración e Inclusión en Educación
21. Soy inquieto
22. TGD, Autismos, Asperger