Asociación Argentina de Ayuda a la Persona con Esquizofrenia y su Familia

Charla APEF 26 de junio de 2026

Autismo y esquizofrenia, Dr. Christian Plebst *

* Doctor en psiquiatría, trabaja con niños y adultos, especialista en trastorno del espectro autista

La idea de esta charla es compartir las miradas y la experiencia de estos últimos treinta años, y ver cómo, así como el mundo cambió radicalmente y el paisaje de la crianza y la infancia cambió, la idea es ver dónde estamos ahora, hacia dónde está yendo la salud mental y cómo estamos mirando cada situación.

Teniendo la posibilidad de hacer ambas especialidades —no sé si es una ventaja o por qué sucedió—, realmente lo veo casi como indispensable. Creo que hay residencias dobles o duales, pero hasta cierto punto uno se pregunta si no tendría que ser obligatorio hacer dos años de psiquiatría infantil, porque la mayoría de las cuestiones son evolutivas. Especialmente hoy vamos a hablar de un diagnóstico como el de la esquizofrenia, que empieza o se hace evidente en la adolescencia, pero que muchas miradas la consideran un trastorno del neurodesarrollo. Vamos a ver qué quiere decir esa palabra, porque también tiene el peso de un paradigma médico hegemónico muy fuerte. Pero es una condición del neurodesarrollo también, por ahí no perceptible de la misma manera que se da con el autismo. Sin embargo, están esas miradas que dicen: «Bueno, no hablemos de síntomas ni hagamos una clasificación de síntomas únicamente cuando aparecen, sino busquemos y tengamos la actitud de comprender por qué esa persona y por qué cuestiones llega el sistema nervioso central a generar tal pico de estrés que se disocia y genera estas experiencias». Sería una mirada muy transaccional, donde se mira lo genético, lo biológico y lo ambiental, obviamente corriéndose de los estigmas de que esto tenga que ver con ser algo causado por el entorno, pero entendiendo los factores del entorno. Y de vuelta, como parte de una psicoeducación que permite ser parte de la solución, entre comillas, o parte del acompañamiento.

Es un tema muy intrincado hablar de autismo y de esquizofrenia, podríamos decir resumir lo que se dice hoy: sí, en mínimos casos pueden estar conectadas, pero la mayoría de las veces,

desde la perspectiva del neurodesarrollo, tienen cosas en común, pero también cosas muy diferentes. Vamos a tratar de tejer esas similitudes y diferencias.



La idea es justamente esa, no es un contraste. Yo creo que todas las miradas son complementarias; hay que poder ver desde un lugar donde uno no se identifique con una ideología, porque si no, no va a escuchar. Quizás las cosas que tienen otras miradas aportan un diez por ciento que suma al noventa o cien. Esa capacidad de estar muy atento a los propios sesgos, pero con la actitud de seguir aprendiendo, es casi el lugar de mayor interés de las neurociencias hoy, que se llama metacognición: lo primero que hago es observarme a mí en vez de defenderme o agarrarme a mi manera de ver el mundo. No es que dude, sino que lo amplío para poder observar cómo veo el mundo a través de qué cristal, porque eso me permite estar permanentemente en una actitud de curiosidad, de asombro y de querer comprender, en lugar de juzgar o de una dualidad que separa.



La idea es pintar juntos esto. Estas palabras de comprensión, porque es donde estamos hoy. Estamos en un momento donde, aunque estamos inundados de conocimiento, el mundo no está mejor: estamos con mayores crisis de desigualdad y de violencia. O sea que, por suerte, estamos entrando en un paradigma donde entendemos lo que es justamente una mirada que tiene que ver con comprender y no separar. Poéticamente, Trungpa dice: «El conocimiento se transforma en sabiduría a través de la compasión, y la sabiduría es experiencia más conocimiento». Y si a eso le agregamos una mirada de amor incondicional o de amor, básicamente vamos a terminar la charla diciendo —terminar y empezar— que gran parte de nuestra evolución, (hace cuatrocientos mil años éramos simios y algo hizo que fuéramos distintos y nos separáramos de los mismos simios) fue justamente la

crianza en estado de amor incondicional, en comunidad, con manos hábiles que nos permitieron crear e inventar y hacerlo en nombre de un bien común cuando éramos cazadores y recolectores en comunidades de menos de trescientos miembros.

Porque si hay algo que hace la diferencia hoy en el pronóstico de cualquiera de estas situaciones (esquizofrenia, bipolaridad, autismo) es la congruencia y la cohesividad de una comunidad que entiende la inclusión o la convivencia no como algo políticamente correcto que hay que hacer, sino como la punta de nuestro próximo paso evolutivo. La mayoría de nuestros desafíos hoy necesitan una inteligencia colaborativa; las cosas que nos hicieron evolucionar tienen que ver con el hecho de que la comunidad se une por el bien de aquellos que necesitan más acompañamiento, que generalmente son los niños o las personas que tienen otros tiempos y otras modalidades de aprendizaje.

Hoy, como todavía estamos en un paradigma competitivo en donde desde la primera infancia tenemos que hacer y tener para ser, nuestra biología no está preparada para someterse a niveles de estrés crónico (sí a estrés agudo). Desde una mirada psiquiátrica amplia, la mayoría de nuestros diagnósticos son la predisposición genética más la exposición a factores de estrés crónico. Y el estrés crónico es el desencuentro entre mi perfil y mi ritmo de aprendizaje —porque todo niño o adulto aprende— y la cantidad de oportunidades y cómo acompañamos el tiempo de esa persona sin estigmatizarla porque es lenta, distinta o mirada diferente. Porque un organismo biológico sometido al estrés biológico va a manifestar factores predisponentes: hipertensión arterial, una enfermedad autoinmune, esquizofrenia, bipolaridad o un trastorno cardiovascular. Son las series complementarias de Freud: lo que predispone y con qué se encuentra en ese entorno; el ajuste entre el entorno y la biología, tanto genética como congénita, de esa persona.

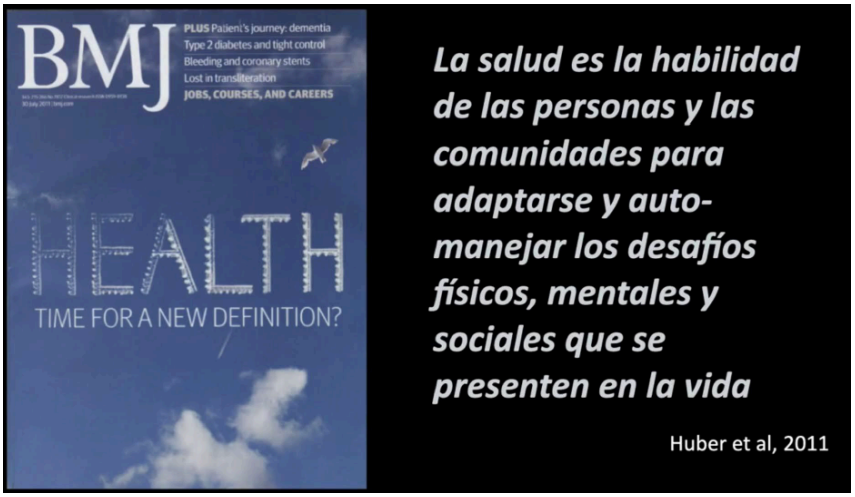
El resumen de esto es, por un lado, la prevención: empezar a ver cómo estamos generando estrés. Muchas veces, el lugar donde más estrés se genera es el sitio que más oportunidades nos podría dar: la escuela. También la comunidad y la sociedad. Las escuelas están terminando por ser factores estresógenos, de mucho estrés.



Así como crisis es oportunidad, es lo que vamos a estar viendo: estamos en pleno cambio de paradigma. Hoy seguramente estamos viendo errores paradigmáticos. Hablábamos un poco del nombre «esquizofrenia», y yo veía que antes de Bleuler, Kraepelin esto era una «demencia precoz». Y antes, la esquizofrenia y otros diagnósticos eran llamados con términos que hoy son insultos: tenían que ver con «imbécil», «idiota», «oligofrénico». Si nos ven dentro de cien años, se van a agarrar la cabeza por un montón de cosas que hoy nosotros naturalizamos y de las cuales nos podemos dar cuenta. Si nos damos cuenta, podemos ver que siempre tiene que ver con grados de sensibilidad humana.

Hoy ya sabemos cuál es ese lugar de sensibilidad humana que yo puedo habitar hoy y no esperar a que pasen cien años. Eso lo tenemos todos de nacimiento cuando aprendemos a silenciar la mente y a volver a recuperar la confianza más en nuestro diseño humano que solo en el conocimiento, que de alguna manera nos pone en un paradigma de tener que hacer o tener algo para ser, cuando al lado está el paradigma de aprender a *ser*. Yo soy porque existo, porque estoy acá; no valgo más o menos porque me saco una nota mejor o peor. Vamos a ir hablando de ese factor, porque es uno de los factores de mayor estrés: estar separados de nosotros mismos pensando que todavía no soy y que tengo que ser alguien para ser aceptado por los demás y por mí mismo. Ese es un factor de estrés enorme, porque todos vivimos en ese nivel de estrés, disociados de nosotros mismos.

Por suerte, hoy estamos hablando mucho de *sentipensar*. Éramos animales emocionales que reaccionábamos; apareció la mente hace cincuenta mil años y empezamos a pensar. Fuimos tan buenos pensando que nos separamos del sentir como un GPS más importante, porque es el único que está presente en la vida acá. Hoy estamos entendiendo que tenemos la capacidad de aprender a sentipensar, que es pensar viendo siempre de dónde viene mi pensamiento y cómo me hace sentir. Porque si un pensamiento no me hace sentir bien, es real, pero no es verdadero. Y si es verdadero, no me tengo que sentir mal por pensar algo que quiero cambiar, excepto cuando mi ego o mi autoestima me dice que valgo menos por ese pensamiento.



Ese es el cambio de paradigma, en el que estamos pasando de una cognición a una metacognición en la que, en vez de ser lo que pienso, veo lo que pienso, siendo el observador del pensamiento. Eso está por encima de la cognición y va a cambiar todo nuestro paradigma de salud, especialmente el de salud mental, porque estamos viendo que la salud es una habilidad. Si es una habilidad, así como leer y escribir, cuán importante es que desde el jardín los adultos y las escuelas estén realmente apuntando a comprender la diferencia entre un bienestar externo (que depende de lo que tengo y lo que hago para sentirme bien) y un bienestar interno, que viene de ser. Es un mantra muy antiguo: «Yo estoy bien porque sé quién soy, no quién tengo que ser».

Esto parece filosófico, pero hay toda una línea teórica, especialmente en esquizofrenia, que habla mucho de ese encuentro existencial y de tener una incomodidad con quién soy delante de los ojos de los demás, y que no está bien ser quien soy o que algo me falta. Si a eso se le suma que todos estamos corriendo y que hay una etapa de la vida en la que de niños somos muy competitivos o se generan pequeños grupitos sin un adulto que sepa gestionarlos y generar cohesión, son pequeños factores que hacen a la prevención. Hay estudios que

demuestran que gemelos univitelinos nacidos con alta predisposición a la esquizofrenia pero separados al nacer, en una familia lo van a manifestar y en otra no. O sea, hay una asociación genética muy fuerte, pero no es una enfermedad puramente genética; hay asociaciones genéticas. Si fuera una enfermedad genética se daría con el 100% de penetrancia, se daría en el 100% de los casos. Tanto en autismo como en esquizofrenia hay genes asociados: hay genes más fuertes y menos fuertes.

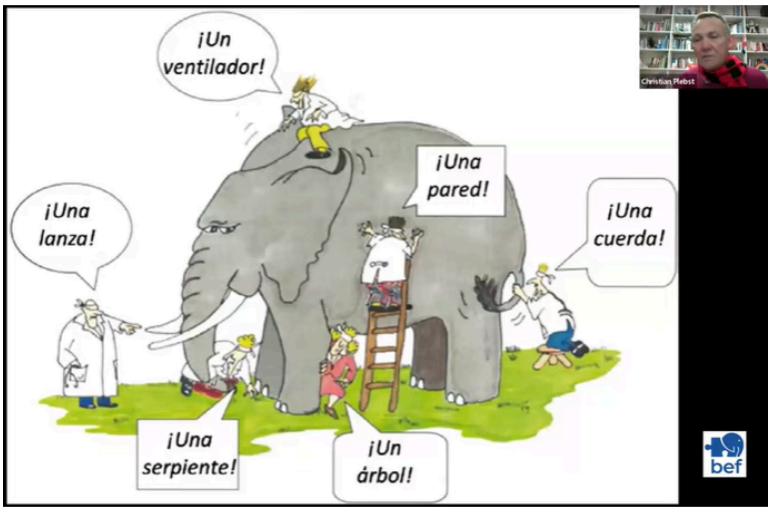


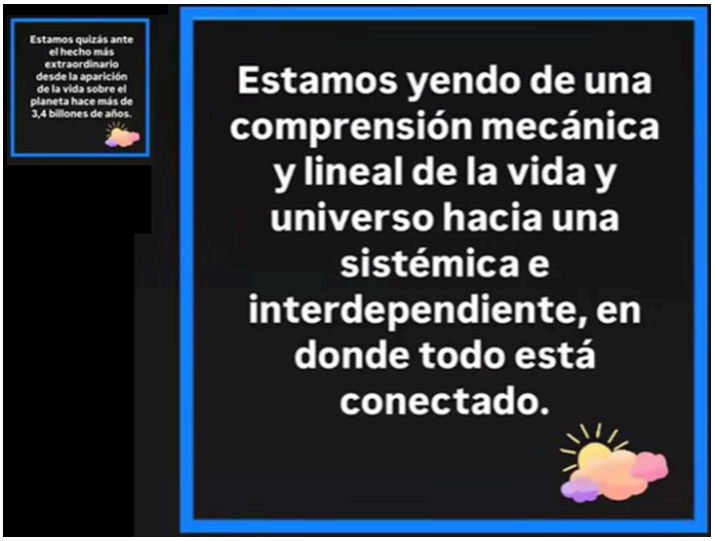
Volviendo al tema, estamos en un mundo donde el conocimiento se duplica más o menos cada mes. Ya no tiene que ver con seguir agregando conocimiento, porque tenemos conocimiento, tecnología y recursos que alcanzan para cubrir todo el planeta. Volviendo a la frase de Trungpa: lo tenemos todo, pero nos está faltando despertar la parte que tiene que ver con el sentir y con una empatía natural hacia el ser vivo y hacia la vida, porque "vida no mata vida", salvo que mi empatía sea únicamente cognitiva: cuido y quiero a los que son de mi familia, de mi raza, de mi país y de mi equipo de fútbol, pero no tengo empatía por lo que es distinto a mí. Esa es una empatía cognitiva aprendida. En cambio, cuando uno empieza a investigar y a sentir experiencias metacognitivas, aparecen de forma natural estados de pertenencia que en las religiones se han llamado "Dios", "pertenencia" o la «conciencia oceánica» desde distintas miradas psicológicas. Cuando la mente se silencia, aparece esa paz y esa tranquilidad. El mundo está al revés: es ***v***olátil, ***i***ncierto, ***c***omplejo y ***a***mbiguo (VICA), lo que nos tiene a todos en vilo por el estrés crónico.



Los desafíos que tienen que ver con la salud y la educación, como los planes de «hambre cero» o «salud mental para todos», son muy idealistas y lineales, porque la mayoría de nuestras cuestiones tienen que ver con el nivel de conciencia desde el que estamos viviendo y cómo nos tratamos entre nosotros.

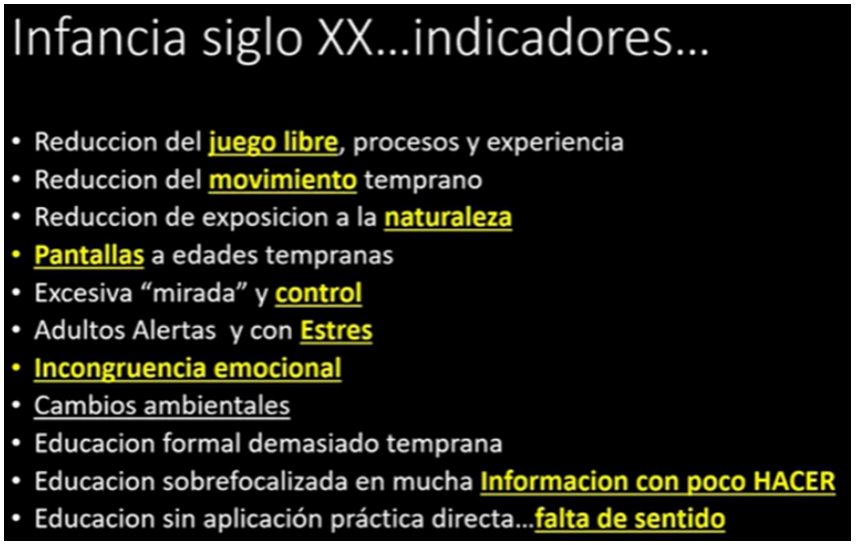
Nuestro paradigma médico y la educación, hasta cierto punto, tienen que ver con este viejo mito de la India en el que cada especialista ve lo que está entrenado para ver: uno ve un ventilador, otro ve una pared. Son personas ciegas, cada uno va a ver lo que está entrenado para ver y no va a poder lograr la cohesión de que hay un todo mucho más grande. En realidad, ese todo se siente cuando el pensamiento se silencia, porque el pensamiento está muy formateado por conceptos.





Hoy estamos entendiendo cómo pasar de una comprensión mecánica y lineal de la vida y el universo hacia algo permanentemente sistémico, donde no me alcanzan los ojos para ver lo sistémico, lo sistémico se *sentipiensa*, se siente cuando silencio la mente y aparecen sensaciones de conexión. Y esto no es nuevo. Estamos en un paradigma todavía lineal de causa y efecto. Encima, la infancia en un mundo VICA está llena de estresores: estamos diluyendo un montón de cosas que nos hicieron llegar hasta acá, y eso está cambiando la arquitectura del cerebro y poniéndonos más en riesgo.

Los casos de autismo hoy son 1 en 31. Hace veinte o treinta años atrás eran de 2 a 4 cada diez mil (1 en 2500); hoy es 1 en 31 y va a seguir bajando, al igual que todos los diagnósticos. De alguna manera, el nivel de estrés es tan



grande al principio que se está comiendo todos los diagnósticos. La esquizofrenia es un diagnóstico evolutivo pero más tardío.

