

## CONFERENCIA

# DetECCIÓN temprana de las perturbaciones de la salud mental en la infancia

**Didier Houzel\***

## Introducción

*El Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia pertenece a la División Promoción y Protección de la Salud del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". Es un consultorio asistencial y docente que adhiere al concepto de "pediatría amplia" en el cual se contempla la salud del niño y su familia. Tiene una importante trayectoria en la identificación temprana de niños con riesgo de padecer trastornos inaparentes del desarrollo. Actualmente está llevando a cabo un proyecto cuyo objetivo es la detección precoz de niños con trastornos del espectro autista y su inmediata evaluación diagnóstica para una pronta y adecuada intervención.*

*En este marco, se convocó al Prof. Dr. Didier Houzel. El 22 de agosto de 2008 dio una conferencia en el Hospital, cuyo título fue el de esta publicación.*

*El propósito de publicar en la Revista fue difundir un tema de vital trascendencia en el ámbito de la atención primaria.*

*Los aspectos más importantes de esta exposición y a los cuales nuestro equipo adhiere en su totalidad, fueron los siguientes:*

- *El proceso de detección sistematizada de los trastornos inaparentes del desarrollo garantiza una rápida identificación de los niños en riesgo.*
- *En los trastornos del espectro autista, la intervención debe ser temprana, específica, y contemplar al niño y su familia.*
- *El tratamiento debe considerar la subjetividad, el comportamiento, la educación y la inserción social del niño.*
- *Sólo un trabajo en alianza con la familia y consensuado entre las distintas disciplinas garantiza mejores resultados.*

## Conferencia

Hay un cierto consenso para reconocer que el diagnóstico precoz es un elemento muy importante para evitar las evoluciones más graves y, a veces, ¿por qué no? para permitir al niño salir del autismo.

## Un poco de historia

La historia de la palabra y del concepto del autismo es interesante, y es una palabra que no viene de la Psiquiatría Infantil, sino de la Psiquiatría de adultos. Bleuler es el primero que, en el marco de la esquizofrenia, ha hablado del delirio. Es decir, hablaba de la captación del esquizofrénico por sus propias producciones psíquicas y, como consecuencia, lo privaba de la posibilidad de interesarse en el mundo exterior.

Sabemos, por una correspondencia entre Jung y Freud, cómo había elaborado Bleuler el significado del término "autismo", que proviene de una raíz griega: *autos* (sí mismo), pero lo había derivado del concepto de autoerotismo que Freud utilizaba muchísimo en esa época.

En 1943, Leo Kanner hizo una descripción del autismo y en su descripción original lo llamó "trastornos autísticos del contacto afectivo", a partir de 11 casos que había estudiado rigurosamente. Creo que eso sigue siendo un modelo de descripción clínica del autismo establecido. Un año después, Asperger describió lo que llamó "psicopatía autística en los niños", y ya ven que el adjetivo "autístico" ya era corriente entre los psiquiatras, sobre todo en los de origen germánico. La descripción de Asperger no fue utilizada durante más o menos 30 años, hasta que Lorna Wing la puso otra vez en el candelero para describir "los autismos de alto nivel". A fines de la década de 1960 y en la década de 1980, hubo una modificación de la definición del síndrome autístico y esto se hizo, sobre todo, teniendo en cuenta las semejanzas de las conductas autistas. Subyacente estaba la hipótesis de un origen genético. Se encontraron diferentes trastornos emocionales, del lenguaje e inhibiciones en esas familias, y de golpe se amplió muchísimo el espectro del síndrome. Se llama ahora "espectro del autismo" o "trastornos invasores del desarrollo". Quiero llamar la atención sobre este punto, porque personalmente pienso que se lo amplió demasiado. Quiero concentrar mi atención, sobre todo, en el diagnóstico precoz y éste es el plan de mi exposición. Hay un múltiple interés en eso.

Primero lograr un consenso entre los terapeutas, y el diagnóstico precoz es uno de los raros casos en los que se ha logrado un consenso. Por supuesto que hay incertidumbres diagnósticas, pero es razonable no esperar a tener un diagnóstico totalmente completo para enfocar un tratamiento.

