

# Suplemento Eduterapia **5**

Junio 2001

## La Terapia de Contención en los Trastornos Generalizados del Desarrollo

Carlos G. Wernicke

Trabajo presentado en el  
7° Congreso Europeo de Investigación en Rehabilitación,  
Madrid 2001



**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.com.ar](http://www.holismo.com.ar) - [info@holismo.com.ar](mailto:info@holismo.com.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; fundholismo@holismo.com.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.

## **RESUMEN**

La Terapia de Contención fue introducida en 1987 por Carlos G. Wernicke a partir de su experiencia en el tratamiento de niños con disfunciones encefálicas y retardos mentales, su estudio de las necesidades básicas del ser humano y su preocupación por los autismos y las psicosis tempranas en general.

Se fundamenta en el paradigma holístico con base psicodinámica. Son sus indicaciones las patologías del vínculo humano, aún y sobre todo las más graves, como los autismos y las psicosis tempranas en general, la patología emocional acompañante de los retardos mentales y trastornos de conducta y/o aprendizaje graves provocados o agravados por vínculos patológicos.

Opera simultáneamente sobre 5 abordajes: Tratamiento de los cuadros de base, Orientación psicoeducativa a los padres, Abrazo de contención (Welch, Tinbergen, Prekop), Tratamientos (re)habilitatorios, Medicaciones y dietas.

Luego de un estudio diagnóstico minucioso se elabora un programa de acción individualizado que tiene en cuenta todas las áreas y los conocimientos de que se dispone. Abrevia una psicoterapia en curso y la precede o la hace superflua cuando ésta no era la indicación. En cuanto a sus resultados, en días o semanas, aún en niños autistas, se logran mejorar el contacto visual y corporal, la búsqueda y la aceptación de los padres, la imitación, los temores, la hipersensibilidad, el interés, el juego, la comunicación, el lenguaje, la conducta. Se reducen las estereotipias y la agresividad. Son predictores de éxito: Buena selección del caso; mayor edad madurativa; menor brecha cronológico / madurativa, habla; colaboración de ambos padres.

## **SUMMARY**

Containment Therapy was first introduced in 1987 by Carlos G. Wernicke from his experience with treating children with brain dysfunctions and mental retardations, his study of human basic needs and his preoccupation about autisms and early psychoses in general. This therapy is based on the holistic paradigm, and is a psychodynamic approach.

Therapeutic indications are human bonding pathologies, first of all the most severe, i.e. autisms and early psychoses in general, the emotional pathology accompanying mental retardations, and severe

behavioral and/or learning disorders graves caused or aggravated by pathological bonds.

It operates simultaneously at 5 dimensions: 1. Treatment of basic conditions; 2. Psychoeducational assessment of parents; 3. Holding time (Welch, Tinbergen, Prekop); 4. (Re)habilitatory therapies; and 5. Medicines and diets.

After a meticulous diagnostic study, an individualized therapeutical program is elaborated, which considers all known areas and data. It abbreviates an ongoing psychotherapy and precedes it or makes it superfluous when this was not the therapeutic indication. Results: in days or weeks, including autistic children, visual and corporal contact, searching and acceptance of parents, imitation, fears, hypersensitivity, interest, playing, communication, speech, and behavior are better. Stereotypes and aggressiveness are reduced. Predictors of success are a good case selection; higher developmental age; narrower chronological / developmental gap; speech; and collaboration of both parents.

---

## **INTRODUCCIÓN**

Los trastornos generalizados del desarrollo (TGD) (DSM-IV) [1] constituyen síndromes en los que el desarrollo no está bloqueado parcialmente sino que la interrupción del desarrollo abarca todos los aspectos del sujeto. Poco a poco, esta formulación va desplazando al nombre anterior que se daba a estos cuadros, el de psicosis tempranas, en la medida en que se va comprendiendo que lo que tienen de psicótico es apenas una parte del trastorno. Sólo por comodidad, entonces, hablaremos de psicosis tempranas como sinónimo del TGD.

En 1990 he publicado por primera vez la definición con que desde entonces me he manejado, basada en postulaciones del psiquiatra de niños alemán R. Lempp y del psiquiatra de adultos suizo L. Ciompi [2, 3, 4]. Actualizada en los términos, es la siguiente:

En todo TGD hay siempre

- Una capacidad de canal anormalmente pequeña que conduce a
- Una discapacidad en la elaboración de la información, que a su vez conduce a
- Un trastorno -por lo general parcial- de la relación con la realidad vivida en conjunto, lo que a su vez conduce a
- Una dificultad en el pasaje entre la realidad vivida en conjunto y la realidad individualmente significativa.