Ahora vamos a ver qué porcentaje de niños con TEA puede manifestar esquizofrenia y si están asociados. Hay una asociación muy débil y pequeña en cuanto a los casos de autismo que van a manifestar esquizofrenia, pero es un gran desafío el diagnóstico de casos que tienen predominancia de síntomas negativos (menos contacto social, menos voluntad, aislamiento social), lo cual de alguna manera es reminiscente de determinadas características que uno también puede encontrar en el TEA.

Hemos perdido el juego libre, e independientemente de todo, el juego libre es indispensable: tiene que ver con lo simbólico, con la inteligencia y con el futuro de la inteligencia emocional. Cuando se pierde el juego libre y se lo reemplaza por pantallas o por cuestiones que no permiten imaginarse ni tener riqueza en el mundo interno, predomina el aprendizaje a través de la memoria. La memoria generalmente quiere que las cosas sean como mi memoria me dicta, es más rígida. Lo simbólico, lo representativo y lo imaginativo permite, con A, B y C, crear algo nuevo que no existía. Cuando tengo mucha memoria porque consumo muchos contenidos visuales de libros o pantallas, quiero que el mundo sea como lo he entrenado y no me puedo salir de ahí.

A veces eso se da en combinación con la falta de movimiento temprano. Venimos de los árboles: el bebé tiene que arrastrarse desde que nace e ir a buscar lo que está escuchando, y lo que quiere ir a buscar es a otro ser humano. Los huevitos, los carritos y los entretenimientos hacen que los chicos estén muy bien cuidados, pero han dejado de mover el cuerpo desde que nacen con un propósito evolutivo y de supervivencia. Lo que ven los ojos de un niño tiene que tener sentido: ver procesos como cocinar, cazar, armar y desarmar, que fue lo que vimos durante miles de años. Tenemos neuronas espejo y cuando vemos algo, lo entendemos. Si estoy en un huevito y lo que veo son entretenimientos y juguetes, pero no a los adultos de la tribu o de mi comunidad haciendo cosas con sentido y en colaboración, no quiere decir que no me vaya a desarrollar, pero hemos perdido algo muy poderoso. Así como se pierde esto, se pierde el contacto con la naturaleza y un montón de cosas que hemos diluido y que hoy tenemos que volver a revisitar. La cantidad de diagnósticos está aumentando; hace treinta años que los estudiamos y no encontramos una causa lineal, no vamos a encontrar una causa lineal, es una causa muy compleja, es un fenómeno social muy complejo. Ni hablar de las pantallas a edades tempranas.





Hablando de algo que no es nuevo: la capacidad de pensar. El pensamiento está en el cuerpo, la mente le pone palabras; lo podemos trivializar llamándolo intuición, pero en realidad, cuando aparece un peligro en el entorno y veo algo que no me gustó, antes de que me dé cuenta, el cuerpo ya se dio cuenta. Muchas de las cuestiones de nuestra vida son emociones que están en el cuerpo y tienen palabra si aprendo a ponérsela, dedicándome a observar cómo me siento, qué necesito, qué me puedo ofrecer y qué puedo pedir. Esto está muy ligado a una inteligencia emocional que consiste en estar cómodo con quien soy.

Si pensamos en la esquizofrenia, muchos niños que van a recibir el diagnóstico tienen previamente diagnósticos que no son de autismo, sino dificultades de atención y de conducta. Algunos debutan directamente, pero si uno tiene la experiencia de ir a buscar el síntoma desde el nacimiento, va a encontrar sutilezas en la integración y el procesamiento sensorial, en la modulación sensorial y afectiva, y en la motricidad: cómo gateaban (si lo hacían con una sola pierna o de manera asimétrica) o cómo se paraban. Son los llamados “síntomas blandos neurológicos”. Si no estamos entrenados, caen en el aire y no podremos crear las condiciones para que ese sistema nervioso no entre en estrés, sea cual sea el diagnóstico.

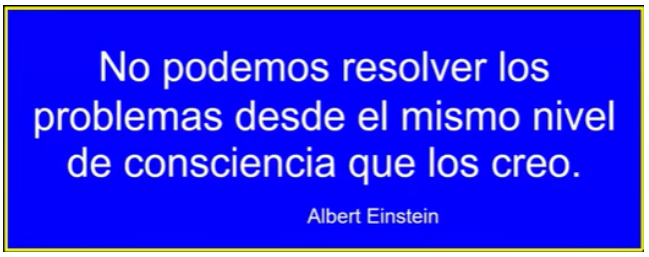
Dentro de una mirada más determinista, se hace una lista: es hiperactivo, pierde sus cosas, se olvida, es desprolijo, es inquieto y es impulsivo; por lo tanto, cumple criterios para un diagnóstico de autismo. En cambio, desde otra mirada, eso me indica que el niño manifiesta esos síntomas cuando está fuera de su zona de confort y de desarrollo. El entorno lo está sometiendo a una incomodidad que hace aparecer el síntoma. Como el sistema médico le ha puesto un rótulo, lo mandamos al médico, le dan medicación y lo adaptan; pero está estresado porque se está sobreadaptado. La mirada debe ser al revés: tengo que tratar de identificar su perfil de aprendizaje sensorial, afectivo, social, cognitivo y motriz, y buscar que esté la mayor parte del tiempo en un lugar donde aprenda porque quiere aprender, no porque tiene que cumplir. Las palabras van haciendo resonar el nivel de microestrés crónico al que sometemos a nuestros niños en un paradigma que por ahí funcionó para mí —tengo sesenta años—, pero en el que todos se están sobreadaptando al aprender cosas sin sentido para el mundo de hoy.



Los diagnósticos están cambiando. Estamos en una

tormenta perfecta: hay factores predisponentes genéticos, congénitos, ambientales y sociales, pero nuestras propias prácticas, creencias y miradas son parte del problema. Donde hay una crisis hay una oportunidad, porque esto nos obliga a tener una mirada nueva, fresca, con curiosidad humana por la experiencia humana de aprender y no por la eficiencia de poner diagnósticos y tratar.

Sabemos que el tratamiento está atravesado por muchos intereses creados, pero uno de los aportes más efectivos de la psicofarmacología fue la aparición de los neurolépticos o "antipsicóticos", que han sido inmensamente útiles para permitir que muchas personas recuperen una vida totalmente normal. Obviamente depende de los perfiles. Hay miradas en otras culturas donde los síntomas de la bipolaridad y la esquizofrenia se interpretan con otro origen cultural.



Hoy estamos obligados a poner en práctica un cambio de paradigma y elevar nuestro nivel de conciencia. El problema no está afuera, sino en cómo miro: es como mirar desde la planta baja, el primer piso o el séptimo piso. Desde el séptimo piso veo el desafío, pero también una realidad mucho más amplia. Cada paradigma nos trae algo nuevo, pero nos sesga cosas que ya sabemos cómo funcionan. Hay errores paradigmáticos que hoy nos parecen ridículos, como pensar que el mundo era plano y que había tortugas sosteniéndolo. Nos reímos, pero dentro de cien años se van a reír de nosotros. Si nos damos cuenta de eso, vivimos una experiencia más conectada con la experiencia de estar *siendo* que de una vida pensada más que sentida, porque la conexión con un paciente o con una persona es sentida. La empatía no es solo sentir al otro, sino que el otro se sienta sentido, respetado, validado y visto. Es una práctica permanente. En medicina, a muchos terapeutas se los entrena para tratar y pasar al que sigue, por un conflicto de intereses. Cada caso de esquizofrenia o de autismo es tan complejo que, (y lo exagero) si tuviera que cubrir todo lo necesario (escuela, apoyo familiar, seguimiento en espacios naturales y no solo en el consultorio), no podría atender a más de cuatro o cinco pacientes; pero así no llegaría a fin de mes, por lo que tengo que ver a cincuenta pacientes al mes y ofrecer intervenciones parciales. Esto no quiere decir que algo esté bien o mal. Es como llevar el foco a cuestiones que tienen que ver con nuestro paradigma y que se llevan puesto lo humano. Y secundariamente un modelo que genera como una deshumanización oculta, porque cada uno está en supervivencia, cuando en realidad estamos en comunidad y ya no tenemos miedo de que tenemos que ser algo y tener algo en comparación al otro, esto es otro paradigma, funciona con otra lógica y otro acompañamiento.

Por suerte, hoy esto que parece filosófico viene desde una mirada de la que hablamos al principio: de la neurodiversidad: empezar a ver los distintos perfiles y necesidades de aprendizaje de cada persona. Puede haber dos años de diferencia entre niños de cuatro años y ambos ser normotípicos: uno de cuatro que aprende como uno de seis y otro de cuatro que aprende como uno de tres o de dos. Ya sabemos cuál va a sufrir y cuál va a recibir más sonrisas y felicitaciones. Ambos son neurotípicos, pero uno no va a saber por qué lo miran raro y por

qué no le sonríen tanto y eso empieza a ser autorreferencial. Dependiendo de la predisposición genética, ya estamos encendiendo algo que tiene más que ver con la mirada. El sistema educativo es muy traumático si uno lo mira desde el punto de vista de cómo nos miramos. Esto ha aumentado porque antes estaba la calle: si uno no la pasaba bien en el colegio (no era tan exigente), había libertad en la calle. No digo que todo tiempo pasado fue mejor, pero me refiero al estrés: había más tiempo de descompresión y no tanto cumplir. Hoy generamos un estrés altísimo.

Volviendo a la neurodiversidad, hay que respetar los tiempos de aprendizaje como prevención, que no es solo para la prevención, sino cuando la persona ya tiene un diagnóstico, es lo mismo, es empezar a tener la curiosidad de ver cómo se construyó su historia y cómo sufrió. En ese encuentro cotidiano y genuino hay un alivio, en lugar de haber solo un tratamiento y un estigma. Esto aplica para ambos cuadros.



Aquí lo ven: el modelo de la antigua Roma, donde se excluía a quien era distinto; el modelo rehabilitador, que exigía a la persona «normalizarse» para reintegrarse; y el modelo social, que plantea lo contrario: debemos respetar el tiempo de aprendizaje de la persona y crear las condiciones. El modelo social puede ser políticamente correcto, pero es difícil obligar a alguien a ser empático. Uno puede aprender a aumentar la empatía mediante la metacognición. Entonces hablamos del modelo social consciente. Yo estoy buscando ser cada vez más consciente para ser cada vez más empático. Puedo ser obligado a un modelo social porque es políticamente correcto, porque si no me van a meter un juicio, si yo digo algo incorrecto, si digo algo abusivo. Pero yo no siento eso todavía. En un modelo social consciente, busco ser cada vez más consciente para ser más empático. En cambio, puedo seguir un modelo social por ser políticamente correcto para evitar un juicio por decir algo incorrecto o abusivo, aunque no lo sienta internamente. Los cambios vienen a veces anticipados por una ley y luego suceden naturalmente. Para darle vida al modelo social hay que profundizarlo: cada persona con un tiempo distinto es una oportunidad para observar dónde estoy. Si estoy en el modelo viejo, mis relaciones son utilitarias: a quien habla distinto o tiene otra cognición lo saludo formalmente, pero no estoy presente. Puedo empezar a tener curiosidad por cómo mi atención cambia según

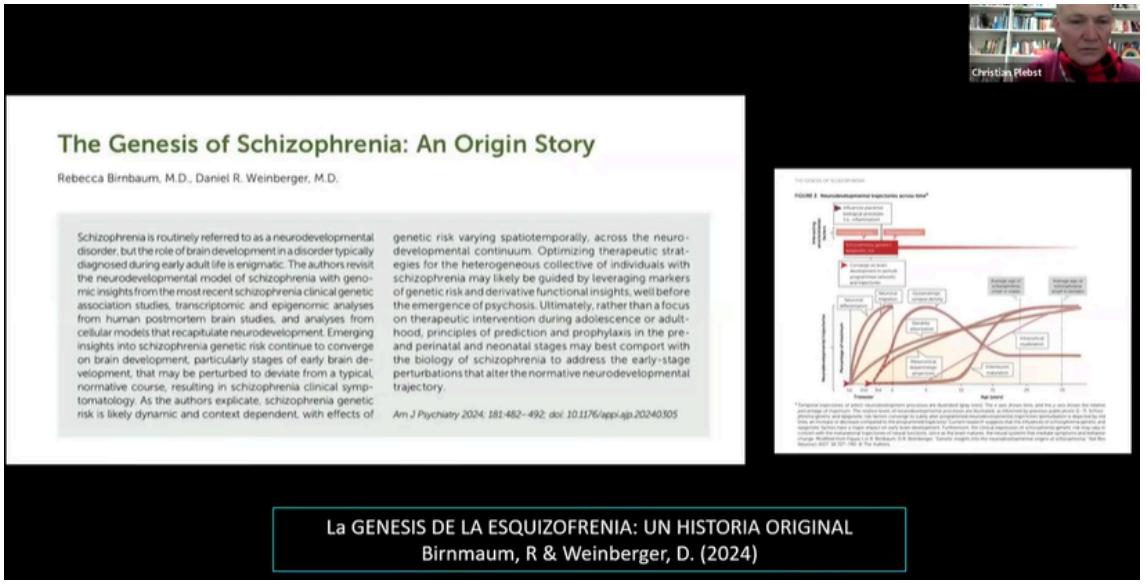
el valor que le asigno a una persona, porque es un automático, todos tenemos automatismos, pero también tenemos metacognición y elegimos cuál practicar: el automático (de supervivencia y competencia) o el aprendizaje evolutivo consciente, elevando el nivel de conciencia, decido ser el que va a ser dentro de cien años; porque quiero esa sensibilidad que la tengo desde el nacimiento, pero está nublada por la cantidad de cognición.



Hoy hablamos de la crianza de niños y del desarrollo de personas con perfiles, ritmos, procesos y modalidades de aprendizaje diversos. Según el desfasaje que hayan tenido o no con su entorno y de manera crónica, van a manifestar distintos diagnósticos. Si ese desfasaje ocurre muy temprano, se manifestarán cuestiones madurativas tempranas. El autismo es un nivel extremo donde el bebé o niño tiene altísimas dificultades para integrar y procesar la información sensorial y afectiva, y para conectar. El cerebro no logra integrar la información y hace un quiebre: el niño se aleja y se autoestimula para autorregularse porque no puede acceder a los próximos niveles madurativos, y no aprende a hablar o aprende a hablar distinto, y a veces se apega a las pantallas porque le generan dopamina y alta estimulación.

El niño que no tiene algo tan severo, aprende, pero es sensible. Por eso vemos chicos con trastorno por déficit de atención. Hoy hay un diagnóstico un poco empírico llamado «personas altamente sensibles» que presentan diferencias sensoriales. Si uno investiga en muchas personas con esquizofrenia, verá que había una sensibilidad a las texturas, a los sonidos o una preferencia por el aislamiento. No era simplemente timidez: al conectarlo con la esquizofrenia nos damos cuenta de que ya lo traía. La mirada nueva pregunta: teniendo esa característica tímida o sensible, ¿qué pasó en el medio con la cultura, la escuela, sus compañeros, sus ritmos de aprendizaje y sus zonas de confort?

Al decir esto hay que estar muy atento para que esto no genere culpa en las familias, porque esto lo estamos comprendiendo ahora. Siempre digo que darse cuenta de esto es como que cualquier padre o madre puede curar una raspadura en la rodilla a su hijo, pero no le puede sacar el apéndice: todo este conocimiento que estamos entretejiendo tan simplemente en tan poco tiempo, tiene que ver con todo este conocimiento. Mirando hacia atrás con el diario del lunes podemos entender la susceptibilidad al estrés. En este mundo VICA vemos que los diagnósticos de autismo, TDAH e incluso esquizofrenia varían, y algunos ni siquiera llegan a manifestarse como tales porque se estresan antes con otros cuadros.



Empiezan a aparecer trabajos (de 2024 y 2025) que rescatan la riqueza de mirar el neurodesarrollo o de abordar la esquizofrenia como una condición del neurodesarrollo. Esto nos vuelve a generar una mirada distinta y la necesidad de una formación dual o una conexión entre la pediatría, la psiquiatría de adultos y la psiquiatría infantil. Son diagnósticos donde los profesionales que trabajamos con niños seguimos a los pacientes con autismo hasta la adultez, porque el psiquiatra de adultos no siempre tiene esa mirada madurativa. A muchos psiquiatras de adultos les falta el conocimiento sobre cómo armar esa sensibilidad de la historia de esa persona para que se sienta comprendida, al tejer cómo llegó a tal nivel de estrés que tuvo que disociarse del cuerpo porque la confusión era muy alta. Eso es un autotratamiento, similar a la mirada adaptativa del autismo: cuando un niño no puede organizar la información que le llega, se genera un cuello de botella, se aleja y se autoestimula para autorregularse y entrar en un estado de calma, pero al costo de dejar de aprender y conectarse.

La persona con esquizofrenia que llega a un nivel de estrés muy alto. Generalmente hay factores, por ejemplo antes, cuando hacía atención de adultos en un hospital público, muchos jóvenes que llegaban con diagnóstico estaba ligado al servicio militar obligatorio. La «colimba» era un factor estresante altísimo: irse de casa y hacer el servicio militar. En los cambios críticos hay un nivel de estrés altísimo que el cuerpo y la mente no pueden tolerar; para evitar desintegrarse, el sistema genera una forma de mantener cierta cohesión, aunque a un costo altísimo.



El DSM-III vino a ayudar a ordenar muchas cosas, pero también vino para generar un método determinista basado en síntomas. Aquí están las dos miradas. La psicosis desde el enfoque del DSM (manual de diagnósticos estadísticos que aparece fuertemente en 1980 con su versión tres) ordena las personalidades esquizotípicas, lo esquizoafectivo y la esquizofrenia como entidades separadas. Eso permite que el diagnóstico de esquizofrenia tuviera los mismos criterios en la Argentina que en Japón; sirvió para unificar criterios entre países, pero simplificó demasiado los diagnósticos. Un diagnóstico (de esquizofrenia) tiene un peso enorme, y un solo episodio psicótico no hace a una esquizofrenia, por más florido que sea. La esquizofrenia es un diagnóstico retrospectivo: miro hacia atrás y si no hubo tres episodios, mantengo el diagnóstico abierto como “episodio psicótico no especificado”. Y sí, el tratamiento que doy es el más rico y más profundo desde la rehabilitación y la comunidad. Entonces a veces tenemos el diagnóstico muy fácil, con un gatillo fácil. Ese diagnóstico más el tratamiento médico específico para eso puede generar un corset del que la persona no puede salir. Hoy sabemos que, dependiendo de la comunidad, el acompañamiento y la mirada, la esquizofrenia puede tratarse con dosis de medicación mucho más bajas porque la persona nunca entra en estrés y disociación. Y la persona también lo identifica.

