

con > vivencias

Vivir con el autismo, una experiencia relacional

Guía para
cuidadores



Juan Larbán Vera

Octaedro 



SINOPSIS

Los trastornos del espectro autista se detectan, diagnostican y tratan en España muy tardíamente (entre los 4 y 5 años). Este hecho tiene graves consecuencias para el niño y su familia, ya que a partir de los tres años, que es cuando el trastorno se interioriza y empieza a formar parte de su personalidad, los tratamientos son más costosos, más intensivos y menos satisfactorios. Sin embargo, sabemos hoy día que la detección, el diagnóstico y el tratamiento del funcionamiento autista es posible en el primer año de vida del niño, lo que impide que se instale permanentemente en su psiquismo temprano. Para ello, habría que centrarse en el estudio de las alteraciones precoces de la interacción cuidador-bebé que dificultan o impiden el acceso de este último a la intersubjetividad, que es la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro, percibido como separado y diferente.

El autor adopta una perspectiva relacional para comprender el desarrollo humano y su psicopatología, reforzada por los recientes avances de las neurociencias, que muestran cómo lo ambiental y relacional contribuye al desarrollo psiquicocerebral, modificando y regulando los procesos geneticobiológicos del ser humano, abriéndonos un camino esperanzador hacia una comprensión integradora del autismo.

La lectura del libro será de gran utilidad para profesionales del ámbito sanitario, sociosanitario y educativo, así como para los padres y familiares de las personas afectadas por el autismo.

Vivir con el autismo,
una experiencia relacional

Juan Larbán Vera

Vivir con el autismo, una experiencia relacional

Guía para cuidadores

Colección Con vivencias

24. *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*

Primera edición en papel: noviembre de 2012

Primera edición: septiembre de 2013

© Juan Ángel Larbán Vera

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

Bailén, 5, pral. - 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02 - Fax: 93 231 18 68

www.octaedro.com - octaedro@octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

ISBN: 978-84-9921-420-7

Fotografía autor: Juan Ángel Larbán Vera

Diseño de la cubierta: Tomàs Capdevila

Diseño y producción: Editorial Octaedro



SUMARIO

Agradecimientos 7

Prólogo 9

Introducción 17

Primera parte: Desarrollo del psiquismo temprano 21

Segunda parte: Desarrollo del autismo temprano 145

Tercera parte: Detección, diagnóstico
y tratamiento del autismo temprano 211

Bibliografía 261

Sobre el autor 273

Índice 275



AGRADECIMIENTOS

Desearía expresar, a través de estas líneas, mi reconocimiento y gratitud a todos aquellos, presentes y ausentes, que directa o indirectamente me han ayudado a llegar a ser lo que soy, tanto en el plano personal como profesional. Espero que este aprendizaje existencial continúe mientras viva, y que de alguna manera se perpetúe, a través de la huella que haya ido dejando en mi familia, amigos, compañeros, pacientes y familias, de los que tanto he aprendido, la experiencia vivida en la interacción conmigo.

Quiero mencionar de forma especialmente afectuosa el apoyo emocional recibido tanto por mi esposa Manuela como por mi hijo Juanma. Aunque he estado casi siempre a su lado cuando me han necesitado y los he tenido muy presentes en mi corazón y pensamiento, no siempre he podido disfrutar con ellos de nuestra vida como hubiésemos deseado.

La transmisión de la experiencia relacional y profesional que voy a compartir con mis lectores en este libro no hubiese sido posible sin los momentos vividos y compartidos con los pacientes y familiares que he atendido, los tratamientos realizados por compañeros y equipos que he supervisado, en especial en ADISAMEF y APFEM, los espacios de formación e intercambio que representan para mí ASMI y SEPYPNA, así como lo que me han aportado las personas que he considerado mis maestros, en especial, Claude Miéville, mi amigo y mentor durante mi estancia y formación en Suiza.

De entre los compañeros y amigos, quiero destacar el importante papel que representa para mí la relación «fraternal» con Pascual Palau, y también, con Eulàlia Torras, a quienes les debo en gran parte, gracias a su apoyo y comprensión desde el inicio de este proyecto hace ya varios años, la superación de los momentos de desánimo y la continuidad del mismo.

Por último, agradecer la excelente acogida que me ha brindado la editorial Octaedro para la publicación de mi trabajo. Tanto Rosa Bertrán, coordinadora de publicaciones de dicha editorial como Juan León, su director, me han permitido, con su apoyo, darle el impulso final que necesitaba este proyecto para terminarlo.

A todos vosotros, y a mis futuros lectores, ¡gracias!



PRÓLOGO

DRA. EULÀLIA TORRAS DE BEÀ

Con este sugerente título, el Dr. Juan Larbán Vera nos ofrece un amplio y completo tratado sobre el autismo. En él, se aprecia desde el primer momento la importante experiencia clínica del autor, no solamente en relación al trastorno autista, sino a la psicología y psiquiatría de niños en general y, especialmente, a la evolución de los más pequeños, los bebés y sus dificultades, y los factores que la favorecen o la alteran.

Esta sólida experiencia del autor es, evidentemente, el producto de su amplia trayectoria profesional, a lo largo de la cual se ha formado y ha trabajado, no solo en distintos campos y en diversos cargos, sino también en instituciones de varios países entre las que destacan sus diez años de especialización en Suiza.

El libro, cuyo tema central es evidentemente el autismo, es un estudio exhaustivo de este problema y de los factores que pueden favorecer un desarrollo autístico y sus posibles desencadenantes o, por el contrario, los factores que pueden favorecer una evolución normal. También, del tipo de atención que necesita el niño que ha iniciado una evolución hacia el autismo establecido, para revertirla hacia un desarrollo normal.

Juan Larbán aborda la comprensión del funcionamiento autista «como una experiencia relacional compartida, que implica tanto a quien lo padece como a su cuidador». Así pues, nos sitúa enseguida en la perspectiva relacional e interactiva, y nos aclara, además, que se aleja de cualquier perspectiva me-

ramente instrumental que descuide la primacía de la interacción cuidador-cuidado. Puede decirse también que, sin estar siempre, naturalmente, de acuerdo con puntos de vista de autores psicoanalíticos, su posición teórica se sitúa en la vertiente psicodinámica y psicoanalítica de la comprensión del autismo. Además, se muestra en desacuerdo con los profesionales que, entre los factores causales del autismo, aceptan solamente los factores neurológicos, genéticos y hereditarios, pero niegan la vertiente relacional. Por su parte, en cambio, toma en consideración todos los factores de cualquier naturaleza que puedan influir, sea preparando el terreno, o empeorando el desarrollo del niño, o más concretamente, agravando su funcionamiento autístico.

Dado que el libro trata de forma exhaustiva no solamente del problema del autismo sino de todos aquellos aspectos relacionados, desde la evolución normal hasta el tratamiento o las acciones terapéuticas, me centraré en comentar algunos puntos, tratando de dar una idea de esta importante obra. No intentaré hacer una selección representativa ya que todo el contenido es importante. Por esta razón creo que cada lector decidirá la suya y seguro que todas serán acertadas.

Comenzaré refiriéndome a las causas. El autor señala que no hay causa única, ni genética ni ambiental, sino confluencia de factores de riesgo. Como factor importante se refiere a la experiencia de los duelos, con la lógica participación depresiva, sea normal, o se trate de un duelo patológico. En concreto, los duelos suelen producir una tendencia a encerrarse en sí mismo, y una disminución del interés y la disponibilidad para la relación con el entorno. En primer lugar el duelo por el hijo que los padres esperaban y no llegó. Se trata en realidad de una sucesión de duelos, presentes en la evolución y en las limitaciones y los logros del hijo real. En el libro, Juan da ideas para una atención cuidadosa a estos duelos como acción preventiva y curativa que evite el establecimiento de círculos viciosos. Más allá de este punto, la cuestión de las causas está tratada detalladamente, como acción preventiva del riesgo de una desviación autística.

Destaca el apartado dedicado a la vida intrauterina y a las investigaciones longitudinales de las últimas décadas, llevadas a cabo por ecografía. Estos estudios sugieren la existencia en el feto de una vida mental, que aunque sea rudimentaria, resulta influida por la atmósfera plácida o tensa en el útero, en la que inciden, entre otros factores, los estados emocionales de la madre, su estrés prolongado, en cuyo caso conducen a la liberación de cortisol. Todo esto sugiere como posible que ciertas formaciones psicopatológicas, incluido el autismo, puedan iniciarse, dice el autor, durante la vida fetal.

El autor explica también la influencia de la relación entre los padres y el hijo, cuya dinámica puede funcionar como una espiral interactiva que estimula el progreso en el niño, o bien conducir a circuitos cerrados que desembocan en desarrollos psicopatológicos, y entre ellos, el autismo.

Otro punto que el autor explica son las proyecciones y las identificaciones. Ambas influyen en la evolución, modificándola, y modificando la imagen que el niño tiene de sí mismo, y por tanto, su sentimiento de identidad. Así, el niño tiende a irse identificando con aquello que se le proyecta. Si su entorno, en especial los padres, tienen imágenes negativas de su hijo, serán estas las que llegarán al niño. Este irá identificándose con imágenes negativas de sí mismo lo cual determinará la autoestima, el sentimiento de capacidad o incapacidad, etc.

No es difícil imaginar, cuando las proyecciones que recibe el niño son habitualmente negativas, la interferencia que supone sobre su evolución, el desarrollo de capacidades y para su bienestar, sentimiento de ser bueno y estimable, que se puede convertir en todo lo contrario.

Ahora bien, a lo largo del libro, y en relación a diferentes situaciones clínicas, Larbán insiste en la importancia de la detección, del diagnóstico, y del tratamiento, realizados lo más precozmente posible, única posibilidad de que la recuperación pueda darse.

En relación a esto y desde muy al inicio de su estudio, el autor afirma que los trastornos del espectro autista se diagnostican y tratan muy tardíamente en España. Se refiere a que ha-

bitualmente no se suelen diagnosticar antes de los tres años, mientras que el riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista puede detectarse dentro del primer año de vida. Siendo así, este retraso es gravísimo, puesto que sabemos que con niños tan pequeños un año es muchísimo tiempo, y hacia los tres, el niño ya ha incorporado funcionamientos autísticos de forma permanente. La diferencia en posibilidades y en futuro, dice el autor, es muy importante, ya que además, con niños mayorcitos, los tratamientos son mucho más costosos en todos los sentidos, y los resultados menos satisfactorios.

En el texto queda claro que Juan Larbán no solamente constata un hecho lamentable, que requiere que se llame la atención a los responsables para que sea atendido, sino que manifiesta una de sus preocupaciones centrales: la prevención, es decir, cómo potenciar la detección y tratamientos tempranos adecuados para evitar evoluciones patológicas duraderas. Esta preocupación se comprende muy bien ya que, cualquier retraso en la detección, significa que niños que podrían ser diagnosticados y tratados en el primer año y hacer una buena evolución, no lo son hasta los tres años o más tarde, a pesar de que los padres pueden haber notado mucho antes que algo no iba bien. La forma como el autor lo expone, mostrando su importancia y sus consecuencias nefastas, deja muy claro que no se está refiriendo a cualquier retraso, sino a uno tan importante como para cambiar la vida del niño.

Me referiré ahora a la vertiente social de los problemas, también central en el especial interés profesional del Dr. Larbán. Se trata de su repercusión en los familiares y otras personas cercanas, a través de las cuales, si no se atiende adecuadamente al manejo del malestar y de las dinámicas negativas, se extiende el daño social. Juan, ha movilizado todos los recursos posibles a favor de una buena atención social. Coherente con estas inquietudes, en los últimos diecisiete años ha participado en la creación, organización, puesta en marcha, asesoramiento y supervisión, de dos instituciones: la Asociación Pitiusa (Ibiza y Formentera) de Personas y Familiares con Enfermedad Mental (APFEM) y de niños con autismo y otros trastornos del desa-

rollo, así como la Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera (ADISAMEF). Es Presidente de esta asociación desde 2008, año en que fue creada.

Se comprende muy bien la posición del autor y su preocupación por atender correctamente, y a tiempo, al desarrollo psicológico de la población infantil como forma de evitar evoluciones patológicas duraderas evitables, y de contribuir al bienestar de los niños y sus familias. Dentro de este grupo, debido a su fragilidad especial, es sobre todo importante, señala, atender tempranamente a los bebés y niños pequeños como grupo especial de riesgo.

En relación al tratamiento y a la importancia en la evolución del niño de las experiencias que vive, sobre todo en la relación con sus padres, el autor considera que a menudo el tratamiento más indicado y el que da mejores resultados es la psicoterapia padres-bebé, facilitando un cambio del estilo interactivo que puede estar alimentando el funcionamiento autístico del bebé. Además de esta orientación, Juan Larbán expone unas ideas generales de actuación terapéutica correcta. Se trata de tres principios: «la importancia del deseo del otro», entiendo que como estímulo del deseo del niño. En segundo lugar, «la necesidad de respetar los temores del niño», y añade, «pero sin hacernos cómplices de ellos», lo que significaría sin dejarnos intimidar y paralizar por los temores del niño, lo que nos llevaría a la paralización de nuestra tarea terapéutica, y tercero: «la necesidad de interesarnos por los intereses del niño antes de pretender que él se interese por los nuestros». Me parecen muy sugerentes y acertados los tres puntos indicados, y en cuanto al tercero, me ha recordado las veces en que estando en función de terapeuta este principio parecería más difícil de comprender que cuando lo observamos desde fuera. No es excepcional que, en la función de terapeuta, esperemos que el niño se interese por nosotros, por lo que le ofrecemos, por el tratamiento, racionalizando que este está organizado para él, para su beneficio, y que su falta de interés nos aparezca como no colaboración o como una reacción negativa del niño, sin percatarnos, por lo menos en ese momento, de que el niño puede estar sintiéndolo.

nos hacia él del mismo modo que lo sentimos hacia nosotros, es decir, con poco interés por lo que a él le interesa.