De esta manera de definir se desprende lo que sigue:

- Desde el comienzo de la vida, es decir, desde la concepción, el organismo (en parte o todo) se adapta al medio ambiente, ejerce influencia sobre él y es influenciado por éste. Tal adaptación implica un delicado equilibrio entre la función (propia) y el funcionamiento final, tanto más influenciado por el medio cuanto más complejo el proceso funcional. Esta interrelación de función y medio ambiente recibe el nombre de sistema funcional (SF); desde el comienzo, el niño organiza sistemas de funcionamiento, que se formarán por la interacción constante de función y medio ambiente; así, es un sistema funcional muy primitivo la percepción, tal como lo son todos los procesos psicológicos complejos y todos los aprendizajes humanos. Todos los exámenes no médicos son exámenes de SF.
- Los seres humanos vienen a la vida con potencialidades a desarrollar; en otras palabras, con necesidades básicas a satisfacer. La búsqueda de estos estímulos (= satisfactores) es propia de todo ser vivo.
- Una capacidad de canal anormalmente pequeña significa una posibilidad menor de ingreso de estímulos ambientales. El canal puede acotarse por a) lesión, b) disfunción propia o c) estimulación deficitaria, en intensidad o momento madurativo. El inicio de canal acotado no tiene por tanto necesariamente causa biológica (la llamada "organicidad encefálica"); ella bien puede ser ambiental. Dis-satisfacciones muy tempranas de las necesidades básicas pueden inducir la formación de sistemas funcionales (SF) muy primitivos alterados.
- La menor cantidad de estímulos – satisfactores - información implica una elaboración deficitaria de ésta, ya que la elaboración deberá basarse demasiado poco en los datos de la realidad externa, supliéndolos con interpretaciones anómalas de tal realidad. A lo largo

del tiempo, esta mala elaboración se multiplica geoméricamente, con lo que la comprensión de la realidad ambiental se torna imposible.

- La realidad vivida por todos (conjunta) es aprehendida por el sujeto sano a lo largo de sus primeros años. Por fin, el sujeto se instala en la realidad conjunta con toda su capacidad de simbolización y haciendo uso creativo del lenguaje [5]. De ningún modo abandona por eso su realidad individualmente significativa, como juegos, sueños, fantasías o manifestaciones aceptadas con límites por la sociedad, como las creaciones artísticas; pero aprende que ésta sólo es significativa para sí mismo.
- Por lo general, la relación con la realidad conjunta (a la que coloquialmente se denomina desconexión) se altera sólo parcialmente, pero tanto más cuanto más temprana haya sido la incidencia de la mala conformación de SF. La desconexión extrema es harto rara.
- Cuando las elaboraciones no se fundamentan en suficiente información de la realidad conjunta, o ésta es confudente o aterradorante y no satisface las necesidades básicas, o cuando las elaboraciones se basan en acúmulos de fantasías muy primitivos, resulta difícil para el sujeto distinguir con claridad el límite entre su realidad significativa sólo para él y la realidad vivida por todo el contexto. Esta circunstancia no sólo es propia del fenómeno psicótico, ya que se la observa asimismo por ejemplo en el sueño normal, cuando se es abruptamente despertado durante la actividad onírica y ésta constituye tema de conversación con el otro, que nada entiende. La definición de lo que se entiende por "fenómeno psicótico" es altamente discutida y supera los alcances de este trabajo.
- Esta dificultad de pasaje entre la realidad individualmente significativa y la realidad conjunta nos permite la observación clínica vívida (desde el afuera) de la realidad individualmente significativa para el sujeto. Sus síntomas son notoriamente polimorfos (por tan individuales) y nos resultan ininteligibles (la realidad individual no sigue las leyes lógicas de la realidad conjunta, como por ejemplo tampoco los sueños o el arte), sino una lógica interna incomprensible para el afuera. Decimos entonces que el sujeto está loco (etimológicamente, fuera de lugar).

Cada TGD presenta sintomatologías clínicas cognitivas, emocionales y sociales que se corresponden con un momento dado de interrupción en el desarrollo. A partir de esa interrupción, la evolución natural puede llevar al retroceso en el camino del desarrollo o incluso al desarrollo anómalo, por vías anormales. Se explica de este modo que una patología encefálica severa de base (el retardo mental) pueda ser causa de psicosis temprana y que a su vez la psicosis temprana desemboque

naturalmente -de no mediar intervención terapéutica- en un retardo mental.