La *psicosis* desde el DSM-III se ve como un error biológico o una enfermedad; desde otra mirada, es una respuesta al entorno cuando se está fuera de la zona de desarrollo por mucho tiempo.

Para el DSM, el *síntoma* es un criterio diagnóstico que debe eliminarse, tratarse o disminuirse; para la otra mirada, el síntoma es una señal con significado biográfico que debe descifrarse (al igual que en el autismo). Cuando un niño aletea, camina en puntas de pie o grita, no lo hace “porque tiene autismo”: lo hace porque está fuera de su zona de desarrollo, está estresado o me está queriendo decir algo, porque tiene una dispraxia. O viene de estar una hora prestando atención en clase y necesita correr en el patio para autorregularse sensoriomotrizmente. Cuando el síntoma me habla, aprendo a ser una persona que interpreta permanentemente y viendo qué es el síntoma y no solo trata el síntoma únicamente, porque el síntoma,

obviamente si perdura, es una cuestión adaptativa al entorno en donde vive. No quiere decir que uno no lo trate, sino que es el criterio más amplio del síntoma, con la búsqueda siempre de interpretar y querer entender algo más de eso.

Frente al *tratamiento* puramente farmacológico y al control de conductas, se propone una mirada integral: psicoterapia, apoyo comunitario, diálogo y comprensión. La palabra “sanación” es muy grande, pero la esquizofrenia es uno de los diagnósticos donde más se ha hablado siempre de la familia, de la comunidad, de la red y de reinsertar.

Pasar del *rol de paciente* receptivo y pasivo del tratamiento médico a una posición activa. La esquizofrenia y el autismo impactan en la experiencia del mundo y del pensamiento de la persona, y ese pensamiento a veces se distorsiona. Pero en los pródromos podemos trabajar fuertemente para que la persona se cuide: si no duerme por más de una noche, si hay una velocidad en el pensamiento o irritabilidad, entonces trabajamos para que la persona sea un adulto independiente y responsable, gran parte del tratamiento es hacerlo libre y responsable, y tejer una red de personas que puedan identificar las señales si la persona no lo nota, como por ejemplo, el insomnio: es uno de los síntomas más sensibles en la esquizofrenia y en la bipolaridad, al igual que el estrés sostenido o una mudanza.



Antes de 1980 había una formación basada en la semiología: entender los síntomas y buscar sus causas. En el sistema médico o en la práctica psiquiátrica actual, muchas obras sociales no pagan ese tipo de atención porque requiere más consultas, interconsultas y encuentros con la familia. Lo que vemos no es solo un problema de formación, sino de acotamiento de herramientas para hacer lo que habría que hacer. Lo digo de forma un poco exagerada: con lo que tenemos también se puede hacer una buena práctica médica.

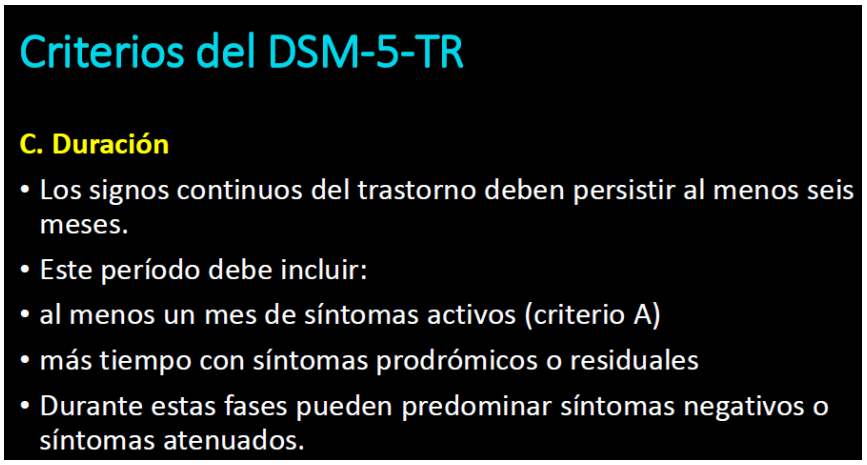


Los criterios del DSM-5 para la esquizofrenia. Para diferenciar: la esquizofrenia es un diagnóstico que generalmente se hace de la adolescencia en adelante. En el autismo, aunque acuda una persona de veinte años, hay que obtener información de los primeros seis años de vida; el diagnóstico debe tener suficientes datos del desarrollo temprano.

Hoy se está haciendo un poco un cocoliche con un montón de cosas, y lo digo con mucho respeto, en relación a diagnósticos de personas adultas que están recibiendo el diagnóstico cuando la historia temprana se perdió, porque hay niños que tenían síndrome de Asperger o autismo de alto funcionamiento, (esa denominación desapareció cuando empezamos a hablar de CEA o de TEA), y los síntomas eran tan sutiles que cayeron entre las rendijas y más los niños que tenían funcionamiento alto, donde quizás tenían una prosodia distinta, eran confundidos con ser muy talentosos. Pero hay pequeñas cosas que nos permiten discernir cuál es el que tenía características de integración y procesamiento sensorial distintos en una persona con capacidad cognitiva normotípica o por encima, que puede ser muy difícil de diferenciar de un TEA que tenga algo parecido. Entonces son criterios por consenso.

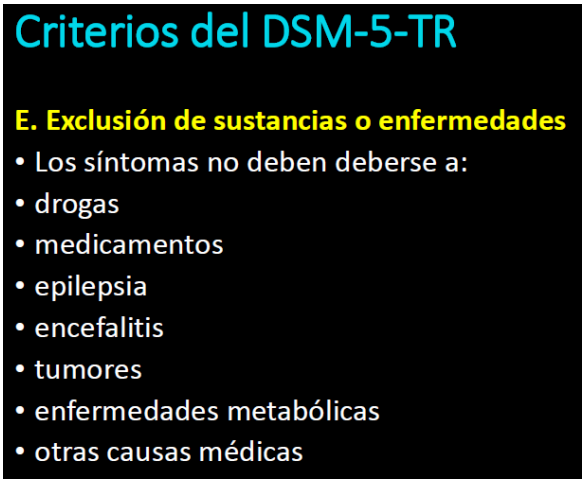
El autismo es un diagnóstico del neurodesarrollo, igual que la esquizofrenia, pero la esquizofrenia se manifiesta de manera tardía. Para que entiendan: el DSM es un manual donde tengo al paciente y veo criterios. ¿Qué síntomas positivos tiene? Delirios, alucinaciones, discurso desorganizado. ¿Qué síntomas negativos? Disminución de la expresión emocional o del habla. Si un adulto presenta únicamente síntomas negativos, hay que hacer diagnóstico diferencial con un autismo que pasó de largo. Para diagnosticar esquizofrenia se requiere la presencia de síntomas positivos. Si una persona con autismo presenta síntomas positivos, hay un cuatro por ciento de casos que pueden presentar ambos diagnósticos: tener autismo primero y desarrollar alucinaciones y delirios después. Ese sería el caso en el que se puede decir que tiene ambas condiciones. Pero esa es una mirada determinista.

Desde una mirada conceptual, vemos a una persona con un alto nivel de estrés que tenía una vulnerabilidad previa que la hacía más sensible. Algo en el entorno hizo que manifestara delirios y alucinaciones que puede ser un episodio psicótico en una persona con autismo, que es distinto a que sea una persona que tiene autismo y después desarrolla esquizofrenia. Porque el desarrollo de la esquizofrenia, de vuelta, es una mirada hacia atrás, que yo vea que tiene picos, baja, y que de alguna manera todavía clásicamente se dice que cada vez que una persona tiene un brote psicótico, el nivel de funcionamiento empieza a tener más síntomas negativos, o sea, más abulia, más síntomas negativos que en una psicosis que no es esquizofrenia. Generalmente la persona vuelve a su nivel de funcionamiento anterior. Todo hay que tomar con pinzas. Porque si yo creo eso, lo voy a estar generando. Y a veces ese pico de depresión o de abulia después de un cuadro de psicosis, puede tardar hasta a veces un año.



Para diagnosticar esquizofrenia según el DSM-5, los síntomas deben durar más de seis meses y tener muchos síntomas del *criterio A* (no solo síntomas negativos, que es otro cuadro). Hay que descartar depresiones con síntomas psicóticos.

Hoy uno de nuestros grandes desafíos en la consulta es el consumo de sustancias, especialmente de marihuana o LSD. La marihuana de hoy no es la misma, no es el mismo THC, antes era mucho más liviano, por una cuestión genética y cuestiones de venta, lo que incrementa la predisposición a generar cuadros de disociación.



Criterios del DSM-5-TR

F. Relación con el autismo

Si la persona presenta un diagnóstico previo de Trastorno del Espectro Autista o trastorno de la comunicación de inicio infantil, sólo puede diagnosticarse esquizofrenia si aparecen delirios o alucinaciones prominentes durante al menos un mes.

En cuanto a la relación con el autismo: si la persona presenta un diagnóstico previo de trastorno del espectro autista o trastorno de la comunicación de inicio infantil, solo se diagnostica esquizofrenia si aparecen delirios o alucinaciones durante al menos un mes. Volviendo a la esencia de nuestra charla: ¿están asociados o no? El 95% de los niños con autismo nunca desarrolla esquizofrenia. Ese cinco por ciento restante hay que tomarlo con cuidado, porque los datos no siempre son claros.

El autismo en Bleuler (1911)

La palabra "autismo" fue creada por Eugen Bleuler en 1911.

- No se refería al autismo actual.
- Bleuler utilizaba el término para describir una tendencia observada en algunos pacientes con esquizofrenia:
- Retraimiento del mundo social.
- Predominio de la vida interior.
- Dificultad para compartir la realidad con otros.

Es decir, "autismo" era originalmente un síntoma de la esquizofrenia y no una condición del desarrollo.

Ahora es un poco diferenciar lo que era el síntoma, porque Bleuler fue el primero que usó autismo y por eso se confundió y quedó. Bleuler era el psiquiatra que, de alguna manera creó el término de esquizofrenia (*mente separada o mente escindida*), y usó la palabra autismo como un síntoma más asociado a los síntomas negativos, no como un trastorno, que es lo que trae después el DSM. Y ahí está la pelea, después de hacerlo un poco más abierto y hablar de condición y no de trastorno. O sea, de ser un síntoma pasó a ser una enfermedad y hoy un trastorno, y ahora una condición o un espectro.

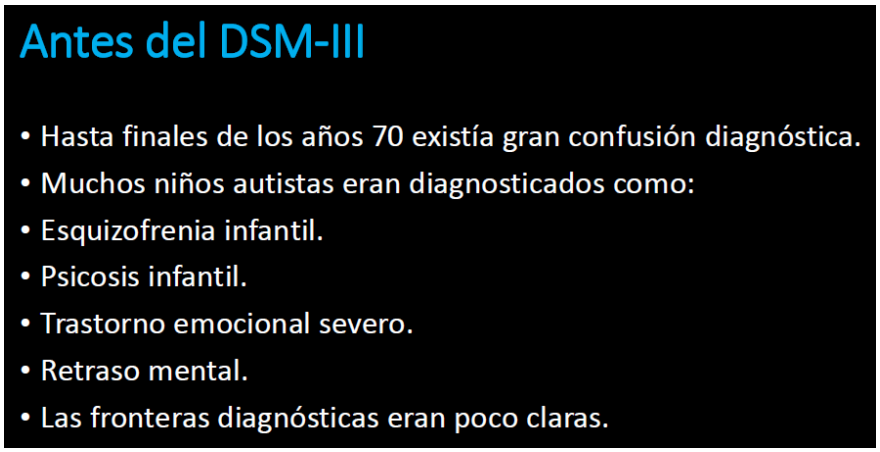
Entonces, antes de que existiera el concepto autismo, la mayoría de los chicos eran diagnosticados con un retraso mental, con una demencia precoz, con psicosis infantil que hoy, en determinadas líneas de pensamiento psicodinámico, se sigue hablando de psicosis infantil, como un cuadro de disociación que tiene esa persona, pero que tiene quizás un mundo interno rico relacionado con cosas que pasaron en el entorno.

Antes de que existiera el concepto de autismo

Durante gran parte del siglo XIX y principios del XX, los niños que hoy podrían ser considerados autistas eran descritos de formas muy diversas:

- "Retraso mental" o discapacidad intelectual.

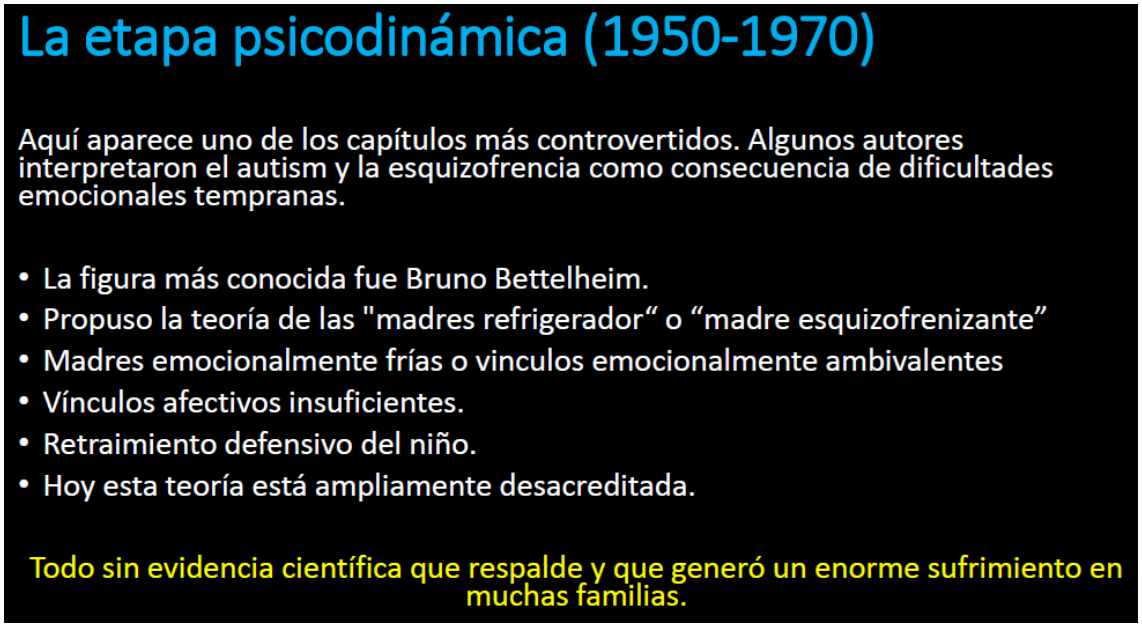
Entonces apareció el DSM-III y por primera vez se saca de la psicosis infantil y se crea el diagnóstico de autismo bajo el paragua de *Trastorno Generalizado del Desarrollo*. Y ya se deja de hablar psicosis infantil, esquizofrenia infantil, o de todos estos otros diagnósticos que, de alguna manera, parte del aumento en uno en treinta y uno tiene que ver con que hemos definido más.



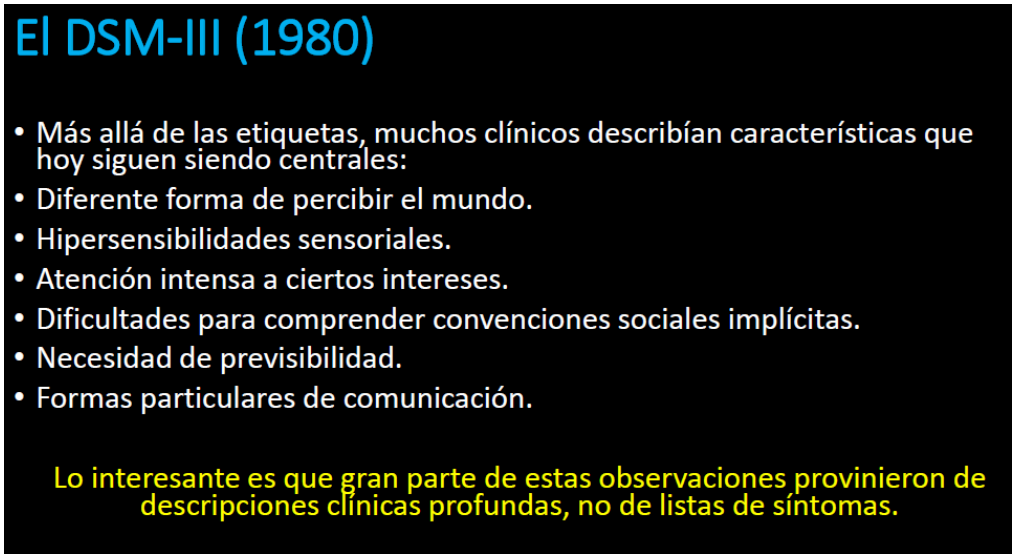
Pero también nos está generando muchos falsos positivos porque estamos haciendo diagnósticos muy fáciles, que seguramente la esquizofrenia también se genera mucho falso positivo, cuando usamos una lista con poca experiencia semiológica, la persona queda, de algún modo, fija ese diagnóstico, y el diagnóstico retrospectivo, que uno ya no está atento a decir presuntivamente *episodio psicótico no especificado*, posiblemente puede ser una personalidad esquizotípica que hizo un brote, puede ser una esquizofrenia, puede ser un episodio único. Pero eso es algo que uno hace con una actitud de no saber la que ayuda tanto, que no quiere decir que uno deja en la incertidumbre a la familia tampoco. O sea, decimos administrativamente le podemos dar el diagnóstico como damos el diagnóstico de autismo. Pero el autismo es un constructo, es un consenso médico, no es la persona, porque a veces la identidad queda asumida por eso.