Me parece muy válido el siguiente punto que el autor subraya en relación a la actuación terapéutica: la importancia de la articulación o coordinación adecuada entre las distintas ayudas terapéuticas, cuando son necesarias varias de ellas. Sugiere la necesidad de que el profesional adecuadamente formado, que tenga un vínculo duradero de confianza con el niño y la familia, debería ejercer una función de referente para los profesionales e instituciones implicados, para evitar la fragmentación, la descoordinación y la discontinuidad relacional y de cuidados, que pueden conducir a que la evolución patológica tienda a agravarse y cronificarse. Se comprende perfectamente la importancia y la necesidad de un trabajo terapéutico bien coordinado e integrado.

En relación a la coordinación, insiste en la importancia de trabajar bien las transiciones entre una actividad y la siguiente, entre un sistema de cuidados y otro, como forma de no caer en la disociación y la fragmentación cronificante, y de mantener la cohesión y la coherencia terapéuticas.

Para terminar, deseo decir que se trata de un libro agradable de leer, atractivo, y diría que ameno, no solamente por la forma natural y directa de escribir del autor, lo cual da un tono vivo a la exposición, sino que en los momentos oportunos intercala viñetas clínicas ilustrativas, alternadas con la presentación de herramientas y escalas de evaluación, útiles para la exploración y el diagnóstico, que generalmente resultan interesantes. También relata experiencias de investigación y lo que significan como aportación a la clínica, y además, estudios conceptuales o clínicos de autores que se articulan con la experiencia personal del autor. Por otra parte, cuando cita a un autor, sea de este país o de otro, suele hacerlo situándolo en su contexto profesional y científico, lo cual es muy orientador para situarse en el panorama científico actual y de las últimas décadas, y entender mejor la forma como evolucionan los estudios, la investigación y los avances científicos. Esta variedad de fuentes y de modos de información, proporciona riqueza y frescura al es-

crito. Además, cuando expone concepciones teóricas, tuyas o valoradas por él, debido a su articulación con la clínica, lo hace de manera que su valoración resulte comprensible.

El libro está organizado de forma muy didáctica. Lo divide en tres partes: en la primera describe el desarrollo y la progresiva estructuración del psiquismo temprano, en forma de recorrido muy completo por los diferentes aspectos de la evolución psíquica normal. Sobre esta «plantilla», en la segunda parte se ocupa de la desviación psicopatológica que es el autismo y se centra especialmente en el autismo temprano (primer año de vida). Termina explicando las intervenciones tempranas y su enorme importancia tanto en la detección, como en el diagnóstico y el tratamiento.

Este libro será de gran utilidad a todos aquellos profesionales con experiencia que deseen reciclarse en estos conocimientos y ponerlos al día. También, para profesionales jóvenes o que recientemente han tomado contacto con este campo, y para educadores especializados o maestros, así como educadores infantiles, que pueden tener niños con un desarrollo autístico en su aula. Puede ser, también, un libro muy útil para los padres y familiares de las personas afectadas por autismo ya que el autor ha pensado, a la hora de escribirlo, tanto en los cuidadores profesionales como en los cuidadores familiares. En el libro encontrarán una exposición, creo que puedo decir exhaustiva, sobre esta área. Pienso que muchos otros profesionales pueden también beneficiarse de la lectura de este libro.

Por mi parte, muchos puntos del libro van a quedar sin comentar, lo cual es una lástima, dado que todos son importantes, como también lo es la forma como están desarrollados. De todos modos es evidente que ningún relato, por acertado que fuera, podría substituir la lectura del libro. Por eso, como final, deseo felicitar a Juan y desearle todo el éxito que merece, así como desear al lector que disfrute de la lectura de este libro tan sugerente, tanto como yo la he disfrutado.

INTRODUCCIÓN

Como sugiere el título de este trabajo, he intentado abordar la comprensión del funcionamiento autista de la persona que padece de autismo o de trastornos del espectro autista, como una experiencia relacional compartida que implica tanto a quien lo padece como a su cuidador. Me alejo intencionadamente, con este enfoque, de una perspectiva meramente instrumental que descuide la primacía de la interacción cuidador-cuidado dentro del sistema de cuidados. A lo largo del recorrido, que espero hacer con el lector, intentaré acercarlo a una forma de comprender y abordar el desarrollo del psiquismo y del autismo temprano desde una perspectiva relacional e interactiva.

Para comprender la desviación psicopatológica temprana que padece el niño (genérico en este texto) con funcionamiento autista, hace falta primero comprender cómo se va desarrollando su psiquismo temprano, tanto en sus aspectos genético-neurobiológicos como psicosociales, en estrecha interacción entre ambos, y con su entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social). Por eso he dividido este trabajo en tres partes; en la primera se aborda el desarrollo del psiquismo temprano, en la segunda, el desarrollo del autismo temprano y en la tercera, las intervenciones tempranas, la detección, el diagnóstico, y el tratamiento.

Los trastornos del espectro autista se detectan, diagnostican y tratan en España muy tardíamente. Este hecho tiene graves consecuencias para el niño y su familia ya que a partir de los

tres años, que es cuando el trastorno se interioriza y empieza a formar parte de su personalidad, los tratamientos son más costosos, más intensivos, y menos satisfactorios. La detección temprana del riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista sería posible en el primer año de vida si además de los signos de alarma (fluctuantes) presentes en el niño, incluyéramos los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su cuidador, y sobre todo, el estilo interactivo que se va estableciendo entre ambos, evaluados a los tres, seis, y doce meses del continuo evolutivo de dicha interacción.

Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé, así como la instalación en su psiquismo, tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción cuidador-bebé que dificultan, o impiden, el acceso de este último a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial que le llega por diferentes canales sensoriales para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como las perturbaciones interactivas que dificultan o impiden el acceso del bebé a la intersubjetividad, que es la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro, percibido como separado y diferente.

Si abordamos el autismo desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas del trastorno autista, que clásicamente se reagrupan –en los niños mayores y en los adultos– en la llamada «triada de Wing» (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora), es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que, desarrollándose desde los primeros meses de vida, se podría detectar, diagnosticar y tratar en el primer año de vida del niño (Acquarone, 2006; Houzel, 1993; Larbán, 2008; Maestro, Muratori, *et al.*, 2001, 2002, 2005; Muratori, 2008, 2009, 2012; Palau, 2010; Palomo, 2006; Volkmar y Pauls, 2003; Zwaigenbaum, 2005). Según el modo relacional de comprender el autismo (que va más allá del modelo defici-

tario-cerebral imperante hoy día, que requiere para su tratamiento medidas instrumentales frecuentemente no relacionales que se podrían llamar ortopédicas por la utilización que se hace de ellas, que en ciertos casos permiten un avance en la sintomatología del niño afectado pero sin resolver nada de lo que concierne a su psicopatología autística que, como veremos, es fundamentalmente de base relacional), las intervenciones terapeuticoeducativas más tardías –que se corresponderían con medidas de prevención terciaria, es decir, tratamiento para evitar la cronificación y rehabilitación de los déficits que se desarrollan como secuelas del funcionamiento autista– sean de tipo logopédico, psicomotor, psicoeducativo o psicofarmacológico, tendrían que coordinarse, integrarse, y sobre todo, supereditarse a una dinámica relacional, privilegiando las interacciones emocionales y lúdicas, contando con la participación activa de los padres en el tratamiento, así como de todos aquellos profesionales que forman el entorno cuidador del niño.

Para facilitar una evolución favorable sería necesario que el profesional adecuadamente formado, que tenga un vínculo duradero de confianza con el niño y la familia, se constituya en un referente tanto para los padres y el niño, como para los profesionales e instituciones implicados. Se evitaría así la fragmentación, la descoordinación y la discontinuidad de cuidados, elementos agravantes y cronificadores de una evolución que frecuentemente tiene tendencia a cronificarse.

Por eso es muy importante trabajar adecuadamente con estos niños y adultos las transiciones de una actividad a otra, de un sistema de cuidados a otro, y también, las ausencias, para ayudarles a interiorizar el sentido de continuidad existencial dentro de la discontinuidad relacional que la realidad de la vida nos impone, tal y como nos muestra muy acertadamente la Dra. Viloca en su libro *El niño autista*, publicado en 2003 (Viloca, 2003).

Los centros terapeuticoeducativos de día, así como los centros de rehabilitación psicosocial de día, a tiempo completo o parcial, han demostrado ser un dispositivo intermedio –entre la hospitalización y la atención ambulatoria– que puede pro-

porcionar buenos resultados cuando el equipo terapeuticoeducativo está adecuada y específicamente formado, coordinado, y además, preparado para trabajar en la red asistencial comunitaria de salud mental, en los casos en que los trastornos son más severos y se hace muy difícil o imposible la integración escolar y social del niño, así como la integración social y laboral del adulto que los padece.

Es fundamental el deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño o, en un sentido amplio, con la persona que presenta un funcionamiento defensivo autístico, comprendiendo y respetando sus temores pero sin ser cómplice de ellos, ajustándose a la evolución de sus defensas, buscando la forma de interesarlo en lo que le proponemos, y siempre teniendo más en cuenta los intereses de él que los nuestros. Esta actitud facilita la interacción y permite el establecimiento de una rudimentaria alianza terapéutica que es la base en la que se apoya todo progreso terapéutico y educativo del niño-adulto, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de ayuda y de crianza.

Las asociaciones de familiares de personas con autismo representan también un recurso asistencial de primer orden ya que, además de ofrecer muchas de ellas servicios inexistentes en la red pública de atención a la salud mental, permiten, mediante la integración grupal con otras familias, con otros padres que comparten una problemática similar, una mejor integración social, una mayor calidad de vida, y una evolución más favorable para ellos y para sus hijos.



PRIMERA PARTE

Desarrollo del psiquismo temprano

➤ El hijo en el deseo de los padres

El ser humano está inserto en las mallas de la filiación, lo que hace que el hijo se inscriba en una cadena de deseos, fantasmas y mitos. Los padres transmiten no solamente un capital genético sino también una herencia cultural.

El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad parece siempre diferente con respecto al que hemos fantaseado consciente o inconscientemente.

No resulta difícil renunciar a un sueño cuando la realidad es tan atractiva y deslumbrante como un bebé «normal». El enamoramiento con ese pequeño ser que día a día sorprende con sus avances, es muy poderoso. Ver cómo se agarra al pecho (y a la madre) que lo alimenta en cuerpo y alma, que se calma cuando es arrullado, que busca a su cuidador significativo porque es lo más importante en su vida, constituyen experiencias intransferibles que funcionan como estructurantes de un vínculo –el vínculo de apego– que será indestructible.

Pero muchos padres, llegado el momento, no pasan por esas agradables experiencias, aunque tuvieron los mismos planes, las mismas ilusiones y el mismo amor por la llegada de un hijo. Sintieron la misma alegría que todos con su nacimiento, cuando nada en su aspecto anunciaba problemas, sin embargo, el bebé comenzó a no responder a las expectativas. Algunos bebés, ya tempranamente pudieron dar señales de que algo diferente pasaba, pues eran hipotónicos o no respondían al sonido ni a las formas

de la manera esperada. Otros parecían desarrollarse normalmente hasta que ciertos signos de alarma aparecieron: no sonreían o no reclamaban la presencia de la madre. Esta falta de respuesta social del bebé es un signo particularmente doloroso para los padres, que fácilmente se malinterpreta como un rechazo hacia ellos y puede acarrear los cuestionamientos: «¿No soy una buena madre para él?» o «¿Qué estamos haciendo mal?»

Pero este es solo el comienzo de un largo camino que recorrerán acompañados por la duda y la preocupación, aunque quizás se aliviarán, parcial y transitoriamente, en escasos periodos de entusiasmo, consecuencia de algún logro hecho por el niño, o simplemente producto de una fuerte negación de la evidencia. Es probable que este sube y baja emocional, esta verdadera montaña rusa de ilusión-desilusión se repita muchas veces a lo largo del proceso.

Esta reproducción parcial del texto de Miguel A. Cherro (psicoterapeuta psicoanalítico y profesor en la Universidad Católica de Uruguay) y Natalia Trenchi (psiquiatra de niños y adolescentes, psicoterapeuta cognitivoconductual) la he transcrito tal y como aparece en uno de sus artículos publicado en la revista *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, de la Fundación Orienta de Barcelona, con el título «El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista», porque me parece lleno de sensibilidad y empatía, así como de comprensión por el largo y doloroso camino que supone el proceso de duelo que tienen que recorrer los padres con un hijo del que se empieza a sospechar un posible funcionamiento autista (Cherro y Trenchi, 2007).

La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases de desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona, en cierta medida, el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres, y también, el desarrollo del embarazo y del parto, así como de las primeras relaciones madre-hijo, padre-hijo, y padres-hijo.

Para ser padres, padres responsables, no basta con tener hijos. Ser padres, es un proceso evolutivo y dinámico, alimentado

por el deseo y la necesidad de desarrollar la función parental de cuidar que requiere la crianza del hijo, indispensable para su supervivencia y desarrollo. Dicha función parental, tanto materna como paterna, es un proceso de aprendizaje continuo en el que el camino se hace al andar y que, como la vida misma, solo se termina con la muerte.

Los padres «hacen» al hijo con lo que tienen; las identificaciones primarias y secundarias, conscientes e inconscientes, tanto hacia lo maternal y femenino como hacia lo paternal y masculino, presentes en el mundo psíquico interno de ambos padres fruto de su experiencia vivida a lo largo de su vida, y sobre todo durante su infancia.

Las circunstancias internas y externas son siempre diferentes con cada hijo. Esto hace que con cada uno de nuestros hijos seamos padres diferentes. A su vez, cada hijo es diferente para los padres, no solamente por lo que puede despertar en ellos como personas, como pareja y como padres, sino también por su «capital» biopsicosocial constitucional, su temperamento, el potencial de sus competencias, y su vulnerabilidad. «Capital» del bebé que modula la investidura de los padres hacia él, y también, el modo de relación con ellos y viceversa. En cierta medida, aunque de forma asimétrica, el hijo también «hace» a los padres.