Si bien la dinámica psicológica depende del caso individual y debe evaluarse con sumo detalle en cada familia, es posible extraer aspectos comunes que intenten explicar la permanencia del niño en una etapa de falta de integración de la personalidad (esto es, de todos sus SF en uno único, global) en relación con su edad cronológica, o aún su retroceso a etapas anteriores.

Sobre la base de una disfunción encefálica (en orden de severidad: lesión, retardo mental, disfunción propiamente dicha, disistematización funcional) se instala un conflicto entre necesidades básicas. A fin de poder ver satisfecha una central, la *seguridad* [5], el niño abdica de la obtención de la satisfacción de otras: Como mínimo, a) afecto, esto es, la aproximación social; b) pertenencia a una red contextual; c) compañía; d) y conocimiento o exploración del entorno.

A fin de ganar seguridad (y así reducir el pánico, sentimiento eje de su vida en forma constante) se retrae a una base segura [6], constituida por la autosatisfacción omnipotente (autismo) o por la fusión simbiótica en una unidad dual (simbiosis): escapa hacia sí o hacia la unidad sujeto - madre. Tal evitación y retraimiento no disminuyen la ansiedad sino que, al tratarse de satisfacciones espurias, la reducen para enseguida aumentarla a niveles enormes; al no existir otra solución que perseverar en la satisfacción vicaria se instala en la línea de sentimientos del miedo su peor grado, el pánico; la evitación crónica anula los aprendizajes por aproximación y exploración, que sólo tienen lugar en caso de seguridad extrema (¿quizá una explicación para los islotes de hipersabiduría?). Por lo general, el medio intenta aumentar el aprendizaje a través de la enseñanza, que en el mejor de los casos mejora rendimientos instrumentales pero no cura un elemento que por ser un sentimiento es más profundo: el pánico.

## **LA TERAPIA DE CONTENCIÓN**

En 1987 comencé a practicar una serie de abordajes simultáneos en el tratamiento de familias con niños con TGD bajo el nombre de Terapia de Contención [7].

Estos abordajes simultáneos son los siguientes:

- 1. Tratamiento del cuadro causal (disistematización, disfunción, retardo mental, lesión)**
  - 2. Orientación psicoeducativa a padres**
  - 3. Abrazo de contención**
  - 4. Tratamientos habilitatorios / rehabilitatorios (instrumentales).**
  - 5. De ser necesario, intervenciones químicas**
- Con seguimiento consecutivo.**

Al respecto algunas puntualizaciones:

- Como resultado de la dicotomía mente-cuerpo en la que los profesionales fuimos formados y según la cual intentamos auxiliar al paciente, se efectúan estudios diagnósticos hasta cruentos sin salida terapéutica ninguna, o se aplican tratamientos destinados a un fragmento del niño que el profesional puede llevar a su conciencia porque ha sido formado en diagnóstico y tratamiento de ese fragmento, y no de niños en cuanto personas globales. En un TGD, tal proceder es absurdamente iatrogénico, eleva más la ansiedad y produce más pánico. Medicaciones alopáticas y alternativas, orientación a los padres, tratamientos habilitatorios / rehabilitatorios, psicoterapia individual y/o grupal son diversos abordajes convenientes al solo tratamiento del cuadro causal. Las medicaciones van destinadas a regular las consecuencias disfuncionales de la lesión o a reparar la disfunción sin causa lesional, si es que la medicina logra hacerlo en el estado actual de su conocimiento.
- La orientación a los padres es un punto central, y debe efectuarse siempre. La lleva a cabo el mismo terapeuta y se intenta de comienzo una gran frecuencia (por ejemplo, una vez semanal). Es un pilar absoluto de la Terapia de Contención. Sus objetivos son informar, educar, tranquilizar, ayudar a elaborar, encontrar caminos conjuntos, situar en la realidad, brindar un contexto, permitir la expresión, desculpabilizar. Los padres pueden y deben tener injerencia en el tratamiento de su hijo. La importancia de los factores interaccionales ha sido subrayada cada vez más en el último tiempo, sobre todo desde la irrupción de las terapias sistémicas. Sin embargo, mucho antes que eso ya el grupo organizado alrededor de T. Reza publicaba en Argentina uno de los pocos exponentes de la literatura acerca del tema [8], algo menos exigua en Europa [9]. Es notorio el silencio respecto de este abordaje en las diversas carreras de grado y en los cursos de postgrado, aún en psicología. Aspectos técnicos básicos son el gran