### Diagnósticos diferenciales

¿Qué es lo que puede hacernos pensar en un síndrome autístico y qué nos permite darnos cuenta de que es otra cosa? Hay una intrincación entre estos síndromes y el autismo propiamente dicho.

La **depresión del lactante**: hay que recordar que un lactante, por más pequeño que sea, puede deprimirse y, a veces, muy profundamente.

También la **carencia afectiva precoz**. Un signo que diferencia estos síndromes de depresión del lactante y la carencia afectiva precoz del autismo es que el bebé carenciado o deprimido va a saber utilizar mejor los elementos terapéuticos que le propongamos, como si estuviera esperando que vayamos hacia él. En cambio, el niño que tiene un riesgo autístico evita esta relación.

También tenemos que pensar en los **síndromes dolorosos**. Se sabe ahora que un signo importante del bebé con dolor es el retraimiento y retraerse sobre sí mismo.

También hay que pensar en el amplio campo de los **retardos mentales**. Hay cierta vaguedad en los límites entre estos, porque antes se decía directamente que los autistas no tenían nunca retraso mental, y Kanner había llegado a decir que tenían inclusive aspecto inteligente, de niños inteligentes. Ahora ya no se dirá más esto. Sabemos ahora que hay niños autistas que tienen retraso mental y también sabemos que hay algunas patologías que producen retraso mental con signos de autismo.

### Signos precoces

El mismo Kanner había sugerido la posibilidad de que hubiera signos muy precoces de autismo:

- **Falta de actitud anticipatoria**: es la actitud que tiene el niño cerca de los 4 meses, que tiende los brazos cuando alguien se le acerca para tomarlo. Anticipa que lo van a alzar.
- **Falta de ajuste postural**: el bebé que se alza, en general, se adapta al cuerpo, se moldea al cuerpo de la persona que lo alza. En cam-

bio, las mamás de autistas describen cómo es la actitud de sus niños cuando los alzan, “es como si fuera una muñeca de trapo o un pedazo de madera”. Se puede observar aversión por el contacto corporal, que no es nada habitual en un pequeño, ya que casi siempre están ávidos de ello.

- **Trastornos alimentarios** muy precoces: dificultades para amamantarse, vómitos y anorexia.
- **Trastornos del comportamiento**: inactividad, movimientos más lentos, **comportamientos repetitivos**. Y dentro de los comportamientos repetitivos hay estereotipias que se pueden ver muy tempranamente desde mediados del primer año. Pero hay que recordar que los bebés normales tienen movimientos estereotipados, golpean la mesa. En los bebés autistas esto aparece como desconectado. No se comprende por qué el bebé está golpeando la mesa, por ejemplo. No se detiene cuando le traen la mamadera ni la comida, sino que está más interesado en proseguir con ese golpeteo que en la comida.
- **Fobias masivas y precoces**: especialmente fobias a los ruidos en la casa, la aspiradora, la afeitadora del papá, etc.
- **Retraimiento e indiferencia** frente al mundo exterior.

### Categoría de los síntomas

**Trastornos de conductas sociales no lingüísticas**. Ya había citado algunos de ellos, como la falta de actitud anticipatoria, la falta de ajuste postural y la aversión por el contacto corporal.

Y también Baron-Cohen señaló otros trastornos, como **la falta de atención conjunta, falta de señalar con el dedo, o de imitación social y trastornos del pre-lenguaje**. Por supuesto que el lenguaje no empieza con la primera palabra. Primero hay otras etapas como el laléo, el parloteo y otras.

Y todo esto está ausente o es muy repetitivo, monótono y sin emoción. También hay **retraso y anomalías del desarrollo psicomotor**: hipotonía, distonías, mal control postural, que plantean muchos problemas diagnósticos que nuestros colegas pediatras conocen muy bien.

Y, a veces, hay una pérdida, también temporal, de hitos adquiridos. Por ejemplo, el niño

ha empezado a caminar y ¡*stop!* se detiene, y vuelve hacia atrás.