Podemos ver las relaciones precoces padres-bebé como un proceso interactivo, de relación y comunicación, recíproco y asimétrico que, mediante su sincronización y regulación progresivas, crea y desarrolla un área de mutualidad psíquica compartida que puede desembocar en una espiral interactiva de alto potencial evolutivo o en una serie de círculos cerrados, generadores de trastornos precoces en la relación padres-hijo y también en el niño. Situación que, caso de perdurar, corre el grave riesgo de cronificarse y de constituir núcleos defensivos y patológicos en el niño y, posteriormente, también en su vida de adulto.

Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad. En el proceso de filiación que supone el hecho de ser padres, los hijos también se inscriben en un proceso interactivo

similar, proceso que les lleva a ser hijos, más allá del hecho de tener padres.

Ser padres supone asumir que uno se inscribe en un proceso de filiación, es decir, la reactivación de una doble identificación presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener (Larbán, 2006).

La reactivación de las identificaciones parentales se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada (tríada = relación a tres) y a la imagen de la función materna y paterna también interiorizadas (díadas = relación a dos).

Ser padres es también asumir que nuestro hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas parentales (expectativas, deseos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes), que el bebé despierta en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con ellos.

Proyecciones con las que el bebé se va identificando, interiorizándolas, y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones que nacen de la empatía de los padres hacia su bebé que, si son realistas, conllevan la anticipación creadora de los progresos que va realizando el hijo y que, a su vez, posibilitan el desarrollo sano del bebé. Pero también, proyecciones conflictivas y más o menos patológicas, que no tienen en cuenta suficientemente al hijo real, y que limitan su potencial de desarrollo.

Podemos distinguir cuatro etapas en la génesis de la maternidad:

1. Constitución de lo maternal, durante las primeras relaciones de la futura madre y del futuro padre con su propia madre.
2. La etapa de separación, en la que el niño aprende a hacerse progresivamente autónomo.

3. La etapa de autoatribución de la función materna y paterna, en la que la niña y el niño reproducen con sus juguetes y sus juegos, solos o con sus camaradas, las actitudes de su madre y de su padre.
4. En el transcurso de su desarrollo, la presencia del padre confirma a la hija la capacidad de ser madre y al hijo la capacidad de ser padre.

Como vemos, la constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. Esas identificaciones, así como las experiencias de amor-odio y también de deseo, que se viven y aprenden en el seno de la familia de origen, serían, pues, los elementos fundadores de la futura familia de los hijos.

➤ La prevención antes del parto

Con respecto a la triangulación relacional padres-bebé, cabe destacar el importante trabajo de investigación –efectuado para aclarar el origen de la comunicación en la familia– llevado a cabo por la psicóloga y psicoterapeuta familiar Elisabeth Fivaz-Dupeursinge. Su labor, desarrollada con la colaboración de Antoinette Corboz-Warney, une la investigación con la clínica, al mismo tiempo que ambas son objeto de formación. Sus trabajos tratan, sobre todo, del estudio de las interacciones entre padres y bebés con el objetivo de poner de relieve el nacimiento de la comunicación familiar, sus prerequisites, sus desviaciones, sus riquezas y sus trastornos.

Una situación de observación, el *Lausanne Trilogue Play*, así como un modelo teórico, son los frutos más conocidos descritos en su libro publicado en 1999 con el título *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé* («El triángulo primario. El padre, la madre y el bebé»). El LTP, o «juego triádico», abre un nuevo modo de reflexión muy fecundo mostrando la dialéctica existente entre, por un lado, el hecho de que padres e hijo son un conjunto de tres y, por otro, la posibilidad para el niño de tomar conciencia de la singularidad de sus dos compañeros relacionales (los padres) así como de la realidad de su existencia personal como individuo separado (Fivaz-Depeursinge y Corboz-Warney, 1999, 2001).

Nada mejor que la transcripción, traducida del texto en francés, de la descripción de este método de investigación, en palabras de una de sus creadoras, Elisabeth Fivaz:

Para estudiar la comunicación intersubjetiva, pedimos a las familias que jueguen juntos, es decir, les pedimos que compartan un momento de placer a tres, o a varios, como ocurre en su familia. Esto ocurre en una situación de observación llamada «le jeu du trilogue de Lausanne», en castellano, «el juego triádico de Lausanne» (abreviado LTP, para Lausanne Trilogue Play en inglés).

Para ver a todos los componentes de la familia de frente, filmamos con dos cámaras de vídeo, la una centrada sobre los padres, y la otra centrada sobre el niño. La imagen del niño es incluida en espejo dentro de la de los padres. Hay cuatro contextos en los cuales un trío puede interactuar a tres. Por ello, el LTP se desarrolla en cuatro partes:

1. Uno de los padres, en este caso la madre, juega con el niño mientras que el otro, el padre, queda en la posición de tercero observador, sin intervenir.
2. Los padres cambian de posición, de rol.
3. Los dos padres juegan con el niño.
4. Los dos padres hablan juntos y es el turno del niño de ocupar el lugar del tercero.

Con niños de 3-4 años, utilizamos el LTP narrativo. En esta situación, pedimos a los padres que ayuden a su hijo a contar una historia con la ayuda de pequeños muñecos. Por ejemplo: los padres se van solos de fin de semana y el hijo es cuidado por otras personas. A esta edad, la comunicación de la experiencia vivida puede expresarse en parte con palabras. Quedará, sin embargo, arraigada para siempre en el vasto universo de la comunicación implícita, no verbal, y afectiva, sin la cual no habría intersubjetividad. (Fivaz-Depeursinge, 2005).

Los resultados de sus estudios muestran que cuanto más coordinada y cálida es la comunicación entre los padres con respecto al bebé, mejor se desarrollan las capacidades de triangulación del niño.

Se ha visto también que esta comunicación entre los padres se prepara activamente durante el embarazo. Esto se ha obser-

vado mediante una versión modificada del LTP en la que los padres juegan, mediante la ayuda de un muñeco, su primer encuentro con su hijo recién nacido. Esta situación pone en juego la capacidad de los padres de imaginar y plasmar en actos su relación triangular con el bebé que está por nacer, al mismo tiempo que muestra su comunicación intersubjetiva nascente con él. Los resultados muestran que, ya durante el embarazo, las madres y los padres activan de forma intuitiva las conductas parentales que posteriormente efectuarán con su hijo real. La calidad de su cooperación para realizar este juego de roles, la expresión de afecto mutuo y hacia el hijo imaginado, están muy relacionados con la riqueza y el tono afectivo de las interacciones triangulares del bebé con ellos después del nacimiento. Conviene pues remontar al menos hasta el embarazo, para comprender el desarrollo de la comunicación intersubjetiva en el triángulo primario de la familia (Fivaz-Depeursinge, 2005).

Como vemos, este método de investigación puede ser utilizado como una excelente herramienta de prevención en el periodo antenatal.

El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales, a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente. Forma parte de la realización de la familia y de la estructura emocional que la constituye. Puede enmascarar además otros deseos; por ejemplo, el de comprobar su fecundidad y para ello quedarse embarazada, o provocar un embarazo «no deseado». Puede ser, también, la expresión del deseo de encontrarse con su propia infancia.

En la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia, sería muy importante tener en cuenta todo esto que he comentado, y evitar caer en la trampa de confundir la información con la formación, así como con la prevención.

En el análisis consciente, y sobre todo inconsciente, del deseo de quedarse embarazada, de tener un hijo, y del origen de la maternidad, así como de la paternidad, se pueden encontrar factores de riesgo evolutivo patológico y, en cierta forma, indicadores predictivos sobre el desarrollo del embarazo, del parto, y de las primeras relaciones madre-hijo, o padres-hijo.

➤ El desarrollo prenatal del bebé: vida intrauterina

Estudios recientes efectuados mediante la ecografía han hecho posible la observación del feto en su ambiente uterino sin ser molestado, tal y como nos muestra la investigación llevada a cabo por Alexandra Piontelli, psiquiatra y psicoterapeuta infantil, profesora de la Universidad de Turín en Italia. Experiencia que ha quedado reflejada en su libro, publicado en 2002, titulado *Del feto al niño* (Piontelli, 2002).

Estos estudios han permitido realizar una investigación longitudinal de la evolución intrauterina y postnatal de un número determinado de niños. La información recogida, basada en las experiencias sensoriales y motrices del feto, y su comprensión desde una perspectiva interactiva, permiten pensar que es posible la existencia en el feto de una rudimentaria vida mental antes de su nacimiento. Parece entonces posible que ciertas formaciones psicopatológicas (incluido el autismo) con sus correspondientes mecanismos de defensa puedan comenzar a desarrollarse en el feto.

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración, que conllevan una situación de estrés crónico para la madre con sobre-estimulación de sus glándulas suprarrenales y liberación de cortisol, que le llega al feto atravesando la barrera placentaria. De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entor-

no más próximo. El embarazo en sí mismo no es una enfermedad, pero sí un estado «especial» de la madre que requiere de «cuidados especiales» por parte de su entorno.

Las investigaciones neurobiológicas y neurofisiológicas que se están desarrollando en la última década muestran la influencia e importancia del estado emocional de la madre durante el embarazo y su repercusión sobre el desarrollo de su bebé, incluso dentro del útero. Los estados de ansiedad y estrés crónicos, es decir, duraderos, vividos por la madre sin la ayuda adecuada, no solamente les afectan a ella y a su bebé psíquicamente, sino también físicamente. Los altos niveles de cortisol (llamada la hormona del estrés) que superan el filtro placentario y le llegan al feto, lo colocan en una situación de riesgo para su adecuada evolución, tanto en el plano de la maduración orgánica como de su desarrollo psíquico. El efecto que tiene la respuesta al estrés en el organismo ante los elementos estresantes es profundo: se produce un predominio del funcionamiento del sistema nervioso simpático (activador), a costa del sistema nervioso parasimpático (frenador), con reacciones como vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, etc. con liberación de hormonas de las glándulas suprarrenales como la adrenalina y noradrenalina, el cortisol, y también, aumento en sangre de la glucosa, factores de coagulación, aminoácidos libres y factores inmunológicos, preparando así nuestro organismo para el ataque o para la huida.

En el primer trimestre, la estructuración y desarrollo cerebral del embrión puede verse afectada ya que es en este periodo del embarazo cuando se produce el desarrollo y diferenciación de las células madre cerebrales, así como su migración y ubicación definitiva. También se ha podido establecer una relación entre las dificultades de regulación de la ansiedad, las dificultades de aprendizaje y los trastornos conductuales presentes en el niño, con los altos niveles de cortisol presentes en el feto durante las últimas semanas de vida intrauterina. No olvidemos que lo que hoy día llamamos trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, TDAH, y TDA, tiene que ver con un problema de autorregulación y de regulación del nivel de ex-

citación y ansiedad en el niño, en su entorno, y en la interacción entre ambos. Existe una autonomía relativa del cerebro fetal en su desarrollo por medio de su actividad eléctrica rítmica, perceptible desde la duodécima semana de gestación, que organiza las conexiones neuronales y juega un papel esencial en la migración neuronal. Así, el cerebro comienza a funcionar bien antes de haber terminado su construcción. El mismo proceso que conecta el cerebro fetal conduce a la explosión del aprendizaje tras el nacimiento. Dos de los genes implicados en la actividad eléctrica de las neuronas son idénticos a los que otros estudios han ligado al aprendizaje y a la memoria; así, los fragmentos de ADN que el embrión utiliza para construir su cerebro son los mismos que permitirán más tarde al organismo adulto tratar y almacenar las informaciones nuevas.

➤ **Padres-hijo durante el embarazo**

Cuando no existe verdaderamente el deseo de tener un hijo, sino solo el deseo de quedarse embarazada, este corresponde más bien a una fantasía de necesidad de plenitud y de verificación del buen funcionamiento del aparato reproductor. Sería, pues, un deseo de tipo narcisista en el que se buscaría acabar de sentirse mujer o sentirse completa como mujer. Teniendo un hijo, la mujer se identifica con su propia madre, llega a serlo, y la prolonga.

El embarazo provoca en el plano emocional cambios radicales en la futura madre y en el futuro padre que se corresponderían con una crisis de identidad. Abstracciones como fertilidad, realización de sí mismo y duelo se hacen nociones más «encarnadas», más inmediatas y personales.

A pesar del acompañamiento familiar (sobre todo del marido) y de la preparación al parto que se suele realizar durante el embarazo, la madre suele vivir toda una serie de amenazas sobre su propio cuerpo (deformaciones, sobrepeso, senos deformados, estrías) que la llevan a sentir un profundo miedo de sentirse pesada, estropeada y desvalorizada ante sus propios ojos y los de los demás. La crisis de identidad durante el embarazo desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad importante, dejando de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen.

Estos miedos se atenúan y compensan por la vivencia narcisista de «completarse» que experimenta la madre al estar embarazada y por los cuidados especiales que necesita la regresión transitoria y parcial que la madre suele vivir a través de la identificación que hace con el fruto de su vientre, es decir, con su futuro hijo. El acceso a nuevas funciones y «roles» tanto familiares como sociales valorizan y compensan de todos estos temores a la futura madre y al futuro padre.

El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma y, posteriormente, separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo, intensamente vivida en el segundo trimestre, y el duelo y la separación que serían por anticipación, vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada.

Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura, además de sentirse cuidada por la familia, el marido, y el sistema sociosanitario.

La situación de crisis, por lo que conlleva de sufrimiento, de vulnerabilidad (brecha en el sistema defensivo), de desequilibrio, y de necesidad de adaptación a un proceso de cambio, es un momento evolutivo de transición y de riesgo que puede ser fecundo y madurativo, pero también, generador de patología. La persona en crisis, en este caso los padres, y sobre todo la madre, suelen estar muy receptivos ante la necesidad de cuidados, de ayuda, y de cambio.