respeto por los sentimientos de los padres, sin constituirse el terapeuta en abogado del niño, sencillamente porque no lo es. Se emplearán mucho más el reflejo y el señalamiento, a la manera de la psicoterapia centrada en la persona de Rogers [10] que la interpretación. El lenguaje gestual y verbal del terapeuta ha de amoldarse lo más posible al de los consultantes. El terapeuta será modelo (conductual, moral, de expresión de sentimientos) para los padres. El trabajo se centrará globalmente en el presente familiar.

- La psiquiatra de niños de los EE.UU. Marta Welch comenzó a aplicar el holding time, que en un comienzo se tradujo al español como abrazo forzado [11]. Se difundió en Europa gracias al Premio Nobel inglés N. Tinbergen [11] y a la psicóloga checa J. Prekop [12] en Alemania. Lo que prefiero llamar abrazo de contención consiste en que la figura en rol materno mantenga abrazado al niño durante una secuencia que necesariamente incluye tres fases: a) confrontación (el momento en que la madre toma al niño en brazos), b) rechazo del niño hacia su madre (que debe insistir en retenerlo en los brazos de ella pese a la voluntad expresada por el niño de alejarse de ella), y c) reconciliación (en que el niño disfruta del regazo de su madre, pese al rechazo que manifestaba hasta un instante antes). El abrazo de contención es lo que su nombre indica: contiene 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, consoladora, 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. El abrazo de contención es así una inundación de seguridad. Es un proceso primal [13], profundo satisfactor real de necesidades básicas que interrumpe el conflicto entre éstas. El niño ya no debe retraerse para encontrar seguridad en sí mismo o volver hasta la fusión indiscriminada para tranquilizarse. La madre permite que el niño, con el ritmo del niño, haga la experiencia de no ser dejado a su propia merced cuando él no sabe que hacer con él mismo. La madre se hace cargo de él en totalidad, en un proceso en que sacan provecho tanto el niño como la madre. Estos abrazos son realizados cada día, en tanto dure la sintomatología, en el hogar familiar. Su comienzo puede programarse o tener lugar con motivo de un exabrupto sintomático del niño (conducta estereotipada, berrinches, aislamientos, etcétera.). Terapias emparentadas con esta técnica son la realización simbólica de M. Sechehaye [14], el bonding de D. Casriel, el proceso Z de R. Zaslav [15] y el psicoanálisis directo de J. Rosen [25]. Los padres deben participar activamente del tratamiento de su hijo con psicosis temprana. Esta es la mejor garantía de éxito. Como es harto frecuente que uno o ambos padres de niños con psicosis tempranas sean altamente temerosos y presenten a su vez dificultades de aproximación corporal para con el hijo, entre ellos y

en general, la orientación de padres y el abrazo de contención ayudan a vencer esta problemática. Los resultados de la combinación de abrazo de contención en el marco de la orientación psicoeducativa de los padres se observan de inmediato; en pocos días o semanas se ven mejorías objetivables.

- Los tratamientos habilitatorios / rehabilitatorios (psicopedagogía, fonoaudiología / logopedia, kinesiología / fisioterapia, etc.) buscan mejorar sistemas funcionales. Es un abordaje imprescindible, a fin de ayudar a la maduración interrumpida. Sin embargo, de nada valen si antes no se levanta el bloqueo, sobre todo mediante la acción de los padres por medio del abrazo de contención. La vasta literatura especializada en el tema [por ejemplo 16, 17, 18] exime de mayores comentarios.
- En ocasiones es útil reducir la gran ansiedad mediante psicofármacos específicos, ayudando a cortar círculos viciosos interaccionales y mejorando la convivencia. Se los emplea sobre todo al comienzo de la Terapia de Contención, pero jamás deben constituir el único tratamiento (lo cual es hasta antiético), ni tampoco el primer tratamiento “para ver qué pasa”. En el caso individual se decidirán aún dietas o aportes vitamínicos.