Entonces hablamos de esquizofrenia, hablamos de autismo, pero una vez que estamos en el uno a uno, hablamos de ese traje a medida que esa persona reconozca sus vulnerabilidades, sus sensibilidades y sus fortalezas. En la jerga de autismo hablamos mucho de que lo regula y que lo desregula. ¿En qué ambiente permanece más tiempo regulado? Y regulado es que su alerta, su atención, su estado afectivo, su acción, o sea su conexión con el cuerpo, le permite estar aprendiendo sin tener que estar estresado y defendiéndose y generando un síntoma: alerta, afectividad, atención, acción y aprendizaje. Y yo quiero que cualquier persona esté en su zona, en su ambiente, donde su procesamiento sensorial, su regulación emocional, está respetada porque está en el mejor ambiente sensorial, con la mejor metodología o pedagogía de trabajo, sea en un trabajo de adulto o niño. Y la A que es una nemotécnica que tenemos que se llama *prema*, acompañado por la gente que más experiencia tiene para acompañar la complejidad. Cuanto menos complejidad el cuadro, más personas te pueden acompañar y pueden ser tu acompañante o tu jefe en tu trabajo. Cuanto más complejidad tenés, por eso decimos que *prema*, que es una nemotécnica en sánscrito, decimos *prema* empieza con A, según tu P y R según cómo vos procesas sensorial, afectiva y motrizmente es el nivel de

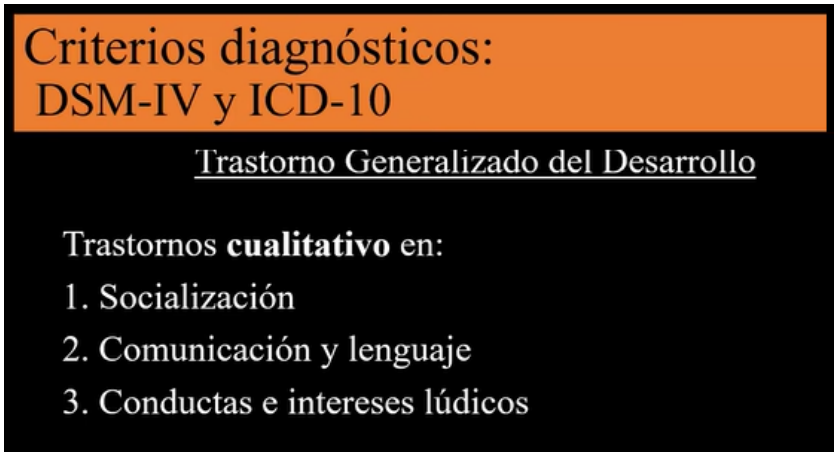
regulación emocional que tenés y que podés. La regulación emocional es en qué momento se me hace un cuello de botella por el estrés que está en el entorno. Hay gente que tiene mucha tolerancia y puede ir una guerra, está entrenada y entre las bombas no pierde la calma y la claridad. Y hay gente que se le rompe un cuerito y entra en crisis porque se puede inundar la casa. Tiene un bajo nivel de regulación emocional con determinadas cosas. Todos tenemos eso en algún lado, tenemos mucha resiliencia en un lado y en otro lugar se nos cuela algo. Y esa P y la R me va a decir en qué mejor ambiente o entorno (la E es entorno, la M es metodología y la A es autorregulación de la gente que está conmigo). A mayor, más fragilidad de autorregulación tiene el niño o el adulto, más autorregulación tiene que tener la gente que vive con él, porque tiene que tratar de ver y anticipar y lograr regular una persona que se está desregulando. Es lo mismo que primero hay que ponerse la máscara de oxígeno uno, para después ponérsela a la otra persona. Obviamente cuanto más entrenamiento más rápido lo hago, pero yo no puedo ayudar si yo no estoy bien o no tengo claridad.



Antes del DSM-III es esta etapa donde, de alguna manera, quedó la resonancia de las *madres refrigerador* para para el autismo, o la madre esquizofrenizante en lo psicodinámico como causante del entorno, hoy todas estas teorías están totalmente sin evidencia y desacreditadas, y sabemos que la cuestión es mucho compleja, son cuestiones que se entretejen entre tantas cosas, la actitud es cómo hacemos para que todo el entorno vuelva a funcionar de manera armónica.



Aparece el DSM-III, y empieza a diferenciar justamente esto del autismo, y las distintas formas de percibir el mundo en los cuadros de los chicos con autismo. La frase en color amarillo, (generalmente lo más importante de la filmina): “Lo interesante es que gran parte de estas observaciones provinieron de descripciones clínicas profundas y no de listas de síntomas”. O sea, los síntomas se armaron para hacer el DSM-III, pero de un conocimiento profundo de la semiología. El resumen de hoy es volver a recuperar esa semiología y esa conexión con esa persona.



Esta es la tríada del autismo

Uso más el DSM-IV que el DSM-V porque transmite de una manera más clara. El DSM-V cinco agrupó “socialización y desafíos de comunicación” en un solo criterio más largo, y las conductas e intereses lúdicos, no los diagnósticos.

AUTISMO: Seis o mas caracteristicas antes de los 3 años

1. Socialización (2 o mas de 4 criterios)

a. Déficit gestuales-contacto visual

b. Incapacidad para desarrollar relaciones con pares

c. Ausencia de iniciativa dirigidas a compartir placeres, intereses, logros

d. Falta de reciprocidad social o emocional

2. Comunicación y lenguaje (1 o mas de 4 criterios)

a. Retraso o ausencia de desarrollo del lenguaje oral (no compensado)

b. En personas con habal deficit para iniciar o mantener conversaciones

c. Empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje

d. falta o deficit en el juego de ficcion o de imitacion social

3. Conductas e intereses lúdicos (1 o mas de 4 criterios)

a. Preocupaciön excesiva por un interes restringido (contenido/intensidad)

b. Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales no funcionales

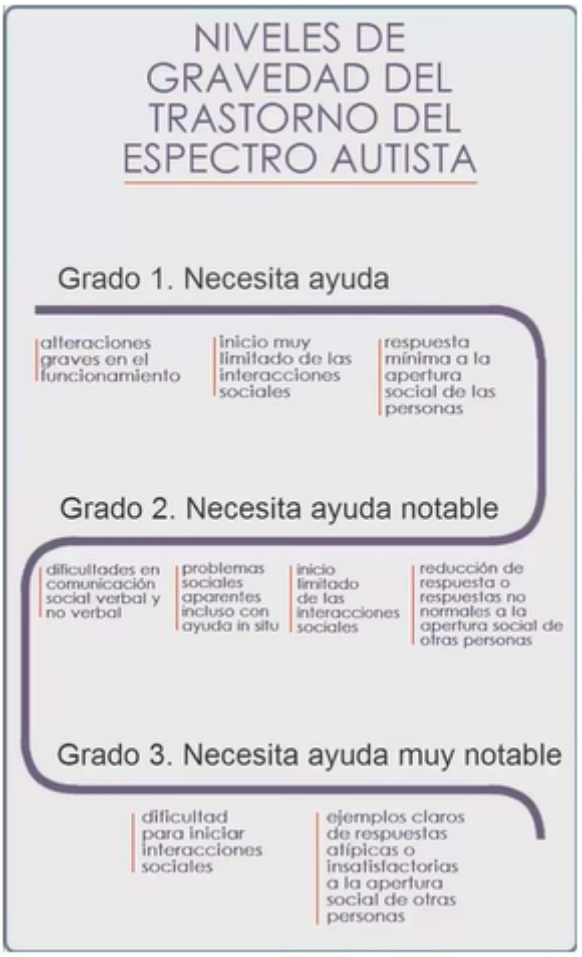
c. Estereotipias motoras repetitivas

d. Preocupación persitente por partes de objetos.

Estos son los criterios: dos o más cuatro en socialización, y así continúa la lista de síntomas para tener criterios de autismo. Hoy uno puede cumplir con criterios de autismo, pero no tener autismo. Pero si yo no tengo experiencia semiológica te puedo dar el diagnóstico de autismo. Por eso aparece el ADOS-2 y el ADI-R, que son las entrevistas que permiten diagnósticos con mayor profundidad, pero que también estamos haciendo cursos simplificados que a veces además están generando falsos positivos.

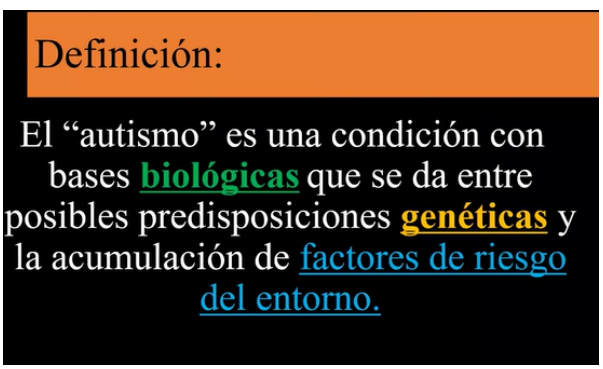


Entonces todo esto se agrupó bajo *Trastorno del Espectro Autista*.



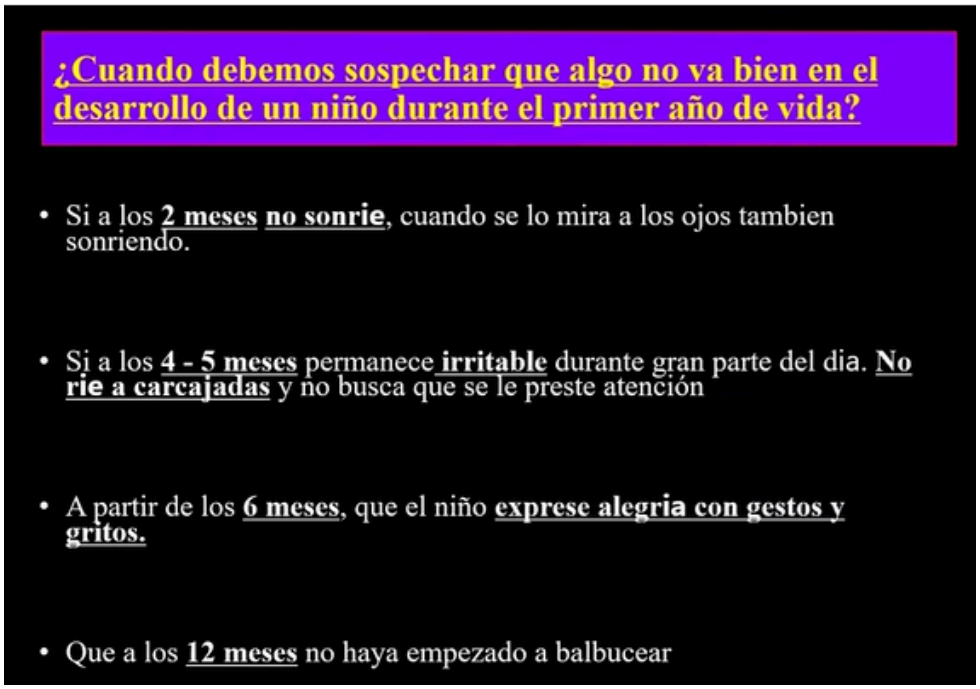
Y lo interesante acá, que es realmente la perla del DSM y el cambio, y que va a crecer, es que esto está muy alineado con la mirada de neurodiversidad y la de *modelo social consciente*. El modelo social es que la persona no tiene la discapacidad, sino el entorno tiene la responsabilidad de quitar las barreras y de crear las condiciones. Esa es la verdadera inclusión y una convivencia.

Y el DSM V incluyó esto: si tenés autismo de grado uno no habla de cuán grave sos vos, sino de la responsabilidad que tiene el entorno para que vos puedas estar regulado la mayor parte del tiempo. Si tenés un autismo grado dos, el entorno tiene más responsabilidad de trabajar a tu favor y si tenés grado tres tenemos que realmente generar una capacitación, una conciencia y un conocimiento de cuál es tu perfil de regulación de tu *prema*. La P y la R me dice la E, M y la A. Y en realidad esto es utilizable para cualquier diagnóstico.



Entonces podemos cambiar la palabra *autismo* y podemos poner la palabra *esquizofrenia*, para poder unificar y decir: "Es una condición entre bases biológicas

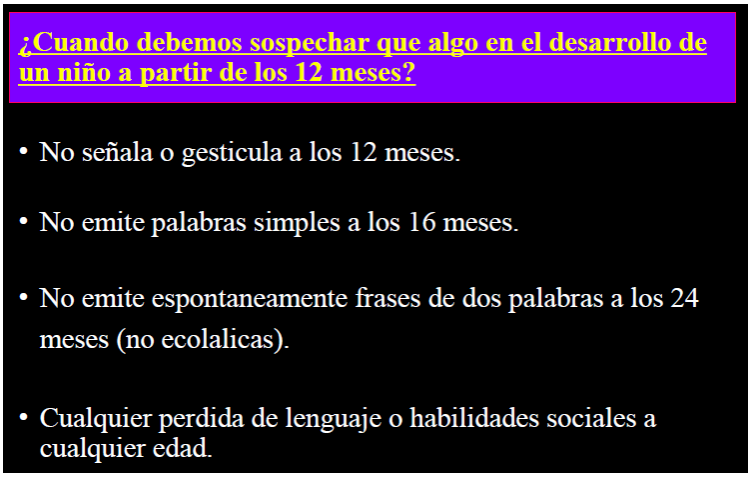
que se da entre posible predisposición genética.



Esto es para entender algunas sutilezas. Si a los dos meses un bebé no sonríe cuando lo miran a los ojos, también sonriendo, no nos habla que tiene autismo. Nos dice que acá tengo que estar atento, porque esto puede servir también para identificar de manera proactiva al niño que ya está teniendo, y que no quiere decir que tenga que hacer tratamiento. Simplemente le tengo que encontrar la mirada más, tengo que ver si hay algo sensorial, si hay algo que simplemente es una espera madurativa, el gran desafío de hablar. Por eso las campañas en pediatría son tan difíciles cuando uno quiere prevenir o identificar de manera precoz el autismo porque genera pánico, porque puede ser que un niño no sonría a los dos meses, pero sonríe a los tres o cuatro meses. Pero si yo ya estoy pensando, yo no estoy presente, ya estoy preocupado. Entonces es muy delicado todo esto. Por eso hemos perdido también esa crianza en comunidad. Hay una teoría muy importante de la menopausia, cuando éramos cazadores y recolectores, que generalmente los cazadores y recolectores eran los hombres y las mujeres, ¿con quién se quedaban los niños cuando se iban a cazar? Se quedaban con las madres que ya no estaban en etapa reproductiva, pero tenían toda la experiencia de vida y ya estaban y podían estar en esa conexión que solamente puede tener una abuela, porque nosotros los padres estamos en el hacer, y en el tener, y en el correr, pero la comunidad era la que criaba. Hoy hay una mirada de la teoría evolutiva que dice: “somos quienes somos por esa menopausia temprana que hace que las personas que más saben de crianza puedan tener muchos años de estar con los más chicos transmitiendo esa sabiduría”. Y que hoy hemos perdido muchísimo. Porque si el bebé no sonríe pero no se mueve, y si hay alguien con mucha experiencia y recién es mi primer hijo es distinto si estoy solo. Y no quiere decir que haya una causa.

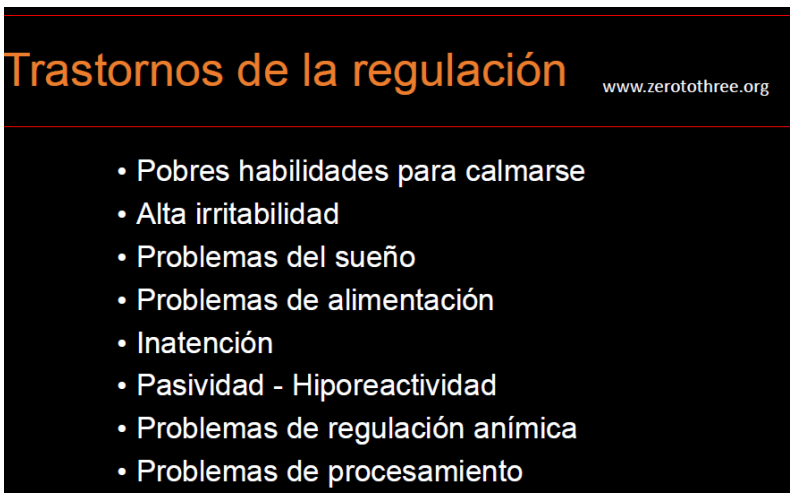
Voy agregando cosas evolutivas que han hecho que, de alguna manera, muchas de nuestras cuestiones que están generándose necesiten volver a recuperar comunidad. Tanto la

prevención como la crianza, como el tratamiento, ahí está nuestro fuerte, porque cada uno de nosotros somos como una célula social de un organismo, un superorganismo social. Pero si yo todavía no soy, y estoy compitiendo y cuidando únicamente mi individualidad y ya no estoy disponible para hacer algo más grande. Volviendo acá, si a los cuatro o cinco meses llora mucho, está irritable, no ríe a carcajadas, como empiezan a reír los bebitos a los cuatro o cinco años [así en el audio].



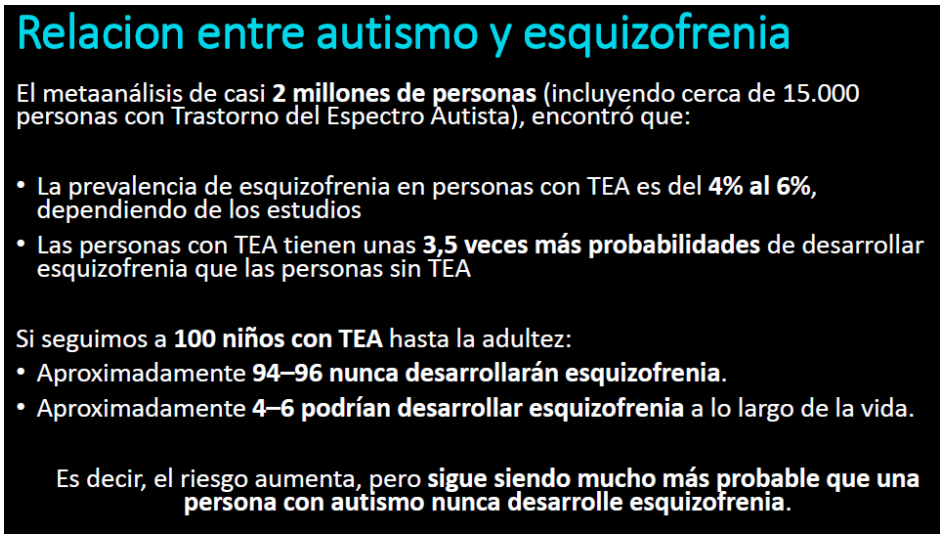
Si a partir de los seis meses no expresa la alegría con gestos y mucha risa, o a los doce meses no empieza a balbucear, o no señala o gesticula. No emite palabras simples a los dieciséis, simplemente me dice que tengo que ver, y por ahí puedo enriquecer con algo más individualizado. Y la mayoría de los chicos repuntan. Esto puede ser por una mudanza, por estrés en la familia, puede ser por un montón de cosas. Y puede ser que si el niño no tiene ninguna predisposición genética es un evento que pasa, pero si ya viene con algo, porque hoy nuestro gran desafío es cómo hemos también interferido, después de cuatro o cinco generaciones de una alimentación que no es la ideal, la sobreabundancia de un montón de cuestiones que están circulando en nuestro cuerpo, incluso el estrés.