En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre, de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación de la pareja, proporciona elementos nuevos de cuidados que eviten o

contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre.

Los futuros padres se hacen padres con el patrimonio y capital de recursos y competencias que han adquirido en su propia familia y en su relación con los otros a lo largo de su vida. También llevan consigo, en relación con su propia biografía, un mayor o menor grado de vulnerabilidad ante los elementos estresantes (situaciones existenciales de cambio) y un mayor o menor nivel de riesgo patógeno, en función de las separaciones, pérdidas y duelos que les haya tocado vivir, y sobre todo, por la forma en que los han vivido.

Llamamos duelo al proceso de sufrimiento y de trabajo psíquico que realiza el ser humano para adaptarse e integrar el cambio que supone una pérdida psicológicamente valiosa e importante para él. Puede tener las mismas características que una reacción depresiva o estado depresivo tras una separación o pérdida, pero sin la hemorragia de autoestima y deterioro de la propia imagen que se da en las depresiones. Depresiones que, por definición, son trastornos afectivos que afectan al estado de ánimo y al funcionamiento psíquico del sujeto que las padece.

El duelo (proceso normal) como reacción a la separación y pérdida que supone el parto, o la pérdida de un ser querido, así como la depresión y otras reacciones patológicas tras el parto, tanto en la madre como en el padre, representan una situación difícil y de riesgo patógeno, no solo para la madre, sino también para la relación temprana madre-hijo y para el propio hijo.

Respecto a la maternidad, Daniel Stern ha escrito un interesante libro titulado *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*, en el que el autor nos proporciona una visión profunda y apasionada de la vida emocional y mental de las madres recientes o futuras. Realiza, además, una descripción global y detallada no solo del proceso con el que cualquier madre deberá enfrentarse, sino también de lo que debe hacerse cuando las cosas no van tan bien como se esperaba. Además, los padres también pueden aprender de este libro (Stern, 1999).

La prevención después del parto

Si, como ya hemos visto, la prevención prenatal –que sería una intervención de prevención primaria, evitando la aparición de una patología determinada– es muy importante, no lo es menos la prevención postnatal, situada en la intersección entre la prevención primaria y la secundaria, evitando la instalación de determinados trastornos o enfermedades en el sujeto que las padece.

El ritual y síndrome de «la covada»

En las sociedades primitivas, los rituales de «paso» o de transición, en situaciones de cambio y de crisis, ayudaban socialmente a la persona que los vivía y a su familia, evitando sufrimiento, trastornos, y enfermedades. Hoy día, en nuestra civilización y cultura, apenas contamos con rituales que, por su alto valor simbólico (lo investido lo es no solamente por lo que es, sino sobre todo por lo que representa), nos ayuden a superar las pruebas y desafíos que nos suponen tanto nuestra propia evolución, como la vida misma. Uno de los pocos que nos quedan sería, desde mi punto de vista, el de obtener mediante examen el permiso de conducir, con lo que ello representa de «prueba» de paso de la adolescencia a la edad adulta.

En este sentido, antiguamente se practicaban rituales que hoy día se conocen con el nombre de «ritual de la covada», de «incubar», con su correspondiente manifestación psicopatoló-

gica llamada «síndrome de la covada». Estos rituales estaban destinados a integrar activamente al padre en el proceso de parentalización desde el embarazo de su pareja, haciéndole someterse, por ejemplo, a ciertos tabúes como el de no comer carne, o el de no ir de caza. Con ello se conseguía un refuerzo de la identificación a lo maternal en cuanto a los cuidados que requiere el embarazo y también la madre, conteniendo a su vez los posibles sentimientos de hostilidad del padre dirigidos hacia la pareja y futuro hijo, que pueden acompañar vivencias de celos, envidia o rivalidad.

Tras el parto, se hacía participar activamente al padre en el proceso de «dar vida» a su hijo; por ejemplo, soplando de forma ritual y simbólica sobre los órganos de los sentidos del recién nacido, o también, el ritual por parte del padre de meterse en la cama durante un tiempo, para recibir las felicitaciones de familiares y amigos. Esta necesidad de reconocimiento social es válida también para la madre, que muchas veces pasa a segundo plano cuando familiares y amigos acuden a ver al hijo recién nacido.

Hoy día, lo que se considera que es la preparación al parto, tanto de las primíparas (primera vez) como de las múltiparas (más de un parto) podría ser interpretado y practicado no solamente en su vertiente informativa sino como una situación que requiere de un apoyo psicoemocional que facilite a los padres la integración de roles y funciones parentales, tal y como se da en los rituales de paso que hemos comentado. La participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto, que normalmente realizan las enfermeras especializadas llamadas comadronas, es un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la aparición de patología tanto en la madre como en el padre, y en el hijo.

En el padre, que también tiene que vivir su propio proceso de duelo, pueden aparecer reacciones depresivas más o menos duraderas, a veces camufladas por mecanismos de defensa como la actuación y las conductas de evitación. Por ejemplo, padres que desarrollan conductas adictivas y que en el mejor de los casos se vuelcan en el trabajo, en lugar de estar más pre-

sentes en casa, que es lo que verdaderamente necesitan la madre y el hijo.

Tras la salida del hospital, el regreso al hogar es un momento crítico para la madre y el bebé si no cuentan con el apoyo y ayuda adecuados por parte de la familia, y sobre todo del padre.

El padre, si a su vez no tiene el apoyo y ayuda necesarios y adecuados, si se encuentra en situación de crisis, de vulnerabilidad y de riesgo, puede desarrollar trastornos psicosomáticos y psíquicos que pueden ir desde un parto simbólico, como sería la expulsión de cálculos renales, hasta desarrollar una patología adictiva o delirante, en los casos más graves.

Tanto en el padre como en la madre, el riesgo de enfermar o descompensarse psíquicamente es mayor tras el parto y en los primeros meses de interacción padres-hijos, que durante el embarazo.

La madre puede también presentar trastornos psicoafectivos que van desde el duelo posparto, también llamado «blues» o depresión normal que sigue al alumbramiento, hasta una depresión psicótica, con síntomas confusionales, alucinaciones corporales y exaltación defensiva y maníaca de su estado de ánimo, pasando por la depresión posparto.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión posparto es muy frecuente, ya que abarca desde un 10% a un 15% del conjunto de madres.

La sintomatología es la de una depresión típica. Tristeza, apatía, desinterés, autorreproches, autodesvalorización, etc. Aparece frecuentemente alrededor del tercer mes después del nacimiento y puede durar hasta un año e incluso más. Frecuentemente se trata de una depresión enmascarada por sintomatología fóbica (miedos) o desconexión emocional como mecanismo de defensa frente a un sufrimiento intenso, y con repercusiones sobre su entorno, es decir, sobre la relación madre-hijo. Como vemos, es un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por sus efectos sobre el desarrollo de los niños. Una buena parte de esos efectos se atenúa considerablemente si el padre no deprimido juega un papel activo de apoyo a la madre, y ejerciendo la función materna sustitutiva.

Otras veces, la depresión aparece encubierta bajo la forma de un juicio moral que se hacen las propias madres, considerándose «malas madres». En estos casos es frecuente que no pidan ayuda, ocultando su sufrimiento. La depresión de estas madres no suele ser tratada, y cuando se detecta su problema, suelen ser poco colaboradoras con el terapeuta.

La prevención de las depresiones posparto

Para ver si estas depresiones posparto podían ser detectadas y tratadas preventivamente antes, se ha realizado una investigación llevada a cabo por el Dr. Juan Manzano y colaboradores del Servicio Médico Pedagógico de Ginebra, en Suiza. Ha sido publicada en 2002, en un libro titulado *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos* (Manzano *et al.*, 2002).

Juan Manzano, psiquiatra y psicoanalista, ha sido durante muchos años el jefe del servicio antes mencionado que atendía las necesidades educativas y de salud mental de los niños y adolescentes del Cantón de Ginebra. Ha sido también profesor de psiquiatría de la Universidad de Ginebra.

La investigación, realizada sobre un grupo de 570 mujeres elegidas al azar, se efectúa en tres momentos evolutivos:

- En el último trimestre del embarazo.
- Tres meses después del nacimiento, en la casa, con observación de la relación madre-hijo.
- A los 18 meses después del nacimiento, también en la casa (madres deprimidas y grupo control) con observación de la relación madre-hijo y del estado de desarrollo del niño.

De estas 570 mujeres objeto de la investigación, un 10,2% presentan depresión posparto al tercer mes del alumbramiento.

De estas mujeres deprimidas, las 2/3 partes, es decir, el 65,5% de ellas, presentaban una depresión preparto que podría ser tratada con psicoterapia breve y buenos resultados.

La tercera parte (un 34,5%) no presentaban depresión preparto. Estas mujeres con embarazo normal y depresión posparto han vivido mal el parto, han sufrido problemas con el niño después del nacimiento y han sufrido también la separación madre-bebé.

Estas tres variables nos permiten detectar a las madres que no están deprimidas antes, pero lo estarán después del parto. Por otro lado, un 20% de madres que presentan depresión preparto, es decir, durante el embarazo, no la tienen después del parto.

Podemos deducir que el parto y el nacimiento tienen significaciones psicológicamente diferentes para unas y otras, en unos casos curándolas, y en otros, agravándolas en su estado psíquico.

En cuanto a los trastornos precoces de la relación madre-hijo, y del desarrollo del niño, la investigación pone de relieve:

- Alteraciones precoces y durables en la afectividad y estado de ánimo depresivo del niño.
- Trastornos de ansiedad y miedos ligados a la separación madre-hijo, así como posterior problemática de desapego (actitud defensiva) del hijo hacia su madre.
- También aparece retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto, es decir, conseguir desarrollar la representación interna del objeto (objetos, madre u otros) en ausencia de este. Esto supone un aumento de probabilidades de que el niño presente dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje así como de aprendizaje, en lo que dicho aprendizaje tiene de simbólico.

Por mi parte he observado en estos casos un incremento del riesgo por parte del niño de desarrollar relaciones dependientes y adictivas, así como defensas autísticas, a través de actitudes y conductas de evitación de/en la interacción con su entorno cuidador.

La prevención del funcionamiento autístico

Para la prevención, y sobre todo la prevención primaria, en psicopatología como en otras ciencias, es importante que los indicadores de riesgo tengan cierto carácter predictivo en cuanto a un determinado tipo de evolución, caso de que la situación de riesgo persista y no cambie. «No obstante, hay que subrayar que prevención no es predicción. Siempre hay un espacio para un posible encuentro evolutivo» (Golse, 2003). Sin embargo, no olvidemos que el dejar que dicho encuentro con posibilidades evolutivas y no repetitivas lo decida el azar o el paso del tiempo (que sin posibilidad de cambio es un elemento cronificador), es incrementar la situación de riesgo para el bebé.

Cuando más adelante abordemos el tema de las creencias míticas existentes a propósito del autismo, veremos que estas han impedido la puesta en marcha de medidas preventivas primarias eficaces tales como la prevención antenatal, así como la detección postnatal y el tratamiento precoz de los traumatismos perinatales (capítulo siguiente) que, vividos por la madre como traumáticos, pueden representar un riesgo traumatógeno para su hijo.

La prevención primaria en este campo tiene por objeto no solamente evitar las situaciones de riesgo y las traumáticas para la madre, sino también, y sobre todo, el desamparo con el que suele vivirlas, cosa que significa para ella, en muchos casos, un impacto traumático mayor que el propio traumatismo que las genera.

La detección de los factores de riesgo perinatales asociados a procesos depresivos graves u otros trastornos psíquicos que en la madre y/o en el cuidador principal cursan con desconexión emocional como mecanismo de defensa, sería, si se instaura un tratamiento psicoterapéutico adecuado, un elemento importante a tener en cuenta para la prevención primaria del trastorno autístico precoz.

Por otra parte, a lo largo del recorrido que les invito a hacer conmigo a lo largo de este texto, veremos cómo se puede hacer prevención secundaria, evitando con una detección, diagnós-

tico y tratamiento adecuados durante los primeros meses de vida del niño, su instalación en un funcionamiento autista, facilitando su evolución hacia un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos.

Cuando la detección, diagnóstico y tratamiento del funcionamiento autista en el niño se efectúa tan tardíamente como en España (véase pag. 80), con 5 años de media según un estudio sobre demora diagnóstica efectuado por el Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III (Demora Diagnóstica en los TEA, 2003-2004), es decir, cuando se interviene más allá de los tres años, que es cuando el trastorno se instala progresivamente en la personalidad del niño, las acciones terapéuticas y educativas instauradas para ayudarlo formarían parte de la prevención terciaria ya que tendrían por objeto el evitar la cronificación del trastorno ya instalado en el niño y mejorar su funcionamiento psíquico mediante medidas rehabilitadoras. Los importantes costes que suponen a todos los niveles, económicos, emocionales, terapéuticos, rehabilitadores, psicoeducativos, etc., los tratamientos intensivos instaurados a estas edades tardías, son poco rentables dada la pobreza de resultados que comportan. No ocurre así con las detecciones, diagnósticos y tratamientos tempranos realizados durante el primer año de vida, como tarde a los 18 meses, y ya como muy tarde, a los tres años. A estas edades –desde los tres años– el funcionamiento autista ya se ha interiorizado y ha pasado a formar parte de la personalidad del niño.

La prevención postnatal

Me parece importante señalar, una vez más, la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres y, en especial, a la persona que ejerce la función materna, incluidas las visitas domiciliarias de apoyo y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé. Visitas efectuadas por comadronas que les han ayudado en la preparación al parto, o por enfermeras

pediátricas especialmente formadas, cosa que no se hace en España y que se realiza en otros países de nuestro entorno europeo. Seguimiento evolutivo y cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual, de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir situaciones interactivas de riesgo patógeno, de carácter repetitivo y acumulativo, que pueden derivar en desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños, su futuro y el de sus familias, así como para la salud pública.