En la clínica, el camino a seguir para la aplicación final de una Terapia de Contención es el que sigue:

a) Obtención de datos

Historia clínica extensa (HCE)  
Observación del niño  
Pedido de informes: escolar, profesionales

b) Elaboración del material

Derrotero cronológico  
Lista signosintomatológica  
Hipótesis psicodinámica

c) Con ello se llega a la formulación de un diagnóstico triaxial:

1. Eje actual: extremos biológico - ambiental
2. Eje histórico: edad de bloqueo generalizado del desarrollo
3. Eje de manifestación clínica: leve - moderado - grave

d) Terapia de Contención

## 40 CASOS

En 1997 recolecté los resultados de la terapia de contención en 40 casos consecutivos seleccionados, luego de 6 meses de instalación de la terapia.

Se trató a 28 varones y 12 niñas según el siguiente Cuadro:

| grupo | edad (años) | n°    | %    | n°    | %    |
|-------|-------------|-------|------|-------|------|
| I     | 2           | 2     | 5    | 10    | 25   |
|       | 3           | 2     | 5    |       |      |
|       | 4           | 4     | 10   |       |      |
|       | 5           | 2     | 5    |       |      |
| II    | 6           | 6     | 15   | 18    | 45   |
|       | 7           | 5     | 12,5 |       |      |
|       | 8           | 5     | 12,5 |       |      |
|       | 9           | 2     | 5    |       |      |
| III   | 10          | 7     | 17,5 | 12    | 30   |
|       | 11          | 1     | 2,5  |       |      |
|       | > 12        | 4     | 10   |       |      |
| total |             | 40 p. | 100% | 40 p. | 100% |

Los diagnósticos fueron:

|                                     | n° | %    |
|-------------------------------------|----|------|
| simbiótica                          | 11 | 27,5 |
| somatógena                          | 15 | 37,5 |
| moderada                            | 11 | 27,5 |
| autismo                             | 4  | 10   |
| DEM                                 | 4  | 10   |
| psicosis temprana                   | 3  | 7,5  |
| psicosis tardía / crisis<br>puberal | 3  | 7,5  |
| personalidad neurótica              | 3  | 7,5  |
| Kanner                              | 2  | 5    |
| LC                                  | 2  | 5    |

El resumen diagnóstico podría considerarse así:

|                          | n° | %    |
|--------------------------|----|------|
| psicosis tempranas / TGD | 20 | 50   |
| psicosis tardías         | 3  | 7,5  |
| organicidad encefálica   | 21 | 52,5 |
| otros                    | 3  | 7,5  |

## Resultados

Se aplicaron los siguientes criterios de evaluación:

- **CURADO:** normal, imposible efectuar un diagnóstico de psicopatología
- **ALTAMENTE MEJORADO:**
  - modificación del rol familiar, de "discapacitado" a "niño con problemas"
  - modificación del rol social, por ejemplo juego con pares normales, cambio favorable a otra escuela
  - imposible sostener el diagnóstico de psicosis temprana
- **POCO MEJORADO:** mejorías varias (por ejemplo la lista de mejorías de Prekop), sin cumplir los criterios de "altamente mejorado"
- **IGUAL:** sin cambios observables a simple vista
- **PEOR:** empeoramiento de la lista signosintomatológica realizada al comenzar la terapia

|                            | n° | %    |
|----------------------------|----|------|
| <b>CURADOS</b>             | 0  | 0    |
| <b>ALTAMENTE MEJORADOS</b> | 15 | 37,5 |
| <b>POCO MEJORADOS</b>      | 25 | 62,5 |
| IGUAL                      | 0  | 0    |
| PEOR                       | 0  | 0    |
| total                      | 40 | 100% |

Por grupos:

| grupo | n de casos<br>(% del<br>total) | ampliamente<br>mejorados (%<br>de su grupo) | poco<br>mejorados (%<br>de su grupo) | fracasos<br>terapéuticos |
|-------|--------------------------------|---|--------------------------------------|--------------------------|
| I     | 10 (25%)                       | 8 (80%)                                     | 2 (20%)                              | --                       |
| II    | 18 (45%)                       | 7 (38,8%)                                   | 11 (61,2%)                           | 1                        |
| III   | 12 (30%)                       | 0   | 12 (100%)                            | 3                        |
|       |                                |   |                                      |                          |
| TOTAL | 40 (100%)                      | 15(37,5%)                                   | 25 (62,5%)                           | 4 (10%)                  |

Se confirmaron todos los resultados de un estudio previo de Prekop (1983) sobre abrazo de contención:

- 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

A dichos resultados se agregaron otros, que ya se habían observado informalmente (Wernicke, 1986):

- 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

A todas luces, los resultados pueden calificarse como excelentes. Si bien en ningún caso se agregó la metodología Teacch en las escuelas, se considera que sería de gran auxilio la combinación de ambos abordajes. La muestra no presentó niños de 0 a 2 años de edad, pero se considera que los resultados serían notablemente mejores en esa edad, dentro de los tratamientos de Estimulación Temprana. La pareja parental mejoró adicionalmente en forma notable en casi todos los casos, así como su relación con los otros hijos, otros familiares y conocidos.