Y también, la ausencia de organizadores de Spitz. Hay ausencia o infrecuencia de sonrisas frente al rostro humano y ausencia también de fobia frente al rostro de un extraño.

Y también, **trastornos de las conductas perceptivas** que son muy impresionantes: la falta de contacto visual, de contacto a los ojos, evitación activa de la mirada y, a veces, trastornos auditivos que dan la impresión de sordera o reacciones paradójales. Hay una tendencia a fijarse en algunos detalles, en vez de tener una aprehensión de conjunto: lo que se llama “sesgo local”, con una no distinción, o falta de distinción, entre los estímulos humanos y no humanos. Son los niños que tratan de la misma manera a los sonidos que provienen de objetos del exterior y los sonidos de la voz humana. Y esto se encuentra en los estudios de neuroimágenes. Hay algo muy interesante que llamamos la hiper categorización. Voy a tratar de explicarlo en algunas palabras. Para el lenguaje, por ejemplo, una misma sílaba “pa” que se la puede pronunciar con una voz femenina, masculina, de un niño, en voz baja, que puede ser cantada, pero se escucha siempre “pa”. Porque ustedes hacen una categoría de todos estos “pa”. Y se puede decir que extraen una invariante. Y si ustedes estudian los medios físicos de esos sonidos, son muy diferentes. Y para el niño autista hay tantas categorías como voces que pronuncian esas sílabas. No hace una extracción de la invariante. Y esto es, probablemente, un obstáculo muy importante para el desarrollo del lenguaje, para comprender el lenguaje y para adquirirlo.

Y también hay otros **trastornos del comportamiento**, algunos ya los habíamos mencionado, como la inactividad, los movimientos más lentos, los comportamientos repetitivos, las estereotipias y, sobre todo, la ausencia de juego, la fascinación por las manos y, a veces, gritos, enojos y sobre todo, trastornos de autoagresividad.

**Déficit de la percepción del movimiento.** Hemos visto recientemente que los autistas están muy mal dotados o son torpes para percibir los movimientos muy rápidos. Es como si ellos percibieran imágenes sucesivas estáticas.

### Pruebas diagnósticas

Lo que quería decir antes de seguir es que el diagnóstico de trastornos del espectro autista

es clínico. No hay signos biológicos del autismo y es, por otra parte, un diagnóstico *relacional*. En Francia, pienso que no tenemos todavía demasiado adoptado ese hábito de ponernos en relación con el bebé, ni los médicos ni los psicólogos, sino que más bien los profesionales se dirigen al papá y a la mamá, en vez de ver directamente o relacionarse directamente con el niño.

No solamente de ver si mira a la mamá, sino a ustedes profesionales, al pediatra, “¿los mira, chicos?”. Lo mismo con la sonrisa, ¿les sonríe? También es muy importante: ¿lo vieron sonreír? ¿Les sonrió el niño? **Tendríamos que evolucionar hacia una clínica relacional para detectar mejor, para un mejor diagnóstico.**

Y ahora hay herramientas de evaluación que están normalizadas para poder hacer una pesquisa de los signos autísticos. El más conocido de todos ellos es el CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*), que tiene buena especificidad y baja sensibilidad. El CHAT, elaborado por Baron-Cohen, es válido a partir de los 18 meses. No está mal, pero estamos tratando de buscar algunos instrumentos que nos permitan una detección más precoz.

Hay uno que es un poquito más nuevo, el *Early Signs of Pre-autism Scale for Infants*. Asimismo, mencionaré una escala: la ADBB, que elaboró un francés A. Guedeney. Yo voy a volver sobre el *Early Signs of Pre-autism Scale for Infants*. Los ítem que ha seleccionado el Mifne Center de Tel Aviv son:

- pasividad precoz
- actividad excesiva
- rechazo del alimento o de los cuidados
- ausencia de reacción ante la voz o la presencia de los padres
- aversión por el contacto corporal con los padres u otras personas
- falta de contacto con la mirada
- retraso del desarrollo psicomotor
- Y últimamente se ha notado, o se ha visto, que hay un signo: el crecimiento rápido del perímetro craneano. Son niños que podrían tener un crecimiento temprano importante de este perímetro. No se sabe si es un mecanismo biológico que favorece el autismo o si hay una falta de destrucción de neuronas (como ocurre naturalmente durante el crecimiento normal).