Quiero poner de relieve lo fundamental que es para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mencionados, la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre obstetras, comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infanto-juveniles, para evitar que fallen los cimientos de los padres del mañana.

Esta tarea preventiva implica, también, el desarrollo de una política de apoyo sociosanitario dirigida a la familia, y en especial a los cuidadores familiares, para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos. Política no suficientemente desarrollada, ni a mi juicio adecuadamente enfocada en nuestro país, ya que se debería estimular y fomentar la crianza de los niños mediante la atención directa de la madre y del padre, en lugar de hacerlo en el sentido de una delegación de los cuidados del niño pequeño en la niñera, los abuelos, o a través de una institucionalización precoz y excesiva en guarderías o escuelas infantiles.

La forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento importante a la hora de valorar los factores de riesgo evolutivo y la capacidad de resistencia ante la adversidad, y también la de recuperación, en cuanto a la evolución de la interacción padres-hijo.

El deseo de tener un hijo está ligado a la pulsión de vida, al deseo de inmortalidad, y a la transmisión generacional.

➤ Transmisión psíquica inconsciente: transmisión intergeneracional y transgeneracional

Con respecto a la transmisión psíquica, precisaré que se trata de un término utilizado en psicoanálisis para designar tanto los procesos como las vías y los mecanismos mentales capaces de operar transferencias de organizaciones y contenidos psíquicos entre distintos sujetos y, particularmente, de una generación a otra, o a través de generaciones, así como los efectos de dichas transferencias (Segoviano, 2008).

En cuanto a la transmisión de los contenidos psíquicos inconscientes entre y a través de las generaciones, esta se realiza mediante los mecanismos de identificación. Dichos mecanismos son los que aseguran la transmisión inconsciente de generación en generación, y se apoyan sobre las capacidades de identificación del niño, las cuales no son asimilables a la mera imitación consciente.

Según la naturaleza de la identificación en cuestión, conviene distinguir la transmisión intergeneracional y la transmisión transgeneracional.

Hablamos de *transmisión intergeneracional* cuando la transmisión de contenidos psíquicos inconscientes de una generación a otra constituye el soporte de un narcisismo sano, base afectiva de la personalidad, necesario para la construcción de una identidad estable y de un funcionamiento mental desarro-

llado y armónico. Se trata de identificaciones interiorizadas que tienen como base la identificación empática, es decir, la incorporación e interiorización de aspectos del otro, de lo otro que no soy yo, de contenidos psíquicos inconscientes. La transmisión intergeneracional de contenidos psíquicos inconscientes es bidireccional e interactiva ya que se da entre los ascendentes y los descendientes vivos.

La *transmisión transgeneracional* de contenidos psíquicos inconscientes no es interactiva ya que es unidireccional, y se da desde los ascendientes muertos a los descendientes vivos; actúa como si fuese un «legado» no elaborable ni integrable que se van transmitiendo inconscientemente los miembros de una familia de una generación a otra, a través de las generaciones, y mediante «saltos» generacionales.

La interacción padres-bebé es evolutiva cuando predominan las identificaciones empáticas sobre la identificación al agresor y la identificación proyectiva (mecanismo mediante el cual el sujeto atribuye al objeto-sujeto relacional un aspecto de sí-mismo y los afectos consiguientes). El trauma psíquico resulta en estos casos de transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático y con posible efecto traumatógeno, mucho más narcisista que sexual. Se trataría sobre todo de contenido psíquico inconsciente –imposible de transmitir conscientemente ya que no se puede elaborar ni integrar en el yo del sujeto que lo ha vivido– como podría ser un secreto inconfesable (crimen, incesto, violencia, abusos y agresiones sexuales o de otro tipo, maltrato físico y psicológico...), con graves efectos traumáticos para quien lo ha vivido, o, más frecuentemente, el efecto traumatógeno de los desencuentros interactivos, repetitivos, duros y no reparados entre el bebé y su cuidador, o también, una pérdida de algo o alguien muy importante y significativo que no puede ser reconocida como tal, por ser vivida como una herida narcisista imposible de elaborar.

La experiencia clínica que aporta el trabajo con las familias teniendo en cuenta al menos tres generaciones, muestra hasta qué punto estos legados a través de las generaciones pueden estar en la base no solamente de la transmisión psíquica incons-

ciente de una psicopatología no abordable que se agrava y cronifica de generación en generación, sino que además influye, en algunos casos, en la extinción de la propia familia, tanto por decisión personal consciente como por la presencia de una sintomatología como la infertilidad, de origen psíquico.

La mayoría de autores utiliza indistintamente lo intergeneracional y lo transgeneracional para referirse a la transmisión de contenido psíquico consciente e inconsciente entre varias generaciones familiares. En la realidad clínica, la frontera entre los dos tipos de transmisión no es tan clara ni precisa. En efecto, vivencias psíquicas transmitidas positivamente, ya transformadas, de elaboraciones precedentes, pueden no ser adecuadamente interiorizadas, no volverse parte de la identidad de la persona, o incluso ser elementos que impiden o hacen difícil el desarrollo psíquico de quien recibe dicha transmisión.

Freud, hacia el final de su vida señala que

el legado arcaico heredado por el hombre no engloba solamente las disposiciones, sino también los contenidos, huellas ancladas en la memoria relacionadas con las vivencias de generaciones anteriores. Por ello la amplitud, así como el alcance de la herencia arcaica se encontrarían acrecentados de forma considerable. (Freud, 1939)

En este caso, Freud se refiere tanto a la transmisión intergeneracional como a la transmisión transgeneracional.

➤ **Vivencias traumáticas perinatales y su transmisión inconsciente**

El ser humano, en palabras de Manzano, nace «programado» para entrar en relación de forma inmediata con el otro y «reprogramarse» en función de la interacción con él (Manzano, 2005; 2007).

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador. A su vez, la madre, en este periodo de su maternidad se suele hallar en una situación de gran sensibilidad y con una necesidad regresiva importante de dependencia y cuidados del entorno. Un estado similar vive el padre pero sin llegar a reconocerlo en muchos casos.

En la perinatalidad (periodo evolutivo antenatal, natal y postnatal) hay situaciones que pueden ser vividas por la madre como traumáticas, con su correspondiente efecto traumatógeno para ella y su bebé, generando en algunos casos disfunciones interactivas que repercuten negativamente en el desarrollo de este último.

Acontecimientos traumáticos perinatales

Hay situaciones perinatales que son vividas con un fuerte impacto traumático (trauma = daño, herida, golpe) por la madre, dada la especial sensibilidad y sensación de vulnerabilidad con que vive el embarazo, así como los momentos que preceden,

acompañan y siguen al parto. Estas vivencias, traumáticas para la madre, en muchos casos no pueden ser elaboradas, ni asimiladas, ni contenidas, ni integradas por ella sola. De forma inconsciente y no intencional, pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un posible efecto traumatógeno para su hijo.

En bastantes casos de riesgo de evolución autística en el bebé, la función materna cuidadora puede encontrarse fuertemente perturbada por el efecto traumático que para la persona que ejerce la función materna tienen ciertos acontecimientos perinatales.

La situación de desamparo, acompañada de fuertes sentimientos de soledad, de impotencia e indefensión, con los que la situación traumática es vivida con frecuencia por la madre, amplifica y agrava el efecto traumatógeno que la situación traumática tiene para ella y su bebé. La vivencia de desamparo que sufre la persona expuesta a una situación traumática, en muchos de los casos deja una huella traumática mayor y más difícil de sanar que el propio traumatismo. De hecho, es la sensación de desamparo que surge cuando se evoca, reactivándose, la situación traumática, la que provoca en gran parte un sufrimiento intolerable en el sujeto que la padece.

Podrían tener un impacto traumático para la madre las urgencias y dificultades obstétricas, pero sobre todo, la forma como la madre se ha sentido tratada en esas situaciones de gran vulnerabilidad para ella. También es importante la forma como la madre ha vivido el embarazo, el parto, el puerperio, y si ella o alguien importante de su entorno o ella misma se hallan afectados por una enfermedad grave. También podrían ser vividas como traumáticas situaciones de riesgo vital para el bebé, la muerte de un ser querido, significativo y cercano para la madre como puede ser el padre, la madre, un hijo, etc. En todas estas situaciones, que pueden ser tan dolorosas y difíciles tanto para la madre como para el hijo, la presencia, comprensión y apoyo del padre es fundamental.

Durante la perinatalidad, en el caso de un duelo por la pérdida de un ser querido del entorno familiar próximo como sería el

caso de los padres, hermanos o de un hijo, la madre se encuentra en la difícil, y a veces insostenible, situación de tener que invertir la vida que lleva en su vientre o que acaba de nacer, y al mismo tiempo seguir invistiendo lo que ha perdido, lo que ha muerto, al acompañar emocionalmente también al ser querido perdido. Estar presente en ambos lugares es para la madre una situación conflictiva, estresante y muchas veces imposible de soportar. Aunque no lo quiera, inconscientemente, la madre no puede evitar el ausentarse de la interacción con el bebé para estar con el ser querido perdido a través de los recuerdos, impregnados en este caso por lo mortífero no deseado, más que por lo vital y deseado por ella en la interacción con su hijo.

Cuando se pierde un ser querido y durante el proceso de duelo, se tiene la sensación más o menos duradera de que perdemos algo de nosotros mismos y que algo nuestro muere también. Esta situación puede mermar en la madre la capacidad de comunicación empática con su bebé, que puede captar ese sufrimiento, esa ausencia, y a la vez, esa presencia de la muerte a través de la actitud ensoñadora de la madre. Esto puede generar en él un profundo malestar y dolor emocional, con el consiguiente riesgo de poner en marcha defensas de evitación de la comunicación y de la relación que pueden acabar por afectar, de forma más o menos durable, la interacción madre-bebé.

A veces, el efecto traumatógeno del acontecimiento traumático permanece latente en el psiquismo de la madre varios meses o incluso más tiempo, gracias a los mecanismos defensivos que esta pone en marcha inconscientemente para no sufrir o para sufrir menos. Durante este tiempo, el efecto traumatógeno para el bebé se puede hacer mayor a causa de las defensas de evitación (de la relación y afectos asociados con el traumatismo) que «sostienen» a la madre en un equilibrio frágil e inestable en la interacción con su hijo. Si las defensas de evitación de la madre en la interacción con su bebé, potencian otras similares en su hijo, tales como la evitación e incluso el rechazo de la comunicación y relación emocional con ella, comprenderemos que estamos ante una situación de riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista en el niño si esta situación de no comu-

nicación y desencuentro interactivo no reparado se hace muy frecuente, se agrava, o se hace duradera.

Trauma psíquico precoz

Masud Khan, psicoanalista inglés –y discípulo destacado de Winnicott, célebre pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés–, ha desarrollado la importancia que tiene el microtraumatismo repetitivo y acumulativo durante el temprano desarrollo del psiquismo del bebé en la interacción con su entorno cuidador. Son pequeños traumatismos repetitivos y acumulativos que implican una alteración y herida narcisista que permanece abierta en el psiquismo del bebé al producirse en los momentos iniciales de la constitución del yo, dejando a su «sí mismo» en situación de suma fragilidad, insuficientemente investido e inerme ante posteriores vivencias que se convertirán en traumáticas al incidir sobre un aparato psíquico incapaz de elaborarlas (Khan, 1980).

Los continuados, repetidos y duraderos desajustes no reparados (herida narcisista no cicatrizada en la madre y en el hijo) producidos en la relación y comunicación empática madre-bebé, con la consiguiente cascada de desencuentros interactivos frustrantes y dolorosos para ambos, producirían en el bebé un efecto traumático acumulativo con ruptura del sentimiento de continuidad de la propia existencia que se expresaría posteriormente en el niño con funcionamiento autista a través de angustias primitivas tales como la sensación de disolución-desaparición (Winnicott, 1993, 1994, 1998).

A su vez, estas angustias catastróficas movilizan la necesidad en el niño de protegerse de ellas con mecanismos defensivos de naturaleza autística. Los déficits cognitivos, así como los emocionales, y sobre todo los que afectan la capacidad de interacción social (empáticos) que el funcionamiento defensivo autístico produce como secuelas en el bebé, en un momento evolutivo esencial y crítico para el desarrollo de la integración de la sensorialidad, de la intersubjetividad, de la simbolización y

de las bases de la comunicación, del lenguaje preverbal y verbal en el niño, refuerzan en él la necesidad de protegerse de dichas dificultades con defensas de tipo autístico. El niño se encuentra cada vez más atrapado y encerrado en un laberinto sin salida. Al mismo tiempo, es cada vez más difícil para el adulto cuidador penetrar dichas defensas para comunicarse con el niño.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado, que en este caso sería proporcionar la ayuda, el apoyo emocional y psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos duraderos entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y este absorberlo, «mamarlo», con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

Hay que tener en cuenta que, con sus mecanismos de defensa autísticos, el hijo no evita o rechaza a la madre, sino el sufrimiento que vive en la interacción con ella. Esta forma de ver la situación descrita es muy importante ya que, frecuentemente, la madre, ya de por sí afectada e incluso a veces herida por las vivencias traumáticas sufridas, interpreta la evitación y rechazo de la comunicación por parte de su hijo como un rechazo hacia ella. Esta forma de interpretar lo que pasa entre ella y su hijo, aumenta su herida narcisista y genera un precoz, profundo y doloroso malentendido que cada vez se hace mayor, así como frecuentes y temidos desencuentros frustrantes y repetitivos entre la madre y su bebé. La ayuda y apoyo prestados a la madre, facilitándole una visión diferente de la interpretación que ella ha hecho del rechazo de la comunicación e interacción por parte de su hijo, facilita la salida de semejante círculo vicioso interactivo (Palau, 2009, a, b).

Como ejemplo de lo dicho anteriormente, paso a darle la palabra a una madre, atendida por Pascual Palau y por mí, cuando su bebé tenía 2 meses.