Nuevamente, no hay un solo factor que vaya a generar, en este caso el autismo, es la suma de factores de riesgo biopsicosociales, predisposición genética de algo, porque no es al autismo, es una predisposición asociada al autismo que quizá tiene que ver con determinado cableado cerebral, igual que la esquizofrenia. Más factores de riesgo en cuanto a lo congénito, o sea, lo que pasa durante la gestación, el embarazo y el parto, y después todos los factores de riesgo que pueden venir del entorno. En determinado momento ese bebé a los dos o tres años, sumado a que tal vez, muchos tienen sobreexposición de pantallas antes de los dos años hace un quiebre y arma un poco lo que puede de esta autoestimulación.



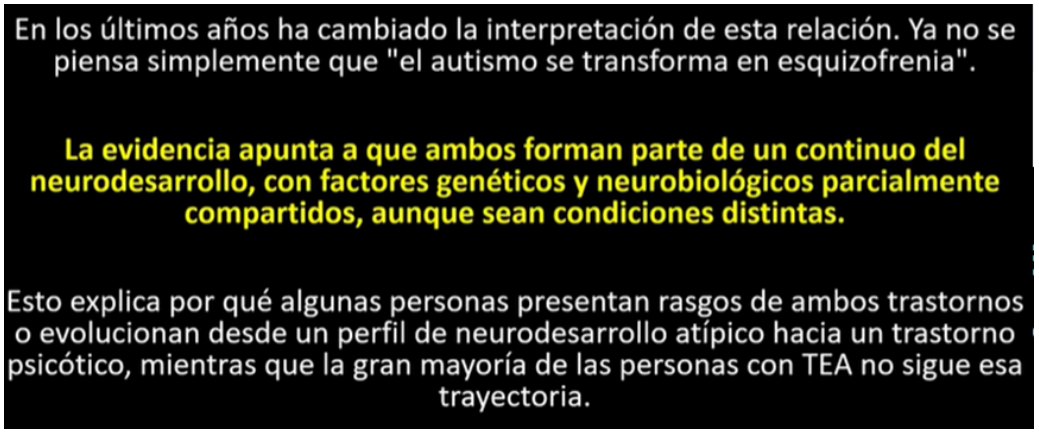
Entonces, en muchos de los chicos que reciben los diagnósticos de autismo o eventualmente esquizofrenia, hay que pesquisar si no tuvieron un diagnóstico que aparece en los manuales de salud mental de cero a tres, que se llama trastorno de la regulación. Obviamente, si tiene un diagnóstico de

retraso del lenguaje son más groseros. Los más sutiles tienen que ver con estas desregulaciones.



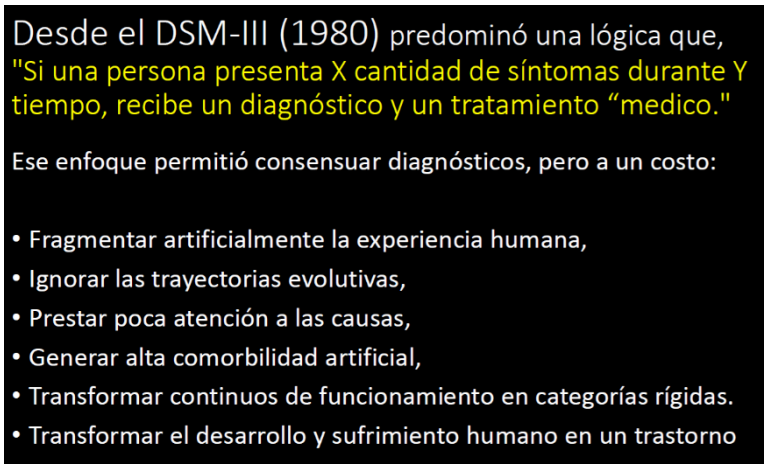
Entonces, el meta análisis de dos millones de personas, incluyendo quince mil personas con autismo, encontró la prevalencia de esquizofrenia en personas con TEA es del 4 al 6 % dependiendo de los estudios.

Las personas con TEA tienen tres a cinco veces más probabilidades de desarrollar esquizofrenia que las personas sin TEA. Si esto lo llevamos a otra manera, si tenemos 94 o 96 chicos con TEA de cien, ellos no van a manifestar esquizofrenia, solo cuatro por ahí la manifiestan pero, en resumen, es muy poco probable. La asociación es una asociación bastante débil y también cuestionable dependiendo del diagnóstico.



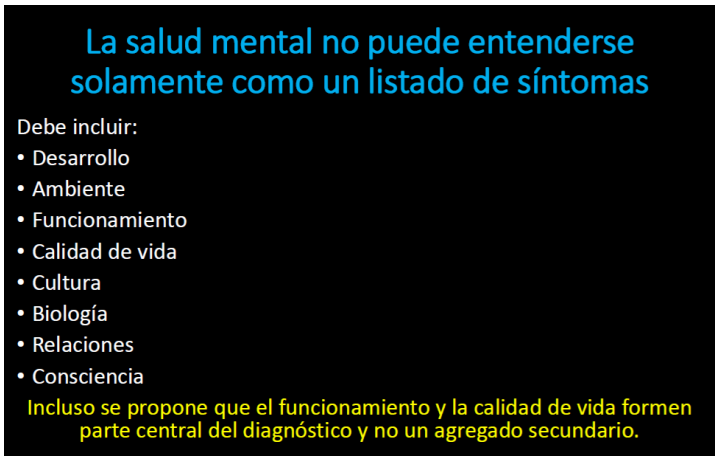
La evidencia apunta a que ambos forman parte de un continuo del neurodesarrollo, con factores genéticos y neurobiológicos parcialmente compartidos, aunque en condiciones distintas. O sea que seguimos estando en ese gris que todavía no sabemos. Pero son situaciones del neurodesarrollo. Lo importante que nos deja esto es el entorno. Si logramos que los jardines maternales, en el jardín de infantes y en los primeros tres grados realmente el énfasis no esté tanto en lo que tienen que aprender, sino en armar comunidad, y armar y tejer redes de pares, amigos, club y socialización donde no haya estrés, porque somos más

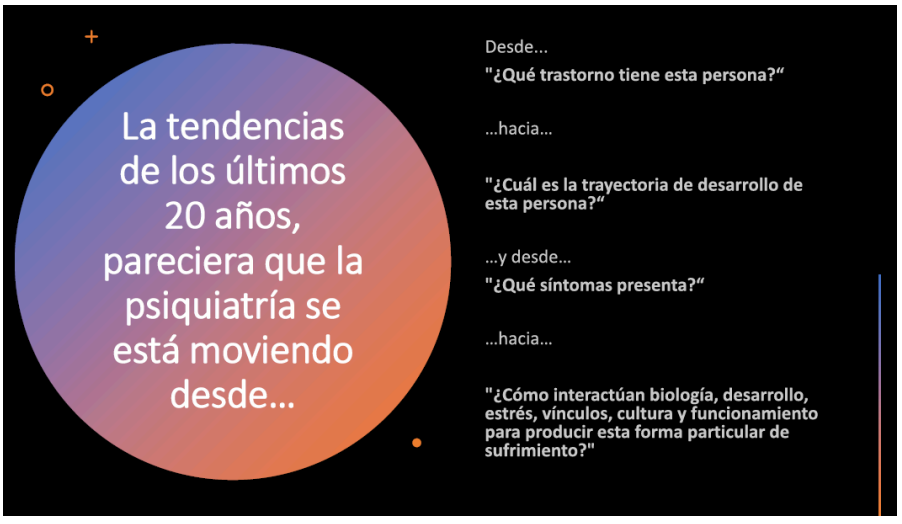
gestionadores de comunidad y no de contenidos. Creo que estaríamos viviendo otra cosa. Es una mirada optimista, obviamente, o no, vamos a ver entonces.



Desde la aparición del DSM-III, se fragmentó la mirada humana, la experiencia humana, no se busca la trayectoria evolutiva de la persona, no se presta atención buscar la causa, pero no porque haya que buscarla, porque es una cuestión de precisión clínica y de empatía. Yo quiero saber por qué te pasó lo que te pasó, y cuando a mí me escuchan con esa intención, es distinto a que si alguien está llenando casilleros. En todo sentido: tanto una entrevista con padres como con la persona que lo manifiesta. Porque el tratamiento empieza con una buena entrevista.

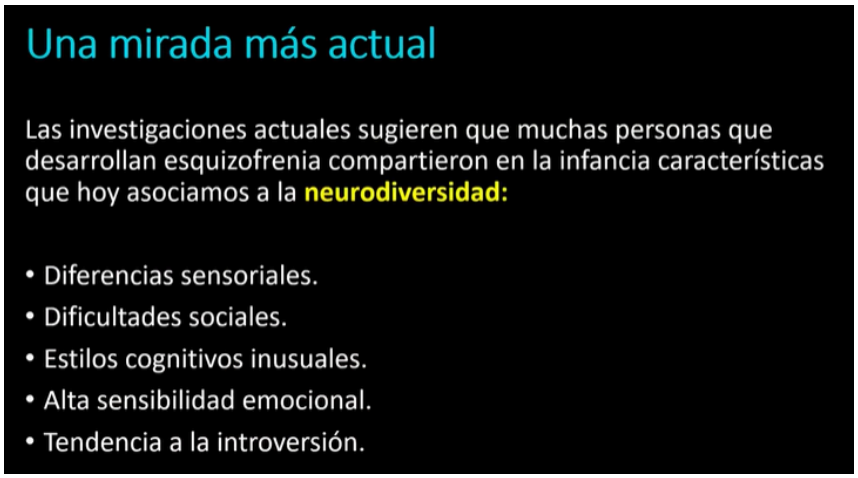
La salud mental no puede entenderse solamente como un listado de síntomas, que es lo que nos está pasando, sino que tiene que ver con entender todos estos factores: apego, cultura, ambiente, estrés, escuela, amistades, constancia, mudanzas, un montón de cosas que a mí me dan la historia de una persona.



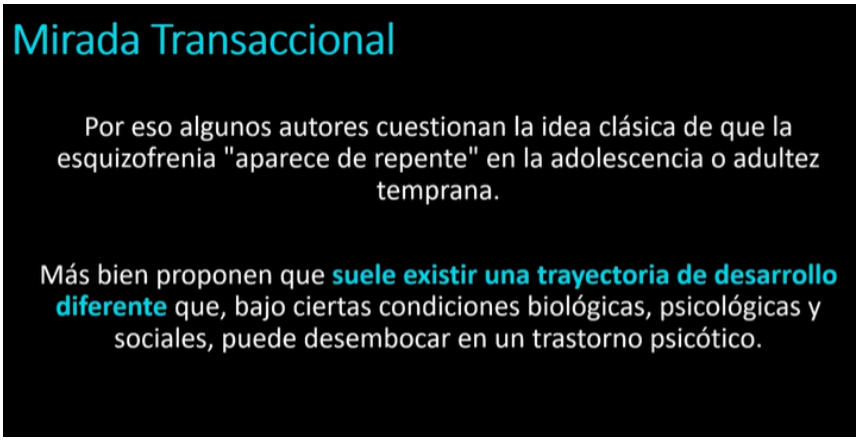


Entonces la tendencia de los últimos veinte años en la psiquiatría parecería que se está moviendo, por suerte a favor, desde: "¿Qué trastorno tiene esta

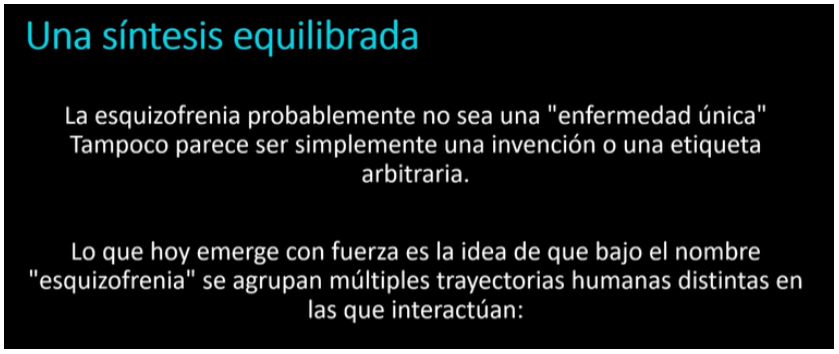
persona?", hacia: ¿Cuál es la trayectoria del desarrollo personal de esta persona?" De "¿Qué síntomas presenta?", a "¿Cómo interactúan biología, estrés, vínculos, todo lo que estamos hablando. Por suerte es aire fresco, porque el nuevo DSM que no sé si es el V TR o ya es el VI viene con esta mirada.



Las investigaciones sugieren que muchas personas que desarrollan esquizofrenia compartieron en la infancia características asociadas a la neurodiversidad: diferencias sensoriales, sociales y estilos cognitivos particulares.

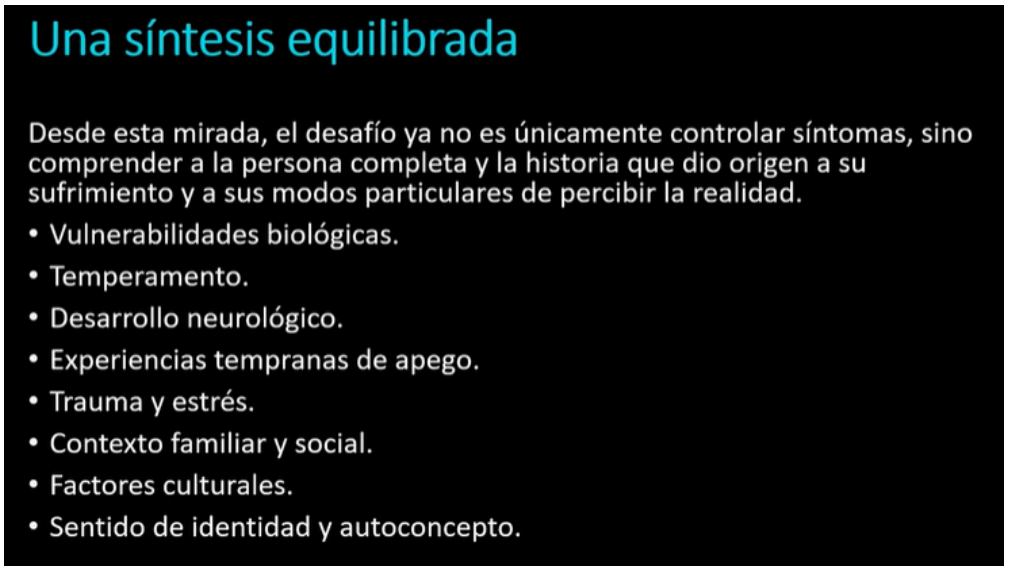


Una mirada transaccional donde uno busca esa trayectoria, no es algo que aparece de repente en la adolescencia, a los catorce, dieciséis, dieciocho años y uno trata de ahí para adelante, sino casi que lo más importante para entender la individualidad es ir para atrás, no para ir para adelante.

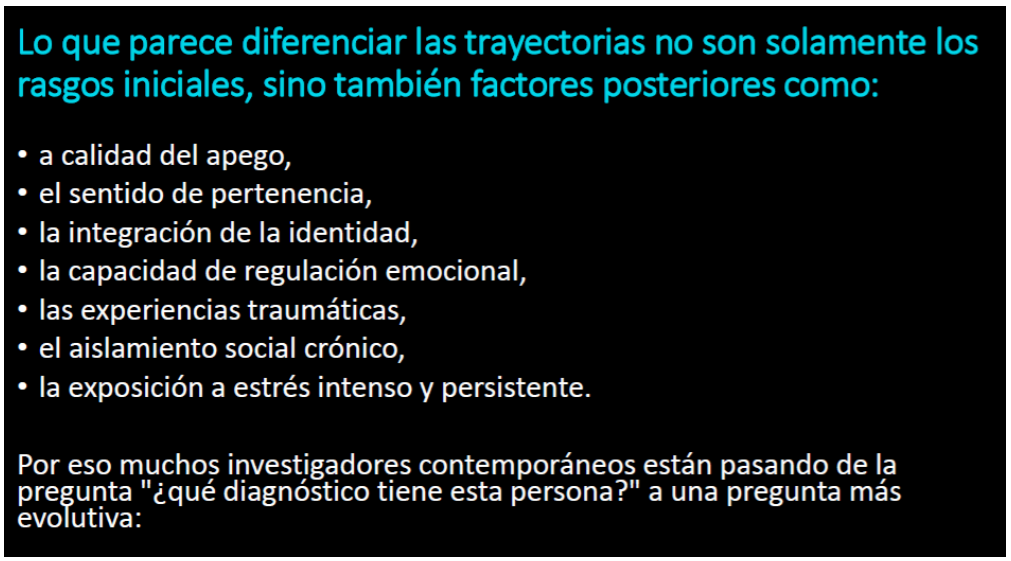


La esquizofrenia probablemente no sea una enfermedad única. Tampoco parece ser simplemente una invención o una etiqueta arbitraria. Lo que hoy emerge con

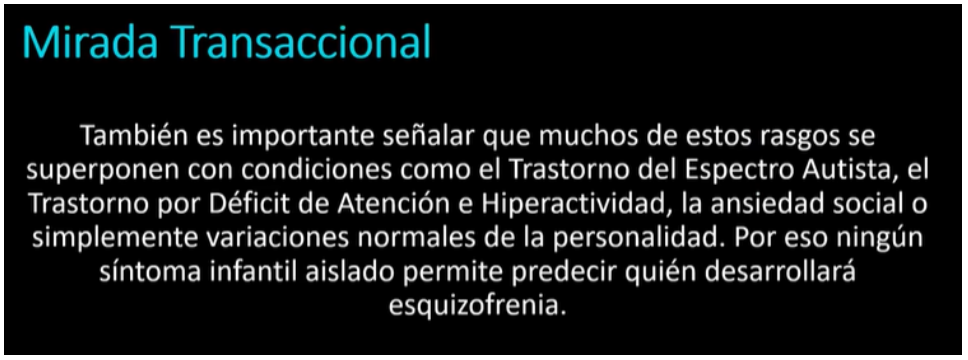
fuerza es la idea de que bajo el nombre *esquizofrenia* se agrupan múltiples trayectorias humanas que interactúan.