Se trató de poner en evidencia tres **signos predictivos**:

1. La **falta de atención conjunta**. ¿Ustedes saben de qué se trata esto de falta de atención conjunta? Es el bebé que a partir de los 9 meses le interesa llamar la atención del adulto, le señala algún objeto o se interesa por lo que uno le muestra.
2. La **ausencia de señalamiento protodeclarativo**. Hay dos maneras de señalar: el señalamiento protoimperativo (“quiero esto”) y el señalamiento protodeclarativo. Y muchas veces el niño en este señalamiento protodeclarativo ve pasar algo que no puede tomar, que no se lo pueden dar, como un pájaro o un avión. Lo señala y aparentemente es como si quisiera darle también un nombre, de saber de qué se trata. Y estos niños con riesgo autístico no desarrollan este señalamiento protodeclarativo.
3. La **ausencia del juego, hacer “como si”**. El juego del cuco: el bebé que se esconde y busca que lo encuentren.

Hablaré primero y rápidamente de los **síndromes constituidos**. La descripción de Kaner se puede resumir en estos cinco ítem:

1. El **aislamiento autístico**
2. La **necesidad de inmutabilidad** que es muy típica: el niño autista no soporta el cambio, aun en un contexto físico de su entorno y reacciona.
3. Las **estereotipias** (los movimientos estereotipados y las estereotipias lingüísticas).
4. Los **trastornos del lenguaje**: a menudo ausencia total de lenguaje, muchas veces ecolalia y ecolalia a veces diferida. Un niño, por ejemplo, que repite un aviso de la televisión, pero totalmente fuera de contexto. Es típica también la **inversión pronominal**: el niño se nombra a sí mismo como él o tú: “tú te lastimaste”, y es él quien se lastimó.
5. Y también las **fobias masivas** que ya describimos.

La sintomatología según Asperger: los trastornos de la comunicación no verbal. Pero, sin embargo, hay un desarrollo del lenguaje en el síndrome de Asperger. Un lenguaje un poco particular, con neologismos, por ejemplo. También hay trastornos del pragmatismo del lenguaje. Verdaderamente, ¿se está dirigiendo a otro?, ¿o el lenguaje está investido para sí mismo, de alguna manera, en soliloquio? También des-

cribe trastornos de las interacciones personales y trastornos psicomotores, es un niño torpe con mala coordinación. Es allí donde discuten los profesionales si se trata del síndrome de Asperger o de otros trastornos psicomotores o de autismo de alto nivel sin estos trastornos motores. Y trastornos de la vida del instinto y emocional, que son siempre trastornos por exceso, ya sea una inhibición muy grande o bien trastornos por exceso, como una masturbación en público.

He comentado que, a partir de fines de la década de 1970, se hizo evolucionar la definición misma del síndrome autístico. Ya les manifesté que había sido un tanto crítico en cuanto a la ampliación de esa definición, que me parece un poco sesgada por una hipótesis *a priori* de un determinismo genético o familiar. Se está tendiendo a incluir ahora a los parientes, porque, a veces, entre los familiares se encuentran personas que son muy tímidas o con algún otro problema. Y, de repente, los límites se han puesto un poco vagos y ahora ya no se sabe muy bien qué es lo que se quiere decir con “autismo”.

En la definición actual, han quedado tres categorías de trastornos: los de la **comunicación**, de la **socialización** y de los **intereses restringidos y repetitivos**. Por supuesto que estamos encontrando todo lo que yo ya les mencioné en estas categorías. Hay criterios y subcriterios que definen mejor estos síntomas. Intereses restringidos y repetitivos... ¿Qué se quiere decir con eso? Por ejemplo, un niño que está apasionado por Pokémon, que está muy de moda en Francia, y está todo el tiempo pensando en esto. ¿Se trata realmente de un interés restringido y repetitivo? Y a veces hay niños totalmente normales que muestran, por temporadas, estos intereses restringidos y repetitivos. Entonces **hay que ser muy prudentes para no hacer un diagnóstico tan grave un poco rápidamente**. Ultimamente, hacia lo que se va, es a algo más totalizador: una consulta con **otras disciplinas, con el pediatra en primer lugar**, muy extendidas en el tiempo también y **siempre con los padres**, porque esto nos muestra la evolución y además es un apoyo para los padres.