Testimonio de la madre de un bebé de dos meses con inicio de funcionamiento autista

Tengo un bebé, Guillermo, que actualmente tiene 4 meses y 10 días. Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta el último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo quedé internada y se me realizó, sin preparación alguna, una cesárea de urgencia.

El bebé nació con un peso de 2 kilos 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara qué le pasaba a mi hijo. Al otro día volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé no se alimentaba correctamente. Por este motivo comenzaron a alimentarlo por sonda. A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó tanto en mi esposo como en mí mucha tensión y frustración. Estando ya en casa empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mí, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos intenté obtener información de qué podía estar pasándole. Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces cuando busqué en Internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas, y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infantojuve-

nil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

Así fue como a través del profesional anteriormente mencionado me pude poner en contacto con un colega suyo, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo infantil que me explicó que el comportamiento de mi hijo se debía a que había estado absorbiendo todo el dolor emocional que yo le transmitía, debido al mal manejo de la situación que sufrimos en el centro de salud donde nació el bebé. Fue entonces cuando me pude enterar de que el problema para alimentarse que tenía el niño al nacer era completamente normal en bebés que nacen con poco peso y que al cabo de unos días cedía, cosa que nadie nos explicó en el dicho centro, sino por el contrario, se nos insistía con que era anormal que no lo hiciera. El haberlo forzado a alimentarse fue otro error que contribuyó a que el bebé se encerrara evitando establecer lazos y se expresara con llanto y nerviosismo. A través de las distintas instancias en que estos dos profesionales me fueron guiando, yo pude comprender que mi ansiedad había afectado al bebé y con su ayuda pude ir cambiando mi comportamiento de manera que pude estar más tranquila. Entonces, la conducta del niño fue gradualmente cambiando. Comenzó a mirarnos a los ojos al papá y a mí, comenzó a sonreír cada vez más frecuentemente y a estar más tranquilo, y dormir mejor. Gracias a esta intervención temprana, el niño fue abandonando los mecanismos de defensa que había instalado para protegerse de la tensión que se le transmitía, y poco a poco fue adoptando los comportamientos típicos de un bebé normal.

Hoy por hoy mi bebé es un niño alegre, y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso, y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta experiencia no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo im-

portante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado.

Daniela

Comentario

En este relato que es su testimonio, Daniela nos muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales vividos y no asimilados como situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo autístico, entre una madre y su bebé. En el caso de Daniela y su hijo, han jugado un importante papel traumático para la madre y traumatógeno para su bebé, la cesárea de urgencia, la estancia de su hijo en cuidados intermedios, y sobre todo la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre en cuanto a las condiciones de amamantamiento de su bebé.

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que tiene un efecto traumático para ella así como traumatógeno para su hijo, contribuyendo además a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos así como el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. Se trata del hecho de que la madre, tras su estancia en la clínica maternal y al regresar a su casa, decide no salir de casa, es decir, encerrarse en ella –como si de una condena se tratase– para, así, «cuidarse mejor de su hijo», permaneciendo durante 20 días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo autístico.

Podemos imaginar sin mucha dificultad, gracias al testimonio contenido de esta madre, cómo este encadenamiento de situaciones traumáticas (en el sentido del microtraumatismo acumulativo y repetitivo de Masud Khan) ha llevado a Daniela

a compartir, sin saberlo y sin quererlo, un sufrimiento psíquico intolerable con su hijo. Podemos ver, a través de lo que nos cuenta, cómo la situación interactiva con su hijo se hace más difícil y frustrante cada día. Podemos sentir su vivencia de desamparo ante la respuesta de los pediatras a los que pide ayuda. Podemos comprender la evitación y rechazo interactivo hacia la madre que se ve forzado a desarrollar su hijo, para evitar ese sufrimiento compartido que él tampoco puede soportar. Podemos seguir, paso a paso, la evolución y el cambio que se produce en el bebé al cambiar la actitud de su madre en la interacción con él. Podemos intuir lo importante que fue el apoyo, la comprensión e identificación empática de los profesionales que la ayudaron para que Daniela, a su vez, pudiese comprender y apoyar a su bebé así como para incorporar al padre en la interacción con su hijo.

Vemos de forma sorprendente cómo un bebé de tan corta edad (dos meses al inicio de la intervención psicoterapéutica), puede, al ser ayudado adecuadamente, cambiar su posible destino patológico e incluirse, a través de un desarrollo sano y normalizado, en un futuro «por-venir» mucho mejor.

En este caso que les expongo, Guillermo, el hijo de Daniela, presentaba a los dos meses y medio de edad casi todos los signos de alarma que indicaban un inicio de funcionamiento autista. Hoy día, a sus 3 años de edad y según el seguimiento evolutivo efectuado, es un niño sano que se está desarrollando normalmente.

➤ Factores inespecíficos de riesgo interactivo patológico

En la balanza interactiva que influye hacia qué lado se inclinará la evolución y el desarrollo del niño, intervienen diferentes factores.

En lo que respecta al bebé:

Por un lado, están las situaciones de riesgo y la vulnerabilidad del bebé. Por el otro, se encuentran las competencias del bebé y su extraordinario potencial de desarrollo, así como la capacidad de resistencia y de recuperación del niño frente a las adversidades que la vida le depara obstaculizando su desarrollo normal. Otro de los factores de riesgo inespecíficos de la interacción padres-bebé sería cuando este se halla afectado por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y durable la relación y comunicación con su entorno y cuando, a su vez, esta situación, de forma duradera, no puede ser asumida por los padres.

En lo que respecta al entorno cuidador:

En la balanza interactiva pesan, por un lado, las situaciones de vulnerabilidad y riesgo, tanto las que provienen del exterior como la pérdida de un ser querido u otras circunstancias que dificultan la identificación y comunicación empática duradera entre los padres y con el bebé, como las que provienen de su personalidad, de su mundo interno, tales como la fragilidad narcisista, situación anímica, grado de aceptación de sí mismo y del bebé, así como también, el grado de aislamiento familiar de su entorno, el grado y la fuerza del vínculo de apego existen-

te en la familia y entre el bebé y sus padres, etc. Por otro lado, en esta balanza, también influye el potencial de cambio, la capacidad de empatía, de reconocer sus límites, de pedir y aceptar ayuda y soporte externos, así como la capacidad de asumir su responsabilidad en la situación interactiva y de ejercer una función reparadora, el grado de apoyo social con el que cuentan los padres, el grado de satisfacción en la relación de pareja y la calidad del apoyo que se brindan, etc. Todos ellos son factores que pueden mejorar el pronóstico evolutivo y aumentar el grado y capacidad de resistencia del bebé, de los propios padres, de la familia y del entorno cuidador, frente a las adversidades de la vida.

➤ Vínculo de apego: tipos de apego

El apego se puede definir como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, a través de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza, ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección.

John Bowlby fue el primer médico, psiquiatra infantil y psicoanalista en desarrollar una teoría del apego al estudiar la naturaleza del vínculo temprano de la madre y su bebé. Para Bowlby, la relación vincular estaría presente desde el momento mismo del nacimiento. Según Bowlby, el sistema vincular tiene su propia dinámica, no deriva de la función alimentaria y es, como esta, de importancia crucial para la supervivencia del neonato. El principio que está en la base de esta afirmación es que la motivación humana básica no es la descarga pulsional, sino la búsqueda de protección a través del vínculo. El apego del bebé constituye un sistema de control, conformado por diversos comportamientos (llanto, seguimiento visual, sonrisa, aferramiento) que mantiene la conexión del niño con su figura de apego dentro de ciertos límites de distancia y accesibilidad, usando para ello métodos comunicativos cada vez más sofisticados. Desde el comienzo del desarrollo evolutivo, estas pautas conductuales se organizan en un estilo vincular propio, que será característico del sujeto durante todo el resto de su vida (Bowlby, 1989, 1972, 1998).

Mary Ainsworth, ha continuado los estudios de Bowlby, desarrollando, entre otros trabajos de investigación sobre el apego, la muy conocida «Situación del extraño»; situación de laboratorio en la que se evalúa la actitud del niño –a partir de los 7 meses, cuando se supone que el vínculo de apego está suficientemente constituido– ante la presencia del extraño, y ante la separación de la madre (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).

Esta situación experimental ha permitido distinguir diferentes tipos de apego que describiremos brevemente a continuación:

- **Vínculo seguro:** 60-65% de los niños. Maternaje¹ sensible o empático. Protesta del niño ante la separación. Búsqueda de contacto en situación de estrés.
- **Vínculos inseguros:**
 - Evitación. 15-20% de los niños. Maternaje con evitación. No protesta el niño ante la separación. Evitación del contacto en el reencuentro.
 - Resistente. 10-15% de los niños. Maternaje variable. Protesta intensa del niño ante la separación. Cólera en el reencuentro.
 - Desorganizado. 10-15% de los niños. Maternaje violento, imprevisible o ausente. Actitudes contradictorias y de fijación en el niño (búsqueda de consuelo/huida).

A partir del estudio de los efectos de las separaciones precoces y de modelos teóricos inspirados en la etología y la cibernética, Bowlby propone que el apego sea un instinto primario, desligado de la satisfacción de necesidades. El bebé busca la proximidad de su madre por necesidad de seguridad, y para aumentar sus posibilidades de supervivencia. El bebé marca progresivamente una preferencia por su madre, su padre, y por las personas próximas de su entorno, preferencia que se hace evidente a partir de los 7 meses, con la aparición de la angustia

1. Maternaje: acción de matenar; ejercer la función materna en la interacción de crianza y cuidados, tanto físicos como psicológicos y emocionales, con el bebé.

hacia el extraño y el miedo a la separación. En situaciones estresantes de separación, de dolor, de ansiedad, el niño se dirige hacia la madre, investida como «base de seguridad». La socialización se constituye a través de la exploración del «bebé seguro», desde esta base de seguridad.

A partir de los 3 años, la búsqueda de proximidad va disminuyendo en beneficio de la cooperación en el juego, el aprendizaje, y las tareas en general. Desde el año de vida, el niño es capaz de generalizar sus experiencias de relaciones afectivas, ya que ha construido un modelo interno que guía sus expectativas, modelo que se convierte en el modelo operativo de sus relaciones. Si nos hemos ocupado de él con sensibilidad y empatía, espera que la respuesta a sus demandas sea rápida y eficaz. Desarrolla entonces el sentimiento de su propio valor y puede buscar con confianza el contacto con el otro. Es el apego llamado «seguro», concierne al 60-65% de los niños de una población no clínica. Por el contrario, si la respuesta por parte del entorno cuidador ha sido imprevisible, el niño desarrolla estrategias defensivas a través de las cuales reacciona con cólera en el reencontro (apego llamado resistente). Si la respuesta que recibe el niño indica que es mejor que se las arregle solo, sin reclamar ayuda, tendrá tendencia a minimizar sus propias necesidades afectivas (apego llamado de evitación). La frecuencia global de los apegos inseguros (resistente y de evitación) es de alrededor del 30% de los niños de una población no clínica.

Si el niño ha sido sometido a relaciones violentas, bajo la forma de terror y de abuso, o bien si ha estado expuesto a los cuidados de padres fijados, atrapados, abortos, por/en un duelo o una depresión grave, o también, si están absorbidos por sus propios escenarios fantasmáticos (fantasías inconscientes) sin vínculo real con el niño, entonces el niño, no puede elaborar ninguna estrategia defensiva, atrapado entre su miedo y la activación de su necesidad de apego, sin posibilidad de terminar con la activación de su comportamiento de apego, y así, en este contexto, su vínculo de apego se desorganiza (apego llamado desorganizado, que afecta al 10-15% de los niños de una población no clínica).

Las investigaciones desarrolladas en este campo han influenciado numerosos estudios longitudinales, realizados en diferentes culturas (siguiendo la evolución del niño hasta la edad adulta), que han mostrado una capacidad predictiva del apego seguro para la adaptación social y para la ausencia de trastornos del comportamiento. Ha permitido la puesta en evidencia de un cuerpo de conocimientos que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas que son específicas de situaciones de estrés en presencia de la figura de apego y en la cual aparece la estrategia de búsqueda de consuelo y ayuda tanto en el caso del niño como del adulto.

El vínculo de apego seguro se asocia a una buena relación social, a una afectividad abierta y positiva, a una buena capacidad de interpretar las intenciones del otro, y también, a una gran capacidad de reflexión sobre sí mismo, y sobre sus propios sentimientos. Tiene, además, una buena capacidad de *resiliencia* (ver capítulo siguiente) frente a los acontecimientos traumáticos. Sin embargo, la desorganización del apego se sitúa claramente en la vulnerabilidad, incluso si un 10-15% de los niños de una población no clínica pertenecen a este grupo. Los bebés con vinculación de apego inseguro no se encuentran en situación de riesgo solamente por este motivo, ya que sus reacciones son mecanismos de defensa para adaptarse a modelos interactivos menos sensibles; sin embargo, parecen estar expuestos a vulnerabilidades y desviaciones psicopatológicas. Trastornos ansiosos para los niños de tipo resistente y trastornos de conducta para los niños de tipo evitación. No obstante, los niños con vinculación de apego desorganizado son los que están expuestos a mayores riesgos evolutivos, tales como patología narcisista, y entre ellas, el trastorno límite de la personalidad. Se reconoce desde hace una quincena de años, que los niños con autismo pueden tener un apego seguro con sus padres a pesar de las dificultades de estos para comprender los signos de angustia y desamparo de su hijo. Por otra parte, la fuerza del apego que pueden desarrollar estos niños con sus cuidadores es evidente con ocasión de las vacaciones, en la escuela, o en la institución. Trabajos recientes han permitido

confirmar la diferencia entre los síntomas autísticos y los del apego desorganizado. Han verificado que se podía separar el repliegue autista del repliegue del apego desorganizado, siendo este último más fluctuante, contextual y transitorio. Los síntomas y signos del apego inseguro y los del repliegue autístico son diferentes –incluso si tienen aspectos parecidos tales como su actitud «fijada», su evitación de la mirada, así como de la relación-comunicación con el otro, sus conductas y movimientos extraños por ejemplo–, aunque pueden asociarse (Guedeney, Mintz y Dugravier, 2007).