Se observaron a los 6 meses 3 fracasos terapéuticos (10%) y 1 a los 2 años:

1. Niño de 6 años con autismo. "Poco mejorado". Pese a la mejoría notoria en 3 meses, el padre se negó a colaborar aduciendo motivos religiosos y violencia materna
2. Niña de 15 años con retardo mental con psicosis temprana. "Poco mejorada". El padre no colaboró por su elevada edad (> 70 años) y por la negativa de la madre a incorporarlo al tratamiento
3. Niño de 10 años con psicosis simbiótica sobre base orgánica inespecificada. Luego de aproximadamente 2 años de una evolución halagüeña ("poco mejorado"), el niño comenzó a empeorar en la conducta; se convino la derivación
4. Niña de 12 años. Psicosis tardía. "Poco mejorada". a intervalos de pocos meses repetía el cuadro psicótico inicial.

Son predictores de éxito:

- Buena selección del caso
- Mayor edad madurativa al inicio del TGD
- Menor brecha madurativo / cronológica
- Habla
- Colaboración de ambos padres.

Por cierto, empeoran el pronóstico los predictores de Rutter (pobre CI, falta de habla a los 5 años de edad) [19] y el solo paso del tiempo, ya que la espiral negativa va introduciendo al psicótico temprano en un retardo mental del que ya no es posible retrotraerlo.

## CONCLUSIONES

Ser terapeuta de contención requiere una concepción acorde del fenómeno patológico y conocimientos técnicos especializados.

La experiencia usual en terapias de niños y adultos neuróticos no basta. La formación del profesional según el paradigma holístico y su avenimiento a estrechar con los pacientes una relación global se consideran esenciales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1] DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Asociación Norteamericana de Psiquiatras
- 2] Wernicke, C. G.: La Terapia de Contención en autismos y psicosis tempranas. Cuadernos de Psicomotricidad y Educación Especial, año 1 n° 2: 32 - 45, Buenos Aires 1991
- 3] Lempp, R.: Die Schizophrenien als funktionelle Regressionen und Reaktionen. En: Lempp, R., y col: Psychische Entwicklung und Schizophrenie, Huber, Berna 1984.
- 4] Ciompi, L.: Gibt es überhaupt eine Schizophrenie? En: Lempp, R., y col.: Psychische Entwicklung und Schizophrenie, Huber, Berna 1984.
- 5] Wernicke, C.: Las necesidades básicas en la educación. Impulso Año 5 N° 9: 28-53, Montevideo 1989.
- 6] Bowlby, J.: Vínculos afectivos. Morata. Madrid 1979/1986.
- 7] Wernicke, C.: Una nueva forma de tratamiento del autismo y las psicosis tempranas. Tiempo de integración Año III N° 15: 15, Buenos Aires 1989.
- 8] Reca, T.: Psicología, psicopatología, psicoterapia. Siglo XXI, México 1973.
- 9] Müller-Hohagen, J.: Psychotherapie mit behinderten Kindern. Kösel, Munich 1987.
- 10] Rogers, C. Psicoterapia centrada en el cliente. Paidós, Buenos Aires.
- 11] Tinbergen, N. y E: Niños autistas. Alianza, Madrid 1985.
- 12] Prekop, J.: Hättest Du mich festgehalten. Kosel, Munich 1989.
- 13] Janov, A.: El grito primario. Sudamericana, Buenos Aires 1972.
- 14] Sechehaye, M. A.: La realización simbólica. F. de Cultura Económica, México 1947/1958.
- 15] Burchard, F.: Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhalte-Therapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 33: 282-290, Alemania 1984.

- 16] Reca, T.: Psicoterapia de la infancia. Paidós, Buenos Aires 1951.
- 17] Reca, T.: El caso de Ricardo Mendía. Beta. Buenos Aires 1966.
- 18] Axline, V.: Dibs en busca del yo. Diana, México 1977.
- 19] Rutter, M., y col.: Autismo. Alhambra, Madrid 1978/1984.