### Epidemiología

Hablaré un poco sobre la epidemiología. Hay muchísimos trabajos epidemiológicos en este campo y la prevalencia es muy variable según los estudios. Algunos indican un 2,5 por 10.000 y otros un 70 por 10.000. Y, por supuesto, des-

de que tenemos estas nuevas definiciones, ha habido un aumento de la prevalencia. Bueno... tanto aumento y tanta extensión me hace pensar, como dije antes, que no estaba tan de acuerdo, y me hace pensar un poco en el cuento de Freud. Cuenta que alguien había perdido las llaves y las buscaba bajo un farol. Entonces viene alguien y le pregunta: "¿Perdiste por acá las llaves?" Y la respuesta fue: "No, no, no las perdí por acá, pero por acá hay luz".

Y esto tiene un inconveniente para las investigaciones científicas, porque se encuentran entonces muchísimas cosas y hay una dificultad, resulta muy difícil darles una significación a algunos datos.

### Etiología

Pasaré rápidamente al punto de vista de las investigaciones biológicas. Se ha trabajado en los siguientes campos: la **genética**. Ahora estamos seguros de que no hay un **gen** del autismo, pero sí hay genes candidato numerosos. Quizá sean ambiente-dependientes o entorno-dependientes y que no van forzosamente a expresarse, dependerá de otros factores. Y lo que es interesante, que esos genes ordenan la expresión de proteínas que intervienen en la construcción de la sinapsis y, desde el punto de vista bioquímico, se ha hecho hincapié en el aumento de la serotonina y, más recientemente, de la melatonina.

**Neurodiagnóstico por imágenes.** Ya mencioné el aumento del perímetro craneano, que no existe siempre, pero que plantea muchos interrogantes. El hipofuncionamiento del surco temporal superior y de la circunvolución temporal superior. Las anomalías de la activación del área fusiforme. Este surco temporal y circunvolución temporal superior se activan con la percepción de la voz humana. El área fusiforme se activa en la percepción del rostro humano. Es lo que algunos reúnen bajo el nombre, un poquito discutible, de "cerebro social". Hay anomalías de la activación en algunos autistas, no en todos, del cerebro social. Y hablé de las anomalías de activación de las áreas cerebrales en la percepción de los sonidos complejos, sonidos del lenguaje, y entonces esos sonidos son interpretados como los de un objeto cualquiera.

En Francia, estamos políticamente divididos en 24 regiones, en cada una hay un centro especializado de recursos en el cual se puede hacer la descripción, dar informaciones y, en general, ofrecer tratamiento para el caso de los niños autistas.

¿Cuál es el origen del pedido de una evaluación de detección? ¿Quién lo pide? En general, los psiquiatras infantiles y, a veces, los propios padres. En nuestra experiencia, los pediatras lo hacen en un 16% de los casos, los psiquiatras infantiles en un 23%, el resto se distribuye entre los psiquiatras y psicólogos de sectores de la organización que tenemos en Francia. Esto es para mostrarles simplemente la red que se organiza con los diferentes organismos de atención, con las familias, asociaciones de familias y también hay una vocación, un deseo de informar a las personas.

Y esto es simplemente para mostrarles la edad en que se inquietaron. El 40% se inquietó durante el primer año de vida; el 35%, en el segundo año; el 20%, en el tercero. Y después de los 3 años solamente el 5%. El 95% de los padres se inquietaron antes de los 3 años y se considera que el autismo constituido ya se puede diagnosticar a los 30 meses e, incluso, antes de los 30 meses. Se puede anticipar mucho todavía. Porque a veces hay casos en que los padres no han percibido el problema, pero una persona del exterior, un consultor puede hacerlo.