➤ Resiliencia psicológica y factores de resiliencia

La resiliencia (resistencia en castellano) se podría definir como la capacidad de resistencia que tiene un individuo ante la adversidad, así como de resurgir de momentos de desgracia, adaptándose, resolviendo los problemas, y pudiendo volver a darle sentido a su vida, siendo esta más positiva y productiva.

El término fue adaptado por Rutter a las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas (Rutter, 1986).

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, pudiendo expresarse de muy diferentes maneras, en diferentes culturas (Manciaux *et al.*; 2001). Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno. Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental; no se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente, como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrulnik, 2002). La resiliencia nunca es absoluta, total y logra-

da para siempre; es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux *et al.*; 2001).

Boris Cyrulnik es uno de los principales expertos en resiliencia del mundo. Es neuropsiquiatra, psicoanalista y etólogo. En una entrevista que se le hizo en junio de 2003 dice lo siguiente:

Todos pueden hacerse resilientes, pues se trata de volver a unir, dentro de lo posible, las partes de la personalidad que fueron destrozadas por el trauma. Pero la sutura no es nunca perfecta y el destrozo deja rastros. Para volverse resiliente, es necesario encontrar cómo se impregnaron dentro de la memoria los recursos internos, cuál es el significado del trauma para uno, y cómo nuestra familia, nuestros amigos y nuestra cultura colocan alrededor del «herido» por el trauma, recursos externos que le permitirán retomar un tipo de desarrollo.

Factores de resiliencia en el bebé

Cito a Cyrulnik, 2002:

Los recursos internos se componen esencialmente del aprendizaje de un estilo afectivo que se llama apego seguro. Esta confianza en uno mismo proviene del modo en el que uno ha sido cuidado y amado durante los primeros meses de vida. Este aprendizaje hace que los niños se vuelvan fáciles de amar, lo que los ayuda en su desarrollo, pues los demás los acompañan, los aconsejan o en ocasiones les prohíben algo. Un 65% de nuestros niños, cualquiera sea la cultura o el nivel sociocultural de los padres, aprenden a amar de esta manera agradable. Cuando están estresados, conservan la confianza en sí mismos, a pesar de la agresión, y buscan a algún adulto al que tratarán de agradar. Pero un 35% de nuestros niños han debido aprender un apego inseguro, frío, ambivalente o dentro de una constante angustia. Estos niños han aprendido este estilo de relación porque, en su entorno, la gente ha sufrido: la madre enferma, muerta o deprimida. Estos niños se centran en sí mismos y no irán en busca de un adulto que los proteja. Son ellos

los que tendrán dificultades para volverse resilientes. Pero, de todos modos, sigue siendo posible, pues un sustituto de sus padres puede enseñarles más adelante el apego seguro. Es, por lo tanto, una tendencia y no una fatalidad.

Un tutor de resiliencia es alguien, una persona, un lugar, un acontecimiento, una obra de arte, que provoca un renacer del desarrollo psicológico tras el trauma. Casi siempre se trata de un adulto que encuentra al niño, y que asume para él el significado de un modelo de identidad, el viraje de su existencia. No se trata necesariamente de un profesional. Un encuentro significativo puede ser suficiente. Conozco a un joven maltratado, a quien echaron a la calle, delincuente, prostituido, jefe de una pandilla, que un día se puso a conversar en la terraza de un café con un editor. El joven salió transformado, diciendo: «Es la primera vez que me hablaron como a un hombre». El editor jamás se dio cuenta de hasta qué punto había logrado encantar al joven violento y desesperado. Muchos niños comienzan a aprender en el colegio una materia porque les agrada el profesor. Pero cuando, veinte años después, uno le pide al profesor que explique la causa del éxito de su alumno, el educador se subestima y no sospecha hasta qué punto fue importante para el niño.

➤ El entorno cuidador del bebé

Se olvida fácilmente que el entorno cuidador del niño abarca, entre otros, cuatro elementos fundamentales, familiar, profesional, institucional y social, que interactúan entre sí y con el bebé, con una responsabilidad compartida en cuanto al proceso de maduración y desarrollo del niño y de su cuidado, tanto cuando las cosas van bien y el niño despliega y desarrolla todo su extraordinario potencial evolutivo, como cuando van mal y el niño se ve inmerso en desviaciones más o menos graves hacia la psicopatología de su desarrollo.

El entorno familiar

Las familias, sobre todo los padres, y en especial las madres, que se han sentido «señalados» en el pasado como «culpables» del sufrimiento y «enfermedad» de su hijo, han estado durante mucho tiempo paralizados, traumatizados y en estado de «shock» ante lo que han considerado una «acusación» sin fundamento.

Afortunadamente, con el paso del tiempo y al amparo del «tejido» asociativo, la mayoría de las familias de afectados ha reaccionado buscando una respuesta más adecuada a su sufrimiento por parte del entorno profesional y social. No solamente a su sufrimiento, sino también a los múltiples y complejos problemas que les toca padecer cuando se ven inmersos en el

hecho dramático de asistir, con una profunda y dolorosa sensación de impotencia e incompetencia, al desarrollo en su hijo de una «enfermedad» de las llamadas «raras» y calificadas de «incurables». Es más, las familias, han colaborado en la creación de recursos públicos, desarrollado servicios de atención y apoyo a su colectivo. Algunas de ellas, declaradas de utilidad pública, están prestando servicios complementarios o sustitutivos, de los inexistentes en la red de salud pública.

En lo que respecta a los trastornos mentales severos en la infancia, y en especial, el funcionamiento autista precoz en el niño, las familias, y en especial los padres, se encuentran «desgarrados» por un conflicto que nace de su ambivalencia o de actitudes defensivas inconscientes y no intencionales que tienen como mecanismo de defensa la disociación (desconexión de aspectos relacionados entre sí). Muchos de ellos, se dan cuenta de las alteraciones en el desarrollo de su hijo, e incluso su posible gravedad, al mismo tiempo que esperan, como es lógico y legítimo, equivocarse en su percepción y que su hijo no padezca lo que intuyen que tiene.

Otros padres, ante la intolerancia del sufrimiento que conlleva la incertidumbre de su ambivalencia ante lo que perciben en su hijo y también en ellos, adoptan, de forma inconsciente, mecanismos de defensa como la negación del problema, que a pesar de todo, no pueden dejar de ver.

Cuando reconocen el problema en su hijo, cosa que no es fácil cuando ello supone afrontar un hecho tan doloroso como el posible funcionamiento autista del hijo, catalogado a su vez con las etiquetas, a mi juicio erróneas, de crónico (para siempre), y de incurable (sin solución), tienen que dar otro paso más, que es el reconocimiento de su parte de responsabilidad en lo que le sucede a su hijo, tanto para lo «bueno», como para lo «malo». Si no reconocen y afrontan el problema, asumiendo su parte de responsabilidad en el mismo, difícilmente se podrá resolver dicho problema. Conviene precisar que el sentimiento de culpa conlleva la búsqueda de la expiación a través del castigo o autocastigo, mientras que el sentido de responsabilidad nos lleva a la corrección del error o la reparación del daño.

Voy a transcribirles, como ejemplo de lo dicho anteriormente sobre los mecanismos de defensa como la disociación, un fragmento de un documento editado por una asociación de familias de personas con autismo que muestra cómo lo que les he comentado antes sobre la causalidad linear de estos trastornos (hoy día superada por la visión interactiva y multifactorial), que señalaba a las familias injustamente, y en especial a los padres, como causantes del trastorno –interpretada y posiblemente difundida de forma inadecuada en el pasado–, arrastra todavía consecuencias y heridas no cicatrizadas en los padres.

Hace más de medio siglo se interpretó erróneamente que estos trastornos (TEA, Trastornos del Espectro Autista y TDG, Trastornos Generalizados del Desarrollo), eran causados por los propios padres que con su frialdad generaban estos problemas en sus hijos. Afortunadamente, este cruel error ya ha sido subsanado. Todas las instituciones científicas internacionales reconocen que el autismo se debe a anomalías del sistema nervioso central y tiene causas biológicas, y no psicosociales. En la actualidad, la evidencia científica plantea una visión multifactorial compleja, por interacción de diversos factores, genéticos y ambientales, sin que todavía se conozca exactamente cuáles son, y cómo interactúan, los posibles factores ambientales sobre la susceptibilidad genética.

En este fragmento del escrito, se ven tanto los efectos devastadores y negativos de la «culpa» vivida como injustificada por los padres, como de la disociación a la hora de afrontar el problema planteado que, de alguna forma, es omitido y negado; «causas biológicas y no psicosociales». En el mismo escrito, al hablar hacia el final del texto de factores ambientales, se omite y niega también la importancia de la interacción entorno cuidador-bebé, en el desarrollo sano del mismo así como de su psicopatología, incluyendo solamente como factores ambientales, los infecciosos, metabólicos, traumáticos de origen obstétrico, etc., pero no los de origen psicosocial y sociocultural.

Los posibles errores cometidos en el pasado por la visión-divulgación simplista, y a veces interesada, de la compleja teoría

y clínica psicoanalíticas señalando a la familia, a los padres, y sobre todo la madre, como causantes de esta y otras modalidades de psicopatología, han hecho un «flaco servicio» al avance del estudio de la interacción entorno cuidador-bebé como espacio privilegiado para detectar precozmente, tanto los factores protectores de la salud que intervienen en la resiliencia, como los factores que aumentan el riesgo evolutivo del niño hacia la psicopatología.

Me parece importante señalar que la investigación y el tratamiento psicoanalíticos no buscan actualmente señalar ni combatir una causa determinada del trastorno sino que tienen más bien como objeto de su estudio y tratamiento la descripción, la comprensión y la movilización de los procesos intrapsíquicos e interrelacionales que se ponen frecuentemente en marcha como defensas frente a la problemática autística y las angustias primitivas que movilizan.

Desacreditado el abordaje psicoanalítico del autismo en tanto que investigación etiológica –que ya hemos visto que no lo es sola ni esencialmente–, la búsqueda de una explicación en cuanto al origen del trastorno es desplazada hacia el exterior del espacio relacional entre el hijo y los padres. Se busca entonces una causa externa y objetiva que no tenga nada que ver con las raíces del funcionamiento familiar, ni con la interacción padres-bebé, ni con su biografía, ni tampoco con la filiación psíquica del niño autista.

Si la identificación de factores internos, genéticos o cognitivos, responde en parte a la búsqueda etiológica de los padres, deja vacía y carente de sentido la patología que les crea profundo malestar y sufrimiento en la interacción que establecen o que intentan establecer con su hijo, a veces fracasando en su intento –a diferencia de lo que ocurre con la patología somática de origen genético–, y dejándolos en cierta forma desamparados e indefensos ante lo que están viviendo.

Aunque creo comprender algunas de las razones que llevan a muchos padres a eludir y negar su parte de responsabilidad en lo que ha pasado y está pasando con sus hijos afectados, no deja de sorprenderme la violencia y la rabia con la que reaccionan

algunos padres cuando en una conferencia, debate o entrevista a los medios de comunicación se sienten atacados, intencional e intensamente culpabilizados por quien habla abiertamente de este tema sin ninguna intención de culpabilizarlos, sino la de señalar, también, la posible responsabilidad que les corresponde como una de las partes integrantes del entorno cuidador del niño. Para ellos, da la impresión de que se tendría que obviar y negar el importante papel que tiene la crianza familiar de los hijos, y dentro de ella, la interacción entre ellos y su hijo, tanto para bien como para mal. Me consta que bastantes profesionales, temiendo este tipo de situaciones, optan por callar y ocultar así una parte importante de la realidad aun a costa de conocer la imposibilidad de solucionar adecuadamente un problema si no se afronta en su globalidad y con todas sus consecuencias. Esto que acabamos de comentar no suele suceder en el seno de una relación y alianza terapéutica establecida no solamente con el niño, sino también, y fundamentalmente, con los padres.

Por último, señalar la importancia de que tanto en el momento de la detección como del diagnóstico, la información que se transmita a los padres se haga en el seno de una alianza terapéutica y poniendo también de relieve los aspectos sanos y positivos tanto del bebé como de los padres y de la interacción entre ellos.

La base de la alianza terapéutica sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria que vive el terapeuta en relación con la forma de ser del paciente, su sufrimiento, sus emociones (empatía emocional), con el problema del paciente (empatía cognitiva) y también de su familia, lo que permite a su vez, de forma interactiva, una identificación empática, también parcial y transitoria, del paciente y su familia hacia y con la forma de ser, la actitud y el trabajo terapéutico del terapeuta.

Para el desarrollo de una buena alianza terapéutica, el terapeuta tiene que tener en cuenta los mecanismos de defensa y las resistencias del paciente y su familia, para ajustarse progresivamente a ellos.

El entorno profesional

Llegados a este punto, conviene no olvidar que el entorno cuidador del bebé y del niño pequeño, fundamental para su desarrollo, no solamente lo forma la familia y los padres, sino también el entorno profesional-institucional y el entorno social con el que interactúan.

Continuando con la búsqueda de causas externas y ajenas a lo ambiental que incluye la importancia de la crianza y, dentro de ella, la interacción precoz entorno cuidador-bebé, tengo que decir que a muchos profesionales les pasa hoy día como a los padres, tal y como hemos visto en el apartado anterior. Por razones que considero más cerca de lo ideológico que de lo científico, se adhieren sin matices, de una forma simplista y reduccionista, a la causa de lo geneticobiológico como causa determinante del autismo, intentando así evitar la complejidad del problema, además de su responsabilidad.