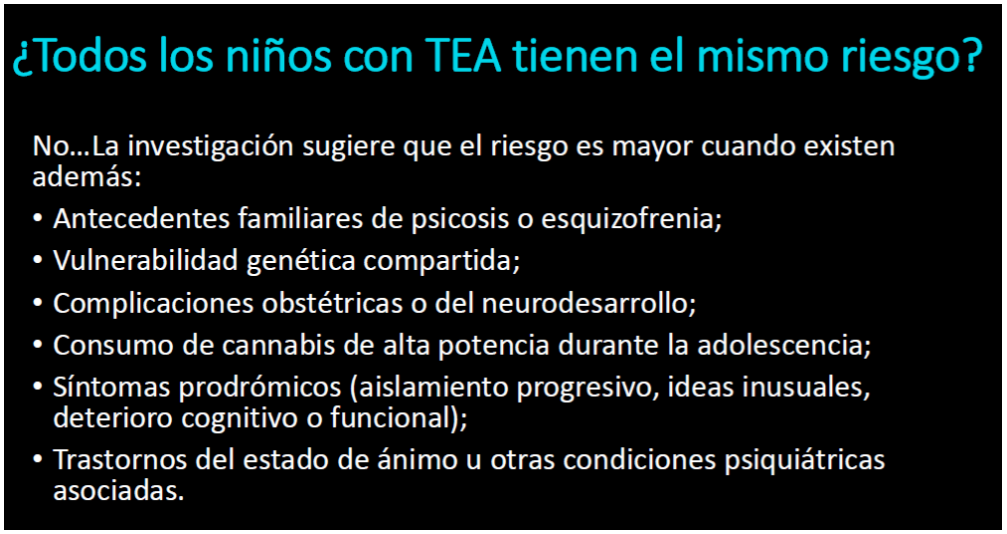
Entonces otra vez, es a buscar la vulnerabilidad biológica. Comprender hoy el temperamento es importante, ya que es la parte genética de mi personalidad. El carácter es lo que viene del entorno, y entre temperamento, carácter, perfil sensorial, se va armando una personalidad. Cuando yo estudiaba, la personalidad no se cambiaba y hoy, desde el ingreso de la metacognición, los rasgos de la personalidad se pueden cambiar si uno los observa, si uno se da cuenta los hace menos reactivo, porque lo más reactivo es la personalidad. En realidad, la personalidad es una reacción a lo que me permitió sobrevivir. Pero muchas veces hay una compulsión a la repetición de mi manera de ser, cuando lo que me hizo desarrollar esa característica ya no está más porque lo aprendí en un momento que lo necesitaba. Pero después tendemos a fortalecer esos rasgos.



Lo que parece diferenciar las trayectorias no son solo los rasgos iniciales, sino los factores posteriores. Por eso muchos investigadores contemporáneos están pasando la pregunta "¿Qué diagnóstico tiene esa persona?", a una pregunta más evolutiva "¿Cómo fue el vínculo temprano? ¿Qué sentido de pertenencia? ¿Qué integración de identidad logró esa persona? ¿Se pudo integrar en un yo un poco más fuerte?" O realmente uno tiene la sensación que en los dibujos que tenía en la infancia nunca se terminó de armar una percepción del cuerpo o de la identidad más integrada. Y ante cualquier estrés eso va a generar […]. Hay muchos casos de personas con esquizofrenia, yo creo que son más que los menos, en los que uno encuentra estas cosas. Y hay otras situaciones donde al revés, puede ser una persona brillante. Conozco casos donde con dos carreras simultáneas estudiando, veterinaria, estudiando abogacía, un secundario con las mejores notas, en determinado momento hubo un quiebre. Y eso era por estrés, porque era algo que no era esa persona, y lo voy a decir, a veces mucho de lo que hacemos no somos nosotros, es un mandato, es algo que viene desde otra energía, entre comillas, si uno lo quiere hablar de esa manera. Simplemente para abrir un poco la discusión de esto.



Entonces, es importante señalar que muchos de estos rasgos se superponen con condiciones del espectro autista, especialmente los síntomas negativos de la esquizofrenia. Pero principalmente vamos a encontrar más trastornos por déficit de atención e hiperactividad, de ansiedad social o de dificultades del aprendizaje, más que autismo como algo previo a la esquizofrenia.



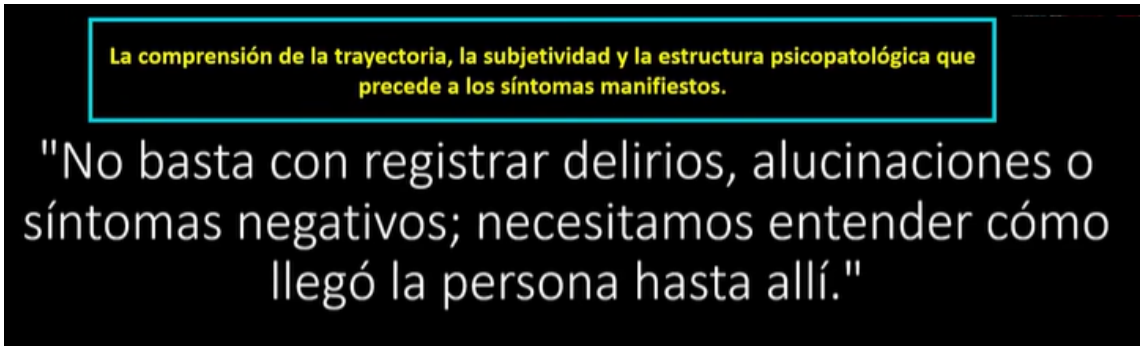
Si yo tengo un niño con TEA que nace en uno o en otro entorno, tengo más riesgo de que ese chico, que ya tenía una vulnerabilidad de su sistema nervioso central, en un mayor estrés crónico, en un abordaje de tratamiento que son a veces muy de entrenamiento, que no permiten que esa persona tenga su identidad. Porque más que una persona tenga TEA o esquizofrenia, tiene una identidad, pero de alguna manera hay que dejar que eso se conforme, especialmente en los niños. Y a veces muchos de nuestros tratamientos (que por suerte hoy ya no se ven más) son muy conductuales y muy punitivos, a veces justamente generaban estados de disociación.

Dimensión	Autismo	Personalidad esquizotípica	Esquizofrenia
Inicio	Primera infancia	Adolescencia o adultez temprana	Adolescencia tardía o adultez temprana
Dificultades sociales	Muy frecuentes	Frecuentes	Frecuentes
Experiencias perceptivas extrañas	Poco frecuentes	Moderadas	Muy frecuentes
Pensamiento mágico	Poco frecuente	Característico	Puede aparecer
Psicosis	No	Generalmente no	Sí
Rigidez cognitiva	Alta	Variable	Variable
Sensibilidad sensorial	Muy frecuente	Moderada	Moderada
Alteraciones del lenguaje pragmático	Frecuentes	Frecuentes	Frecuentes
Identidad personal	Generalmente estable	Más vulnerable	Puede fragmentarse
Contacto con la realidad	Conservado	Conservado	Puede perderse

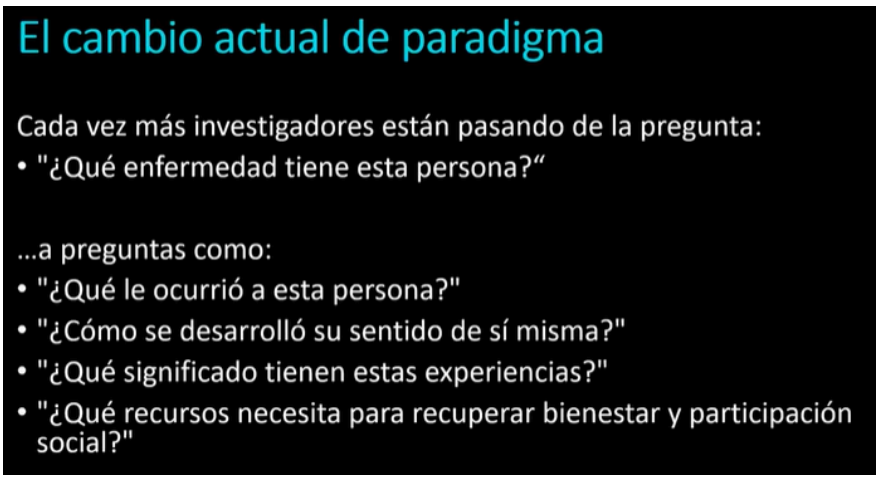
Entonces acá, para ir terminando, es un poco ver el *inicio* del autismo, es en la primera infancia, personalidad esquizotípica (en realidad la personalidad esquizotípica tiene características negativas y a veces puede tener pensamientos floridos con respecto a supersticiones o algo, pero nunca hace un quiebre psicótico, no tiene alucinaciones y delirios. Puede tener una mirada muy folclórica, que desde nuestra cultura occidental puede aparecer, pero cuando esas características esotéricas o místicas son demasiado rígidas y desadaptativas

hacen que esa persona entre en conflicto con el medio de donde vive, que tampoco habla que la persona esté errada porque hay entornos muy rígidos, muy supersticiosos o muy religiosos, con determinadas cosas que consideran algo que para otra cultura puede ser una práctica considerada como algo demoníaco. Las *dificultades sociales* en el autismo, muy frecuentes; en la personalidad esquizotípica y en la esquizofrenia, frecuentes. Porque puede haber distintos niveles de adaptación, depende del entorno y las oportunidades que tuvo. *Experiencias perceptivas extrañas,* de alguna manera llama a distorsiones de la percepción más sensoriales: poco frecuentes y más moderadas en la personalidad, y muy frecuentes que experiencias perceptivas extrañas pueden estar muy asociadas con la psicosis o ideas de referencia. Las ideas de referencia es darle un sentido a todo, que en el caso de esquizofrenia es pensar que porque pasó un auto es una señal de que alguien me está vigilando, porque siempre pasa el auto que tiene una determinada característica, cuando el que mira de afuera piensa que esto puede ser más aleatorio, pero la persona que tiene ideas de referencia empieza a tejer y armar una historia en base a cosas que no están relacionadas, pero en la cabeza de la persona pasan a ser justamente la comprobación de que hay un complot o hay algo que está sucediendo. *Pensamiento mágico* poco frecuente el autismo. La *psicosis*, no en el autismo. Lo demás no se da en la personalidad esquizotípica, pero sí en la esquizofrenia. *Sensibilidad sensorial*, muy frecuente el autismo, pero yo diría que cuando uno hace una buena historia, moderada a, a veces, muy presente en las personas que reciben el diagnóstico de esquizofrenia.

Alteraciones del lenguaje son frecuentes, pero mucho más frecuentes, en realidad, en los chicos con autismo. *Identidad personal*: estable hasta a veces muy rígida en la persona con autismo; más vulnerable y muy fragmentada o más fragmentada en la esquizofrenia. Fragmentado quiere decir justamente la dificultad en armar una identidad cohesiva. La inseguridad hace que cuando la personalidad es muy vulnerable y fragmentada, cualquier estrés hace que se disocie y se le empiece a mezclar el inconsciente con lo que está pasando afuera. Cuando hablamos de personalidad limítrofe estamos hablando de una personalidad que cabalga entre esos dos lados. Es algo que también está de moda, por las maneras equivocadas de ver y de hacer el diagnóstico, así como el autismo, hoy aumenta la personalidad limítrofe o aumenta la narcisista, porque todos de alguna manera tenemos un poco de todo y la falta de semiología clínica transforma a veces un cuestionario en una profecía autocumplida. El *contacto de la realidad* está conservado en el autismo y la personalidad esquizotípica, y puede perderse en la esquizofrenia. Conservado no quiere decir que haya un criterio de realidad, tengo que poder explicarlo. Muchos chicos con autismo están presentes, no están en un mundo paralelo, no están en una alucinación, en algo psicótico, están acá. No lo pueden expresar o es muy reducida la experiencia del presente, pero es concreta, es lo que está ahí. Y otra vez: uno es infantil, primera infancia, y los demás realmente son en la adolescencia.



Entonces, esto es más la mirada crítica hacia el modelo, en donde no basta con los delirios y alucinaciones para entender a la persona.

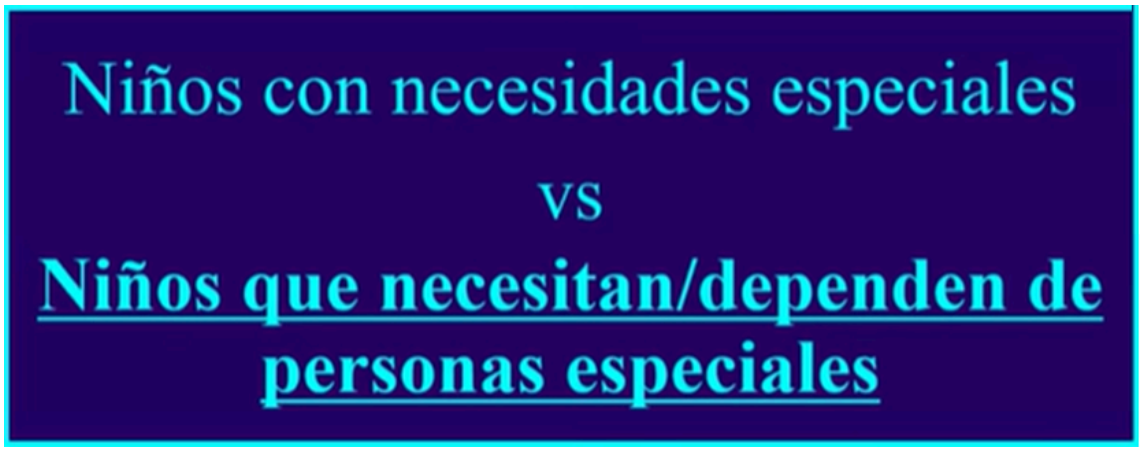


Para entender a la persona hay que buscar qué le ocurrió, cómo llegó, qué le está pasando cuando tiene el síntoma, qué factores de estrés. Porque cada episodio me permite prevenir el próximo. O sea, si el chico está hiperactivo acá o está haciendo una disociación, trato esto. Pero eso después en lo psicoeducativo me sirven muchísimo para que la persona empiece a estar cada vez más sensible, de qué se me escapó a la persona y al equipo. Pasó tres días de dormir y nadie vio que no durmió. Empezó a hacer comentarios, o se empezó a pelear con un familiar con el que es muy raro que se pelee, empezó a traer otros temas y ahí es cuando es muy importante activar la red en el caso de la esquizofrenia.

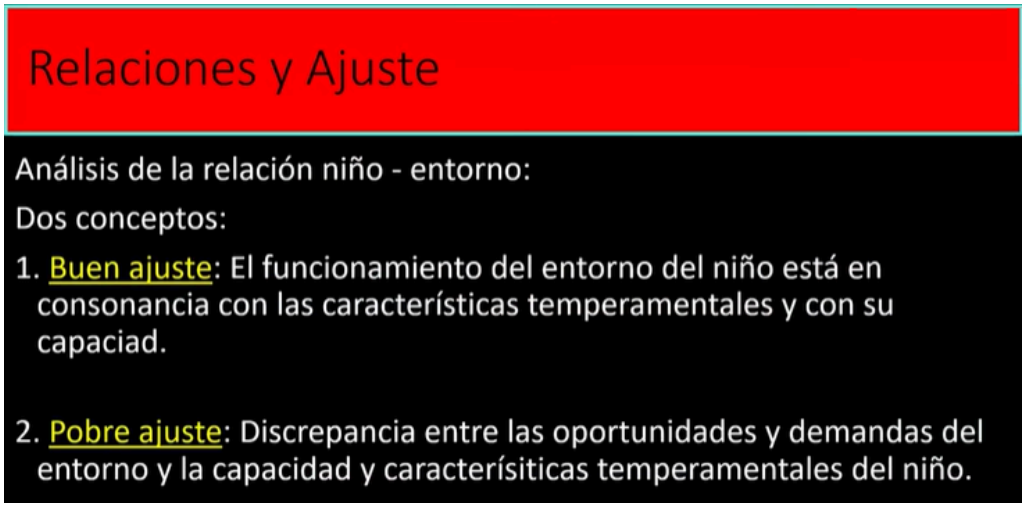


Estamos viendo cómo se ha patologizado mucho de esto, que en otras culturas quizá son episodios del desarrollo humano, que obviamente no quiere decir que no lo tratemos, pero el tema es que lo podamos ver desde un lugar donde esa persona no pierda oportunidades y no quede un lugar relegado.

Tradicionalmente los hospitales psiquiátricos, o la parte psiquiátrica, está en el fondo. En Open Door, allá lejos, o en el fondo del hospital, la clínica adelante y los psiquiátricos en el fondo, uno puede llegar a entender, pero hasta cierto punto. Viene de un modelo en donde todo lo que era distinto de la personalidad no era visto clínicamente, sino era visto como una deficiencia o una debilidad. Y desde un punto de vista más comunitario, simplemente se ve qué es lo que esa persona necesita. O sea, lo que te pasó, me dice que necesitamos armar esto, no buscar que te pasó esto porque te faltó esto. Usemos toda la historia para armar lo que compensa.



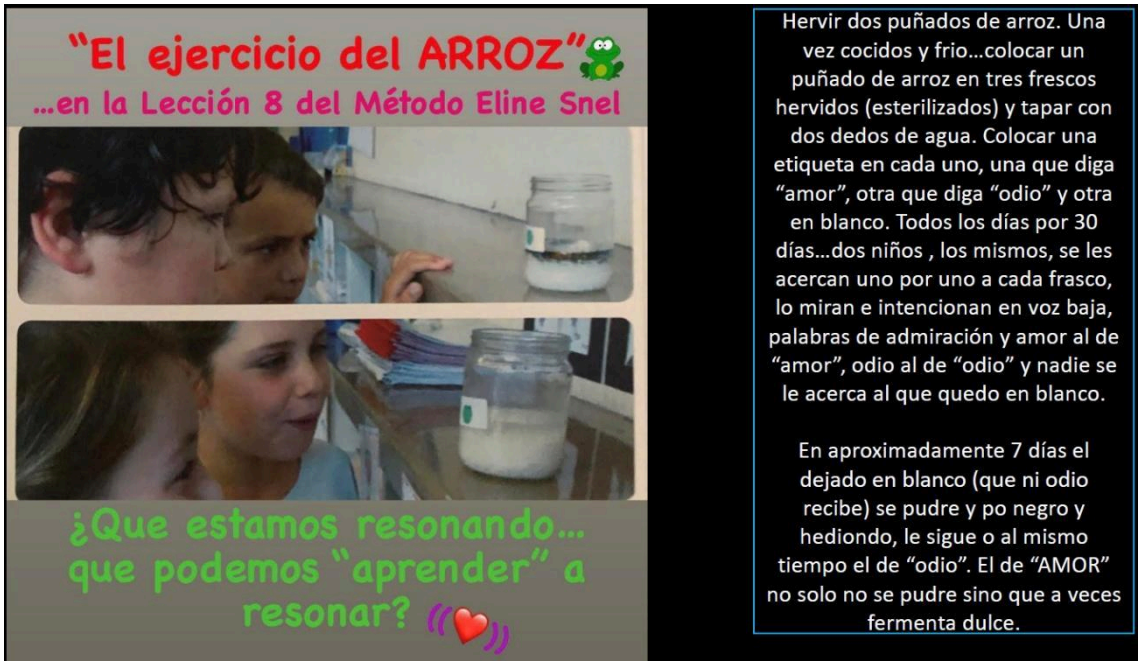
Viene de vuelta de trabajar con niños, pero a mayor complejidad del diagnóstico, necesitamos más personas que estén trabajando su metacognición y su comprensión del otro y de sí mismo, porque ese acompañamiento es sanador, porque esa persona necesita, especialmente las personas con esquizofrenia o bipolaridad, necesitan ser vistas y convalidadas.