### Tratamiento en Francia

En este tema, en Francia, no hay consenso. No sé en la Argentina, pero en Francia estamos peleando sobre este tema. Pero hay tres puntos en los cuales ya se está esbozando consenso. El primer punto es el **diagnóstico precoz**, del cual ya les hablé. El segundo punto es la **alianza o la asociación con los padres**: tiene que haber una convicción profunda sobre esta necesidad, puede llevar tiempo. Y es un tiempo en que se va viendo la evolución del niño, se explora su subjetividad y esto se trabaja con los padres. Y el tercer punto de consenso es la **coherencia de la atención**. Todos los que están trabajando con el niño deben hacerlo en el mismo sentido. Actualmente hay acuerdo en que es necesario que haya varias intervenciones, pero lo que es necesario también, es que todos los que están interviniendo se pongan de acuerdo, respeten y estén convencidos de la necesidad de trabajar con los otros.

En cuanto al tratamiento medicamentoso, no hay nada nuevo para agregar.

Y por el lado del comportamiento hay muchas cosas. Surge por la preocupación de adaptar al niño al medio donde está viviendo y, por otro lado, de adaptar el entorno al niño. Quizás conocen ustedes los métodos TEACCH, ABBA, etc. Pienso que no hay que dejarlos totalmen-

te de lado. Algunos son muy válidos, sobre todo en lo que se refiere a la educación estructurada, a la pedagogía progresiva. Pero lo que me parece criticable es utilizar únicamente este método comportamental de adaptación, es decir, no plantearse el problema de la vivencia del niño, de la vivencia del niño y de su subjetividad y lo que él está tratando de mostrar y de expresar a través de todas esas conductas raras; del obstáculo psíquico para su desarrollo: esto entra en el terreno de las psicoterapias. Con eso no quiero decir que solamente hay que usar la psiquiatría y que no utilicen ni la educación, ni la pedagogía, no. Hay que emplear los tres métodos. Pero es muy importante ayudar al niño a que evolucione internamente. Primero, para que se construya lo mejor posible y segundo para que pueda adaptarse a otros medios distintos del aquel en el que ha sido educado. Y si no pueden llegar a observarse verdaderas catástrofes cuando el niño sale de la institución o sale del entorno familiar y no sabe cómo adaptarse. Y eso le va a suceder tarde o temprano.

Si no, no hay una evolución interna que le permita adaptarse. La vida en el fondo es eso: que uno pueda cambiar de lugar, de entorno, de situación, sin tener la impresión de que se trata del fin del mundo. Soy psicoanalista y es sobre todo con este enfoque que he tratado de ayudar a estos niños y a sus padres. Cuando se habla en Francia de psicoanálisis para los niños autistas, se ve emerger enseguida el fantasma de Bettelheim. No sé si les ocurre lo mismo en la Argentina, pero de todos modos, quiero decirles que esto no es para nada la referencia que nosotros utilizamos. Bettelheim ha dicho cosas que fueron ciertas, pero su gran falla fue afirmar que el autismo del niño venía de los padres. A partir de ahí su teoría de que había que separar al niño, tratarlo fuera de la familia, en una institución. Nosotros no tratamos así al niño, ni trabajamos con este enfoque, sino, muy por el contrario, trabajamos como ya les mencioné, en alianza con los padres. Y nunca empezamos una psicoterapia en un niño autista sin tener el acuerdo de ambos padres. Tenemos frecuentemente entrevistas con ellos para seguir la evolución del niño. Los alumnos de Melanie Klein nos han dado nuevos modelos de comprensión del niño autista. Algo me parece importante y es que el psicoanálisis no dice nada sobre las causas del autismo. No es una disciplina que permita encontrar la etiología de una enfermedad o de un síndrome. A menudo, se comete ese error. El psicoanálisis busca dar un sentido, que no es lo mismo. Y esta distinción viene

del siglo XIX, de Dilthey, que hablaba de una psicología explicativa y una psicología comprensiva. La psicología explicativa busca las causas y la comprensiva busca el sentido.