Voy a terminar con algo muy inspirador para mí. Mucho de esto es el buen ajuste y el mal ajuste del procesamiento sensorial, afectivo, social, cognitivo y motriz, la mayor parte del tiempo de esa persona y su regulación emocional, qué lo regula o desregula. Buen ajuste en el entorno, en el trabajo, en la metodología, en la pedagogía, en la escuela, en su grupo de pares, en el club; y acompañante terapéutico o quiénes son las personas que lo acompañan, que eso sea una gesta y un acompañamiento, y no solo "un tratamiento", sino una situación humana, una gesta humana de acompañar y de recuperar.



Ver para creer. Esto es lo que hacemos en la lección ocho con chicos de metacognición en las escuelas y esto lo pueden hacer en la casa. Háganlo porque cambia lo que pensamos y lo que vemos.



Le decimos a la docente que hierva dos puñados de arroz, luego de hervido, que ponga un puñado de arroz en tres frascos. Lo tape con un dedo y medio de agua en uno le ponga *amor*, el otro le ponga *odio* y en el otro lo deje *en blanco*, y los ponga en el aula en tres lugares distintos. Durante un mes, dos alumnos, los mismos, que le digan con intención: "¡Qué lindo, qué blanco, te quiero!" Con la intención, es decir realmente encarnar lo que uno está diciendo,

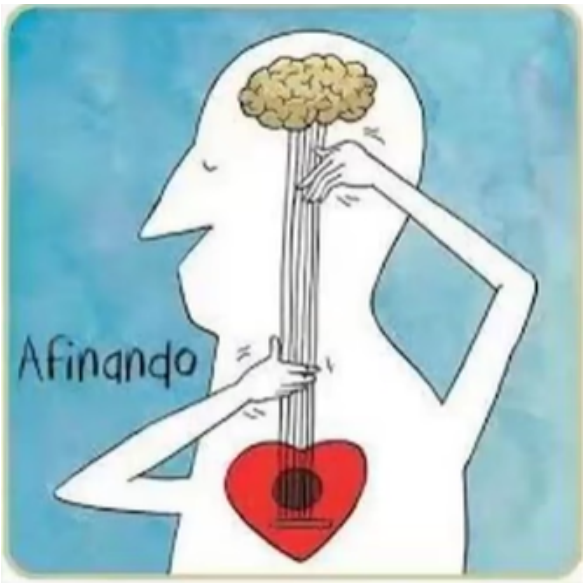
mirando o direccionando la intención. Durante tres minutos. El otro dice: “¡Qué asco, qué feo, qué insulso, que porquería! No te quiero”. Y al otro, nada.

A los siete días uno empieza a tener moho (el frasco de arriba en la diapositiva, se ve negro) cuando la temperatura y todo es igual. ¿Cuál se imaginan? El primero que se pudre es el que tiene la etiqueta en blanco y ni se acercan, porque se acercan solo a los otros dos. Y a veces los diagnósticos tienen ese efecto de invisibilizar, de no ver, o sea, retraso mental, autismo, son dos diagnósticos muy poderosos que hacen que, como tiene su acompañante, nadie lo ve. Y estamos cableados para entrar en resonancia, somos quienes somos, porque en los primeros tres a seis meses de nacimiento, todo bebé recibe amor incondicional. No hace nada, y solo por *ser* recibe amor incondicional. Y eso tenemos la capacidad de generarlo, porque sí cada uno de nosotros, eso es la metacognición. Y aparte, para que el amor llegue al otro, tengo que aprender a darlo de esa manera incondicional. No porque una persona haga algo o no, quiere más o no. Y esto que parece trivial, nacemos con ese cableado, también nacemos para hablar, pero si no me hablan y me crían los lobos, voy a ladrar, no voy a hablar. Pero el circuito está. La corteza prefrontal y su conexión con el límbico y con el sistema parasimpático y simpático está desde el nacimiento. Ahora, si yo no sé cómo pausar, respirar y conectar con el presente y ver la panorámica y hacerlo mil veces por día durante toda mi vida, no voy a despertar esa capacidad de corteza prefrontal. Yo creo que los diagnósticos van a cambiar, si esto llega a ser cultura, tendríamos que ver qué es lo que nos pasaría tanto en prevención como en tratamiento. Así que esto lo dejo ahí picando.

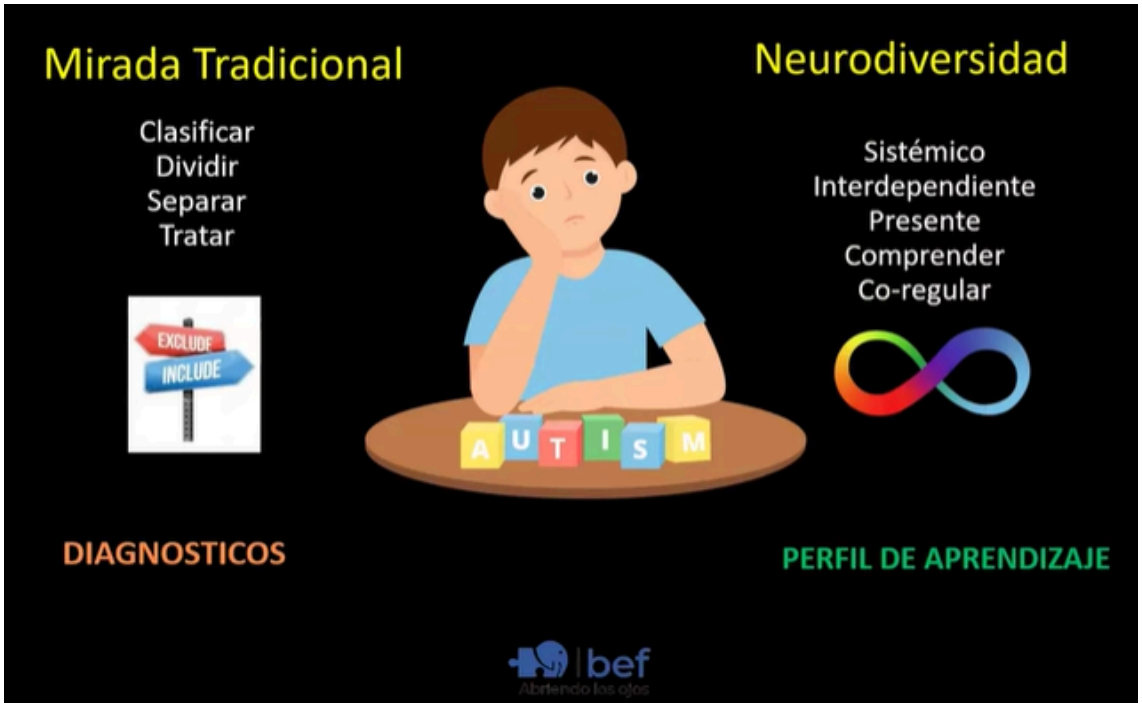


Acá están las fotos de distintos experimentos. Lo pueden hacer en casa porque es muy fuerte. O sea, la charla puede empezar y terminar acá, porque esto cambia el paradigma. Estoy curioso por qué estoy resonando una emoción que está hecha para la época de los dinosaurios y sus predadores, cuando odio, celos, codicia, tiene más que ver con mi paradigma mental y no con mi capacidad de resonar. Y eso es *metacognición*. Así que hoy esto va a cambiar la medicina porque es la medicina del bienestar y la salud como paradigma *salutogénico*, no

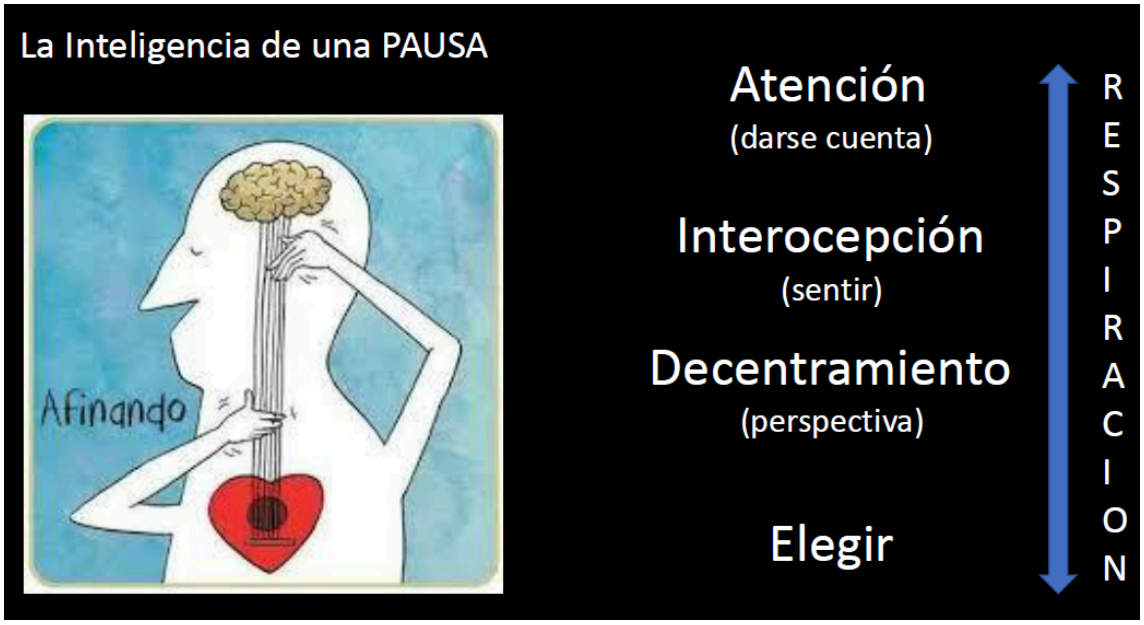
como tratamiento de enfermedad. Porque la salud no se trata, la salud se practica, se aprende todo el tiempo. Lo que se trata, y la medicina es muy buena para esto, es todo lo que se refiere a emergentología, para sacarte de un paro cardíaco, para un accidente. La medicina nos sirve ahí, pero en la mayoría está siendo cómplice de que está tratando nuestra manera de vivir, nuestro estrés. O sea, todos estos grandes inventos de cómo bajar el colesterol, cómo poner un bypass, cómo cambiar una cadera y tantos tratamientos son paliativos a nuestra forma de vivir de estar desconectados con nosotros mismos.



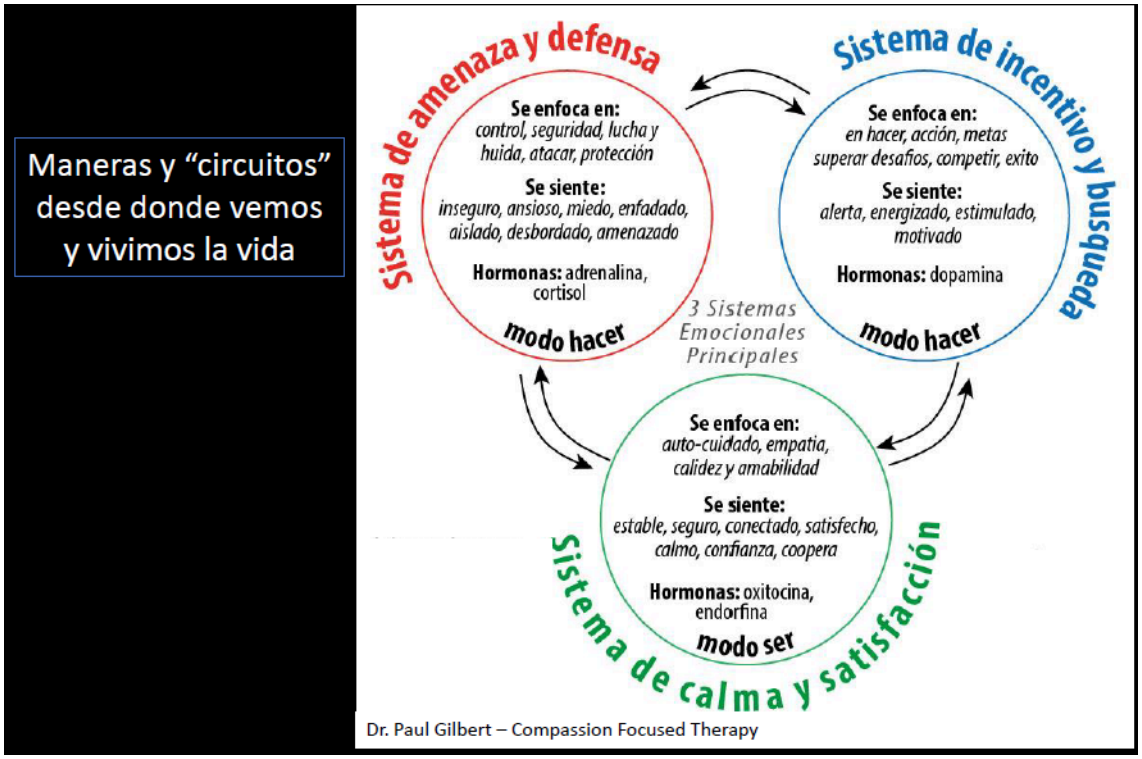
Nuestra vida es esto. Como decía un padre de un hijo con autismo, mi hijo es un mejorador de personas porque me obliga a venir al presente, porque mi hijo me siente cuando estoy presente y cuando no estoy presente por cómo lo miro, por cómo hablo, por cómo lo escucho.



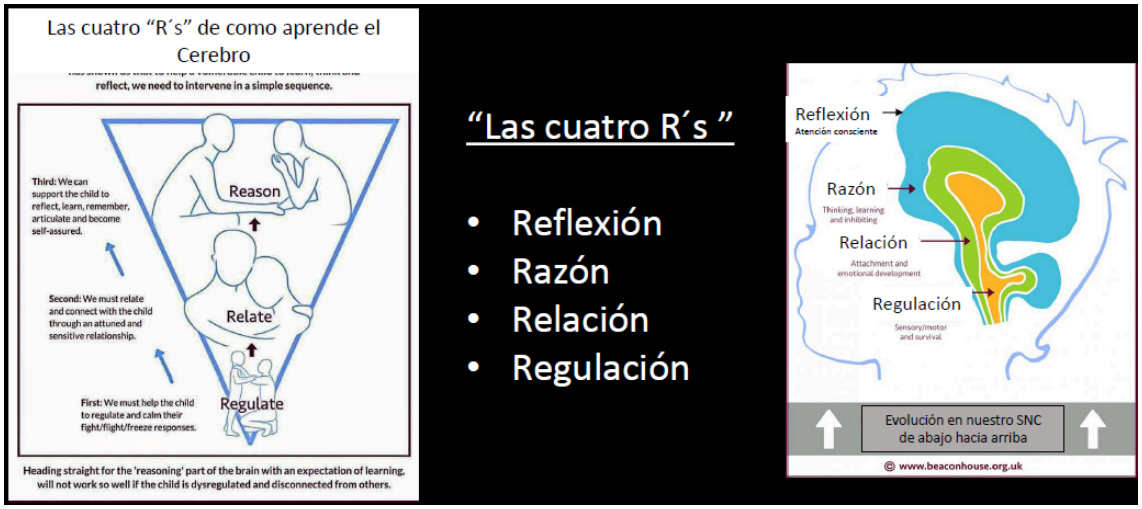
Entonces estamos yendo de una *mirada tradicional* de clasificar, dividir, separar y tratar, a una mirada mucho más fresca que para hay que pensar que yo no lo hago por vos, lo hago porque es lo que mejor me hace a mí y de ahí, naturalmente te va a llegar lo que yo estoy practicando, porque lo vas a ver. Y más en la crianza, la crianza consciente.



Hoy ya hablamos de alimentación consciente, abordajes conscientes. ¿Qué tiene que ver con esto? Con que introducir una y mil veces por día, mientras hago mi vida cotidiana, aprender a darme cuenta de dónde estoy por cómo me siento, porque no estoy en riesgo, estoy bajo techo, tendría que ser feliz. No tengo todo lo que quiero, pero tengo lo que necesito. Y esa diferencia entre lo que quiero y necesito es la que genera la infelicidad, que es desde mi paradigma. Entonces, sentir cómo me siento me dice cómo me estoy tratando, no soy y tengo que tener, y hacer algo para hacer o hay una pausa y digo: "No, yo ya soy, estoy aprendiendo y me vuelvo a unir", porque el cuerpo se cree lo que la mente dice, y si la mente dice que todavía no es, vivimos disociados de nosotros mismos, y vivimos en un micro estrés.



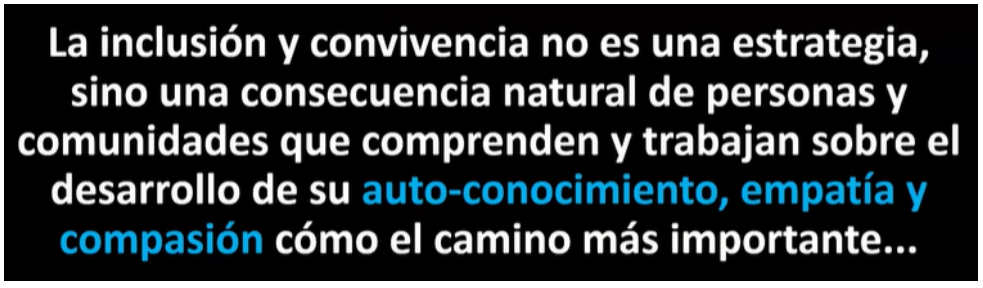
Esto ya más más técnico, de cómo reconocemos los tres lugares de supervivencia, de procura y de calma. Es de Paul Gilbert y de estos módulos de metacognición basado en la compasión que uno practica en ocho módulos en ocho semanas.