Voy a partir de los últimos escritos de Tustin que constituyen un gran aporte en este campo. Todo sucede en su modelo como si el niño autista hubiera hecho una experiencia de continuidad entre él y el exterior. Sobre todo, lo que le aporta satisfacción: como su madre, el alimento de la madre. Si se está en la ilusión de la continuidad, no se puede individuar sin que haya una catástrofe, sin un desgarramiento. En esta hoja de papel hay una continuidad y si yo quiero sacar dos hojas de papel la tengo que rasgar. Y, según su modelo, todo sucede como si el niño autista hubiera sufrido ese desgarramiento en un momento más o menos temprano de su vida, en circunstancias que pueden haber sido muy comunes, muy banales, que no son etiologías, que son circunstancias que destruyen la ilusión: una mudanza, un nuevo embarazo, una enfermedad, una internación. El niño autista no vive esas circunstancias como una etapa en su individuación. Yo tengo dentro mío recursos como para poder superar la ausencia de mi mamá, el esperar... Pero él lo vive como un terremoto, un desgarramiento, un abismo que se abre ante sí. Y cualquier situación que recuerde esa separación, que va contra esa ilusión de continuidad, le resulta insostenible. Y de allí, sin duda, la necesidad de inmutabilidad y la necesidad de evitar la relación con los otros y dejar sin efecto la diferencia. Entonces usa la superinvestidura de la sensorialidad, porque yo puedo tener sensaciones con mis propias manos (mueve las manos como una estereotipia). Y Tustin también mostró que son niños que utilizan también sus propias secreciones para tener sensaciones, para darse sensaciones, la saliva en su boca, la materia fecal y también objetos. Pero no objetos que tengan un sentido, por ejemplo que sirvan para comer, como una cuchara; o que permitan expresar representaciones, fantasmas. Simplemente, objetos que les dan sensaciones. Lo que se llamaba objetos autísticos, porque el niño los utiliza para tener/obtener sensaciones, nada más. ¿Qué podemos hacer en psicoterapia con niños que se encuentran en ese universo? Muy progresivamente y con mucha empatía, se puede ayudarlos a tolerar mejor su condición dándoles un sentido a lo que ellos sienten en el distanciamiento, en la separación; permitiéndoles entonces tener representaciones mentales y mensajes allí donde antes había un agujero, un abismo. Voy a detenerme con el ejemplo que

dio Tustin en "Autismo y Psicosis de la Niñez" en su primera obra. Fue en relación con la primera paciente autista que ella siguió con psicoterapia. Esta niña una vez vio a una amiga de su mamá mientras le daba el pecho a su bebé, y llegó totalmente conmovida a su próxima sesión. Con algunos lápices y algunas palabras pudo hacerse comprender o hacerle comprender a Tustin, o ella pudo comprender: lo que más le impresionó era que el pecho y el pezón fueran exteriores a la boca del bebé. Y cuando la psicote-

rapeuta pudo interpretar eso, la relación trans-ferencial permitió que la niña empezara a evolucionar. Y evolucionó tan bien que muchos años después recibió una carta en inglés de esa pacientita que estaba estudiando en los Estados Unidos. Por supuesto que no todos los casos evolucionan así, pero por poco que podamos hacer evolucionar psíquicamente a un niño autista, se transforma su destino y el destino de todo su entorno.

Muchas gracias.

---

\* Maestro de conferencia, psicoanalista, Jefe del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Centre Hospitalier Universitaire, de Caen y Profesor de Psiquiatría del niño y del adolescente en la Universidad de Caen. Es corredactor en jefe de la revista *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant* y autor de numerosas publicaciones, como *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (1993), *Les enjeux de la parentalité* (1999), *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2000), *L'aube de la vie psychique* (2002), *L'enfant, ses parents et le psychanalyste* (2003), *Concept d'enveloppe psychique* (2005). Ha escrito el prólogo de las siguientes obras: Alvarez A, Reid S. *Autisme et personnalité* (2001), Miller L, Rustin M, Rustin M, Shuttleworth J. *L'observation attentive des bébés*.