Y esto es como nuestro cerebro evolucionó

- Fuimos reptiles, regulación en el mesencéfalo,
- Relación los mamíferos, en el límbico
- Apareció la corteza en el ser humano, la razón.
- Y estamos viviendo la etapa de la reflexión consciente.

Es ver que tengo una mente pero no soy mi mente, ver que tengo un sesgo de que tenés esquizofrenia o autismo y que está adelante y no que sos una persona, y que después eso es administrativo. Pero yo me relaciono a tu ritmo y estoy con vos. Y vos lo sentís. No es solo que yo te siento, sino vos sentís que yo estoy. No quiere decir que yo sea perfecto, pero significa que puedo decir que hoy no estoy, que estoy cansado y me siento así, entonces me vas a sentir desconectado. Uno habla de las emociones, las ponemos en palabras. No habla de la perfección. Esto habla de que uso las palabras para hablar de lo más importante que es, de cómo voy y vengo de mis estados.



Entonces la inclusión es la convivencia, como decíamos al principio, no es una estrategia, sino una consecuencia natural de personas y comunidades que comprenden y trabajan sobre su desarrollo, de su autoconocimiento, empatía y compasión como el camino más importante. Porque tenemos el cableado y es lo que más sentido le va a dar a mi vida.

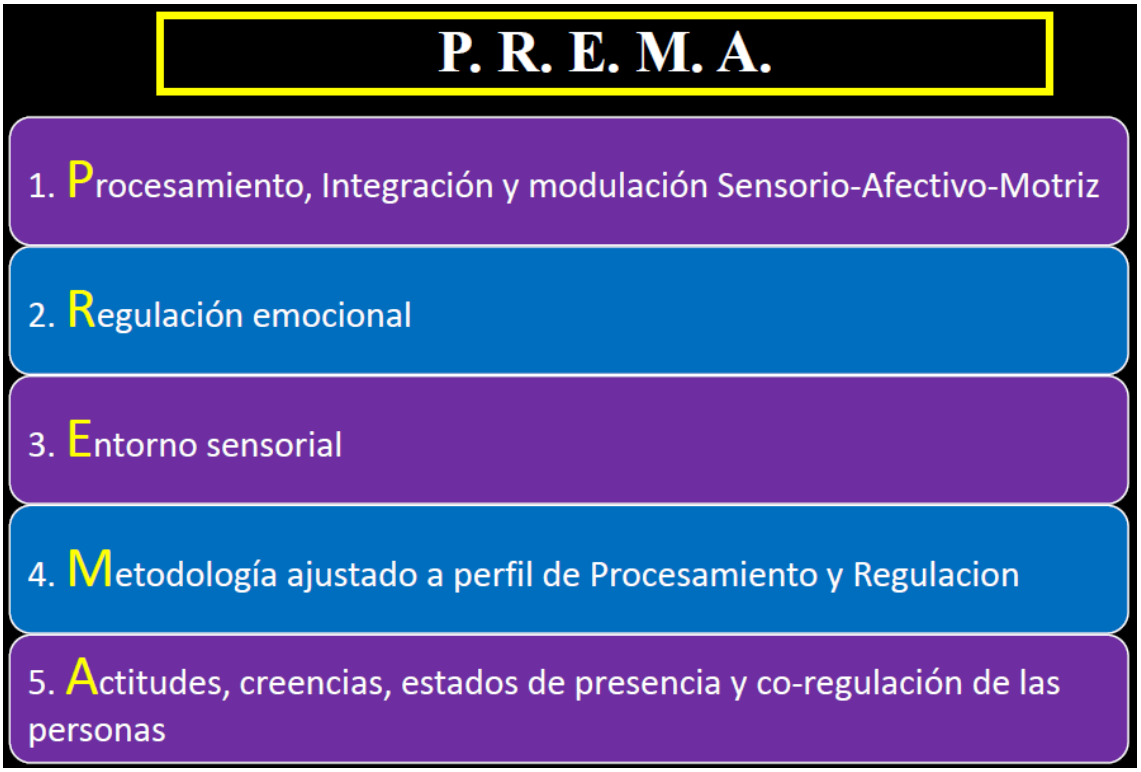


Acá vemos cómo se acoplan, ya hay trabajos, este es un reel que está circulando donde se ve a una mamá con ese casco que está leyendo un cuento y mirando al bebé también con casco y se ve cómo se sincronizan los cerebros, o cómo se desincronizan cuando no está presente. Todo el tiempo nos estamos acoplando y desacoplando. Es muy sutil, y creo que la empatía es nuestro nuevo sentido, porque la empatía no es una emoción, es un nuevo sentido. Es como los ojos, yo te veo y te siento. Es un sentido a practicar, porque es como la intuición o la inspiración o la imaginación, tiene mucho que ver con estar conectado, no solo con las personas, sino con la naturaleza y el universo también.



Entonces, en la mayoría de nuestros diagnósticos, el mejor tratamiento es crear entornos seguros para que ese sistema nervioso esté en calma, tanto por lo sensorial como por lo relacional, porque las miradas son muy sensibles, en la mirada hay mucho juicio, y si hay un diagnóstico que tiene mucha sensibilidad es la esquizofrenia, y el autismo más todavía porque ni siquiera miran, porque es muy pesada a veces la mirada o no saben qué hacer con la cara, porque la cara tiene mucha información y muchos músculos.

Entonces el corolario de esto es cómo logramos armar esas comunidades, esos entornos que hacen que esa persona nunca tenga que manifestar un brote o una desregulación porque no vimos qué pasó antes, que puede ser totalmente endógeno, pero siempre es una asociación entre el entorno y la sensibilidad de esa persona.



Esto es PREMA que ya lo hablamos. Procesamiento integral, regulación emocional, entorno sensorial, metodología y las actitudes, autorregulación, y mis creencias.



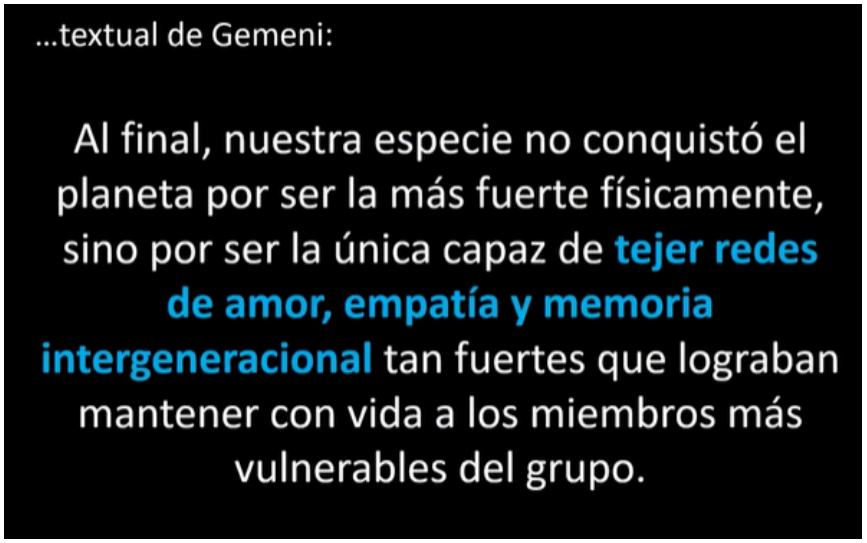
Y es mi PREMA con tu PREMA. PREMA empieza con A para el que regula: mayor actitud y autorregulación mía para poder acompañar tu alerta y tu afecto, y mantenerte en tu mejor

estado de aprendizaje que es alerta, afecto, atención, acción y aprendizaje. Y una regulación y una corregulación permanente.



Entonces estás desconectado, yo te sostengo y una vez que te sostengo ahí te puedo dar tareas y puedo hacer que lo que hagas no sea un tratamiento, sino un disfrute compartido. Porque muchas personas que tienen un diagnóstico están haciendo cosas sin sentido, están cumpliendo tareas, están yendo a hospitales de día donde no hay sentido.

Ahí estamos detrás de una comunidad que si quieren ingresar se llama *Respirar Comunidad*. No quiero usar la palabra "experimento social" porque cada una de estas comunidades es un gran esfuerzo, porque tienen que ser genuinas. *Respirar Comunidad* tiene que ver con más de cien comunidades que hay en el mundo que están bajo una mirada que se llama *Camphill*, vienen de la Antroposofía y son comunidades genuinas, intencionales, como un kibutz, que son comunidades donde la gente se junta para vivir y trabajar juntos. Y el trabajo genuino y el compartir es lo que da sentido. Y si eso da productividad, todo el mundo vive con lo que necesita y el encuentro es tan rico que en realidad empieza a cambiar el sentido por el cual yo me levanto todos los días.

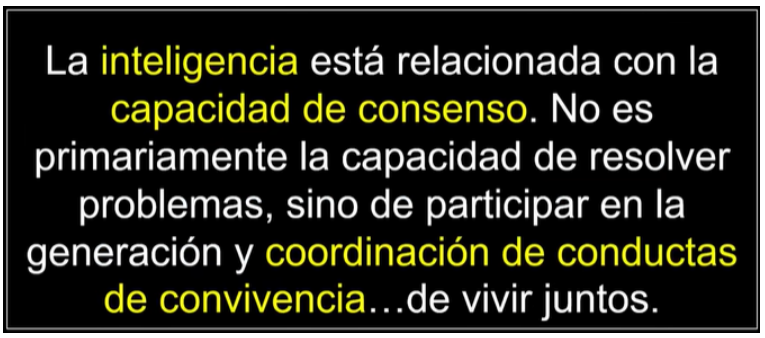


Entonces esto se lo pregunté a la inteligencia artificial: ¿Qué es lo que nos hizo llegar a quienes somos?

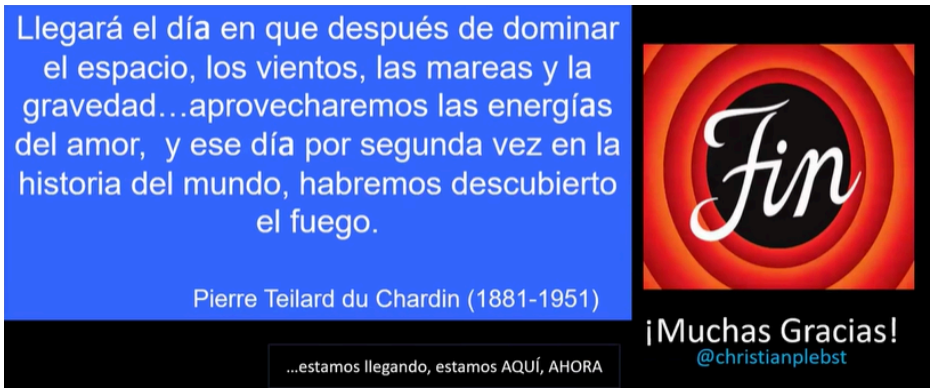
La respuesta fue: *Nuestra especie no conquistó el planeta por ser la más fuerte físicamente, sino por*

ser la única capaz de tejer redes de amor, empatía, memoria intergeneracional.

La *neotenia* significa que somos la única especie que puede dar amor toda la vida a sus hijos. El caballo nace y a los tres días ya está caminando y se está yendo. Esa crianza en comunidad es lo que hizo que nuestro cerebro y la corteza prefrontal se desarrollara, más allá que el 98% de nuestros genes son iguales al simio que nos echó de la jungla.



La inteligencia está relacionada con la capacidad de consenso. No es primariamente la capacidad de resolver problemas, sino de participar en la generación y la coordinación de conductas de convivencia. Esa es la inteligencia. Es generar acuerdos para poder convivir y salir de las ideologías, y darnos cuenta cuando tenemos ideologías que nos separan, y trabajarlas no quiere decir que yo no tengo la ideología, pero ya no me identifico con esa ideología. Me puedo sentar con cualquiera porque estamos en un encuentro. Lo más importante es el encuentro. Pero si la ideología es lo más importante, por más que una religión lo diga también, ahí ya me hace ruido algo. Y esto es de un libro muy lindo de Maturana, que se llama *El origen de la humanidad, la neurobiología del amor*. Está en inglés, pero se baja gratis en un PDF.



Llegará el día en que después de dominar el espacio, los vientos, las mareas y la gravedad, aprovecharemos las energías del amor. Y ese día, por segunda vez en la historia del mundo, habremos descubierto el fuego.

Yo creo que estamos ahí. Parece que no, pero siempre que hay una gran crisis en algún lado se está dando la luz, y que demos una charla de estas y que la podamos dar, y que tengamos evidencia científica de sabidurías antiguas para cruzarlas, y que cada vez estemos hablando más de metacognición como el nuevo nivel de conciencia es un enorme aliciente.

PREGUNTAS

1. ¿Un niño con autismo grado 3 entiende o no?, ¿tiene memoria? Por ejemplo, si deja de ver a un ser querido por un tiempo, ¿lo reconocería?

Sí, totalmente. Es una pregunta amplia, pero en primer lugar recomiendo ver el documental *La voz de Makayla* (disponible en Netflix, dura 25 minutos). Muchos niños clasificados como «grado 3» presentan lo que se denomina una apraxia o dispraxia profunda. Está apareciendo el fenómeno de lo que son los deletreadores. A veces a mayor gravedad más frustración, porque la comprensión está, pero la apraxia es una dispraxia ideacional, o sea, no está la idea para poder planificar, el cuerpo se mueve en ideas. La porción más chiquita de una idea que mueve un músculo se llama *meme*. Y lo que estamos entendiendo es que muchos chicos que reciben el diagnóstico de autismo en realidad tienen una dispraxia. Una apraxia es un trastorno de entender, pero no tener la idea para planificar la motricidad. Entonces aparece mucha conducta de descarga, y a veces cuanta más comprensión hay, más autoagresión o más conductas de impulsividad hay. Y hoy, cada vez aparecen más. Yo tengo chicos que están rindiendo el secundario que hasta hace tres años tenían retraso mental profundo y tenían autismo grado tres. Y hoy, a través de un sistema (hay varios nombres), el que está disponible acá se llama RPM. Hay una página de RPM en español (sin ñ en Instagram), pero esto es ver para creer. En el documental de *La voz de Makayla* vemos la experiencia de esta joven de quince años, hizo ella el guion del documental. Hay otro documental que se llama *La razón por la que salto*, también está el libro escrito por un niño japonés de catorce años que hoy tiene veinte o veintiún años. Todos son relatos escritos por la persona misma cuando empieza a poder tener una idea, que es un proceso de dos años, no es un sistema de comunicación y lenguaje, es un sistema de empezar a gestar ideas que permiten planificar y tener un lenguaje interno. Porque si yo no tengo pensamiento, no tengo lenguaje, estoy preso de mis instintos. Puedo ir a abrir un gabinete para sacar comida, tomar agua, porque eso es del cuerpo a la acción. Lo socioemocional necesita una idea. Entonces muchos chicos que diagnosticados hoy con autismo para mí, y no sé cuántos en el pasado, en realidad son apraxias y dispraxias. Entonces, si esa persona no tiene nada biomédico, se le realizó el chequeo, lo genético, la resonancia magnética, lo metabólico, lo neurometabólico y no aparece algo asociado, ahí se puede decir que existen grandes chances de que, por alguna razón se está generando una hipersensibilidad visual que, desde que nacen los chicos (y a veces si se encuentran con pantallas antes de tiempo), eso que quizá tenía una predisposición, se aumenta porque todo lo que entra por los ojos y los oídos necesita inmediatamente tener una acción para practicar la conexión entre el sentir y el hacer, (que antes llamaba el deseo(, o sea, tiene un querer ir a un lugar para experimentar el mundo. Y si yo recibo mucho placer por solo mirar un móvil, un ventilador de techo o una pantalla, no necesito el cuerpo porque tengo dopamina, que es autoestimulación sin sentido, es placer sin sentido, pero me quedo como en un estado meditativo, pero una etapa donde el cerebro está aprendiendo todo.

2. La esquizofrenia está más marcada por la apatía, no se aísla por sobrecarga sensorial, como en el autismo. ¿Se aísla porque no le interesa el otro?

Porque la experiencia interna de cada uno tiene que estar siempre abierta la pregunta, que yo no desarrollé algo, porque si yo pienso tiene anhedonia (falta de placer), tiene abulia (falta de voluntad), entonces yo dejo de hacer algo. En cambio, si a mí me da curiosidad, si realmente es eso o si se han restringido los intereses de esa persona, y yo voy a seguir tratando, lo voy a llevar acá o allá. Pero si yo te pongo el sello, ya voy a dejar de tratar. Obviamente está lo farmacológico también, que puede ayudar con la anhedonia y la abulia, pero yo me siento más cómodo porque siempre la responsabilidad la carga sobre el entorno. Y no le pongamos tan

rápido el sello. Obviamente hay un montón de situaciones en lo cotidiano que hacen difícil, pero a mí me da sentido y si algo me da sentido, eso es una lucecita. Hoy pasa lo mismo con las demencias. O sea, yo trabajo también con la otra punta y generalmente vemos a las personas con Alzheimer como lo que yo veo, y siempre hay una pequeña luz que me dice que está entendiendo y está sintiendo que se está desarmando pero no puede planificar, es como una apraxia. Entonces yo tengo que hablarte igual como te hablé siempre y te voy a hablar como te hablé siempre. Y yo creo que esa luz, igual que el bebé yo creo que en el jardín de infantes, necesitamos que las mejores docentes estén en los jardines maternales. Idealmente tendríamos que tener en los lugares donde cuidamos de las personas más gente que esté practicando su "A", su capacidad de conexión más alta. Para realmente descartar que esa abulia, esa anhedonia, no es un efecto propio de ese sello antes de tiempo, y que se retroalimenta. Y entonces la "A" para una persona con anhedonia es una persona que realmente está trabajando esos niveles de resonancia incondicional. Tenemos que volver y recordar siempre el experimento del arroz.

Y no culparse porque uno no llega a esto. Parece tan ideal que si no lo hago estoy haciendo algo mal. Mucha amabilidad con uno mismo y uno hace lo que puede con lo que tiene.

Contacto: IG @christianplebst

Para escuchar la charla visitar la página de YouTube:

https://www.youtube.com/watch?v=64YIXg6bwiM&t=4670s