Con la teoría pseudocientífica de la causalidad genética del autismo (véase capítulo que aborda lo genético y lo ambiental) muchos de ellos intentan evitar su implicación relacional y emocional en el contacto con estos niños, haciendo de las herramientas terapéuticas, rehabilitadoras y psicoeducativas, algo que tiene que ver más con lo instrumental que con lo relacional. Es decir, se prioriza en la comprensión del autismo un modelo de tipo deficitario (cerebral-mental) que requiere para su tratamiento de medidas que llamo ortopédicas –por la utilización que se hace de ellas–, que en ciertos casos permiten un avance en la sintomatología del niño afectado sin resolver nada de lo que concierne a su psicopatología, que pienso es fundamentalmente de base relacional. A un niño con funcionamiento autista, dentro de este modelo de comprensión deficitaria cerebral y mental de su problemática psíquica, se le aplican tratamientos cognitivo conductuales, se le proporcionan tratamientos logopédicos y psicomotores, tratamientos psicofarmacológicos, medidas psicoeducativas, etc., pero frecuentemente, estas medidas –que también considero necesarias pues no pongo en duda el componente deficitario que padecen muchos

de estos niños, como consecuencia del rechazo que viven hacia la relación y comunicación con el otro– se aplican sin tener en cuenta que lo primario y primordial para estos niños es el encuentro con un adulto, en este caso un profesional, o mejor todavía, un profesional de referencia, que tenga el deseo de comunicarse (de forma empática, parcial y transitoria, para no confundirse con ellos) y de relacionarse con ellos. Las medidas antes enumeradas, desde esa comprensión de la importancia de la relación y comunicación con estos niños, se convierten en secundarias y al servicio de esa interacción-comunicación empáticas, que es lo primero que hay que intentar conseguir con estos niños y con sus familias.

Si los profesionales no somos lo suficientemente receptivos ante el sufrimiento y problemática de estos niños y sus familias, o no estamos suficientemente formados para responder a este tipo de demandas (detección, diagnóstico y tratamiento precoces), nos podemos encontrar ante situaciones en las que bien sea por omisión o por actuación, con la mejor de las intenciones, en lugar de ayudarles, les perjudiquemos.

Entramos aquí en la necesidad de formación continuada de los profesionales que se ocuparían de la detección, diagnóstico y tratamiento precoces y que serían: los servicios de pediatría de atención primaria, los equipos de los servicios de pediatría hospitalaria tales como los de neonatología y de psiquiatría infantil, los equipos de educación maternal e infantil, los equipos educativos de atención temprana, así como los equipos de salud mental infantojuvenil.

Desde mi experiencia clínica de muchos años como asesor, formador y supervisor en una asociación de familiares de personas con enfermedad mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, APFEM, en la que desde hace años se valora la importancia de los cuidados del cuidador familiar para el adecuado trato y cuidado del familiar afectado, la formación continuada de los profesionales es también concebida como una exigencia ética irrenunciable del profesional, y como los «cuidados necesarios del cuidador profesional» facilitados por la institución para el mejor y más

adecuado desempeño de su labor, así como para evitar el síndrome del «profesional quemado» (Larbán, 2010a).

Desde una dimensión ética de nuestro trabajo, no podemos olvidar que, como personas y como profesionales, no solamente somos responsables de lo que decimos y hacemos, sino también de lo que omitimos, y además, en gran parte, de la repercusión que esto tiene sobre el otro. Este posicionamiento ético del profesional, pero también del cuidador en un sentido más amplio, facilita la actividad reparadora de los posibles errores y fallos que podamos cometer, sin pretenderlo, en el ejercicio de nuestra labor, ya que posibilita comprender empáticamente los posibles daños que, como consecuencia de nuestros actos, se pueden producir en la interacción con los otros.

Tenemos que asumir de forma coherente e integrada nuestra responsabilidad personal y profesional, que no pueden estar demasiado disociadas ni en nuestro interior, ni en nuestra actitud. Disociación que, por otra parte, es sana y necesaria si es transitoria y parcial.

Si somos cuidadores profesionales de quien nos pide ayuda, tenemos que poder cuidarlo, sin descuidarnos a nosotros mismos. Lo podemos conseguir, además de con nuestro desarrollo personal y profesional, con la creación de espacios-tiempo, institucionales y de formación continuada, con supervisiones –entre otras actividades clínicas– que contribuyen a que el cuidador profesional sea, y se sienta, acompañado a lo largo del proceso que este realiza a su vez con las personas afectadas y sus familias. Se evitarían así, no solamente muchos efectos perjudiciales que, sin querer, provocamos en las personas que nos piden ayuda, encontrándose además en situación de sufrimiento y vulnerabilidad, sino también, que la necesidad de cuidarnos se convierta en la necesidad de «cuidarse de», en el sentido de protegerse defensivamente de los que esperan de nosotros una ayuda personal (humana, de sujeto a sujeto), y profesional (objetiva, pero sin tratar al otro como mero objeto de estudio).

La creencia, hasta ahora arraigada en la mayoría de los profesionales del entorno cuidador del bebé, de que es imposible

detectar el autismo antes de los 18-24 meses de vida del niño está afectando muy seria y negativamente los posibles avances en la detección de los factores de riesgo de funcionamiento autista del niño en el primer año de vida.

El porcentaje importante de padres (30-50%) que observan alteraciones precoces en el desarrollo y en la comunicación con sus hijos en su primer año de vida y mi propia experiencia clínica, muestran lo contrario.

Quizás, lo que hacía difícil o imposible dicha detección precoz antes de los 18-24 meses era el tipo de selección y de elección que se había hecho hasta ahora, tanto del objeto a investigar, como del método para su observación ya que estaba exclusivamente centrado en los signos de alarma (fluctuantes) presentes en el niño, y no en la evolución del estilo de interacción que se establece progresivamente entre el bebé y sus cuidadores durante el primer año de vida del niño, ni en el estudio de la evolución de los factores de riesgo interactivo que se van desarrollando entre ellos.

La ideología rígidamente aplicada a la política sanitaria en el campo de la salud mental infantojuvenil, puede hacer que nos encontremos, como es el caso en España, con que la canalización de la demanda hacia los servicios de salud mental infantojuvenil, que es realizada de forma exclusiva a través los servicios de atención primaria pediátricos, provoque que se pierdan en el camino un buen porcentaje de casos. Nos tendríamos que plantear seriamente la conveniencia de que la demanda de ayuda dirigida a los servicios de salud mental infantojuveniles también pueda hacerse directamente desde las familias, así como desde los equipos educativos y sociales, para evitar que un importante porcentaje de casos no solamente se pierda en el camino, sino que además no sea adecuadamente atendido. Este aspecto de la política sanitaria y la actitud que esta genera, serían, además, contrarios al modelo de salud mental comunitaria que inspira la reforma psiquiátrica en España y en el contexto Europeo en que vivimos, ya que en este caso no se facilita el libre acceso del ciudadano a los servicios de salud mental infantojuvenil a los que por ley tiene derecho.

El entorno institucional

La responsabilidad institucional –como elemento interactivo esencial en la relación entorno cuidador-bebé– de los servicios hospitalarios de pediatría y de neonatología en los casos de alto riesgo perinatal y de grave evolución psicopatológica o psicosomática del bebé, me parece incuestionable en cuanto a la influencia positiva o negativa de dicha evolución, según sean los cuidados aportados, tanto al bebé como a sus padres.

Veamos ahora lo que ocurre con el desarrollo de los neonatos prematuros en las UCIN, Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales, cuando se cambian las condiciones ambientales adaptándolas a las necesidades evolutivas de estos bebés y de sus familias.

Es conocida la relación entre bajo peso al nacer y lesiones cerebrales. Se estima que el 80% de los nacidos antes de las 33 semanas tienen alteraciones en la sustancia blanca del cerebro que luego limitan el desarrollo escolar normal. Pero lo que se observa de forma estadística no se cumple siempre individualmente. Carme Junqué, catedrática de psicobiología de la Universidad de Barcelona, lo explica:

Las anomalías cerebrales no siempre van acompañadas de déficit funcionales; se pueden observar alteraciones estructurales con rendimientos cognitivos normales e incluso superiores y, aunque se desconocen los factores que intervienen, es muy probable que la estimulación ambiental adecuada pueda contribuir a optimizar la conectividad cerebral y esta se refleje en una mejor funcionalidad cerebral.

Un total de 40 hospitales de toda España se han integrado en el Proyecto Hera (recibe el nombre de la mujer de Zeus, protectora de la familia). Su objetivo es formar profesionales y conseguir la óptima implantación de esta metodología en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como por ejemplo la del hospital Vall d'Hebron de Barcelona, abierta las 24 horas del día a los familiares de los bebés prematuros, que

sigue los llamados cuidados centrados en el desarrollo (CCD), una serie de medidas que procuran adecuar las condiciones ambientales de luz y ruido, controlar parte del dolor sin fármacos y potenciar el contacto piel con piel o la lactancia materna, en nacidos con bajo peso.

Queda sin embargo mucho por hacer, porque, según un estudio comparativo realizado con el apoyo de la Fundación Europea para la Ciencia y presentado en las I Jornadas Internacionales de Cuidados Neonatales centrados en el desarrollo y la familia, celebradas en noviembre de 2008 en el hospital Vall d'Hebron, España e Italia se sitúan en el furgón de cola en la aplicación de estos cuidados, a pesar de que la literatura científica empieza a evaluarlos como muy beneficiosos para el desarrollo de los bebés prematuros.

Los estudios realizados sobre este tipo de cuidados neonatales avalan sus efectos beneficiosos, y según Junqué, no solo sobre la función pulmonar, el comportamiento alimentario o el crecimiento, sino también sobre el desarrollo neuronal, además de reducir el tiempo de hospitalización. Un trabajo con bebés prematuros médicamente sanos nacidos entre las 28 y 33 semanas, realizado por dos equipos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y de la Universidad de Ginebra (Suiza), hallaron una mejoría en el desarrollo estructural del cerebro constatable con pruebas de resonancia magnética.

«Entre las 24 y las 37 semanas de gestación se producen 40.000 nuevas sinapsis por segundo y los cuidados centrados en el desarrollo están mejorando la calidad de estas conexiones neuronales», afirma contundente Carmen Rosa Pallás, jefa del Servicio de Neonatología del Hospital Universitario 12 de Octubre y coordinadora científica del programa Hera. En su hospital, asegura Pallás, ya hace más de una década que se respira la filosofía de estos cuidados, pero hasta hace muy poco no ha penetrado en España.

El método de crianza llamado «canguro», en alusión a la forma de prolongar la crianza extrauterina que tiene este mamífero marsupial tan conocido y popular en Australia, utilizado

desde tiempos ancestrales por algunas sociedades primitivas y desarrollado hace años en Colombia debido al déficit de incubadoras que padecían para atender a los prematuros en las UCIN, ha sido incluido progresivamente dentro de los cuidados centrados en el desarrollo del bebé. Esta forma de crianza se está reconociendo cada vez más como una de las medidas más económicas, fáciles de implantar y desarrollar en las UCIN, con inmejorables y magníficos resultados no solamente en la mejora de la calidad de la interacción padres-bebé y en especial madre-bebé, sino también en el proceso de maduración orgánica y desarrollo psicosocial del bebé.

En el servicio de neonatología del departamento de pediatría del hospital de La Fe de Valencia, la pediatra y neonatóloga Blanca Gascó, responsable de la implantación del programa «canguro» en este hospital, ha diseñado una ropa especial para los padres que facilita enormemente los cuidados que se ofrecen al bebé a través de este método.

La estrecha interacción-colaboración entre los equipos hospitalarios de pediatría-neuropediatría-neonatología, y profesionales como psiquiatras y psicólogos clínicos, ambos psicoterapeutas formados y con experiencia en psicología y psicopatología perinatal, está contribuyendo poderosamente –aunque de momento no sea una experiencia generalizada en España– no solamente en la mejora de la calidad de los cuidados prestados, sino también en los resultados evolutivos y preventivos.

Me parecen significativas y muy importantes respecto a lo que acabo de comentar, las experiencias desarrolladas, y lamentablemente interrumpidas por razones burocráticas, en el servicio de pediatría del Hospital de Sagunto gracias a la fecunda colaboración de Mercedes Benac, neuropediatra, y Pascual Palau, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psicosomatólogo. La detección de factores de riesgo evolutivo del bebé de pocas semanas hacia una psicopatología psicosomática o autística, y su correspondiente tratamiento psicoterapéutico practicado y centrado en la interacción padres-bebé, está evitando en gran número de casos la instalación del trastorno en el psiquismo

temprano del bebé y ahorrando una ingente cantidad de sufrimiento en los padres.

El concierto establecido desde hace años entre el servicio de neonatología del Hospital de San Pablo y la Fundación Eulalia Torras de Beà, FETB, en Barcelona, está permitiendo un sistema de cuidados de los prematuros que son atendidos en dicho hospital, centrado en las necesidades evolutivas de estos bebés y sus familias, más que en las necesidades, comodidades y rutinas del servicio que les atiende. La presencia desde hace años en este servicio de Remei Tarragó, psiquiatra y psicoterapeuta de la FETB, con amplia experiencia en el trabajo clínico con bebés, está contribuyendo no solamente en la mejoría de los cuidados recibidos por los bebés y familias que son atendidos en este servicio, sino además en la motivación y cuidados que también necesita el cuidador profesional para mantener la calidad asistencial y su salud. La labor preventiva que se puede desarrollar con este tipo de trabajo interdisciplinar y multiprofesional, en lo que respecta a los posibles trastornos de personalidad que pueden presentarse más adelante en los niños prematuros que no son adecuadamente atendidos en estos servicios, me parece digna de mención (Tarragó, 2008).

El entorno social

Del entorno cuidador del bebé forma parte el entorno social, que tiene también su parte de responsabilidad en el tipo de cuidados que recibe el niño en nuestro medio, así como de las consecuencias que se derivan de una inadecuada atención de nuestros pequeños.

No olvidemos que sociedad somos todos y cada uno de nosotros.

La situación de la atención en España de los Trastorno del Espectro Autista

Tenemos una gran responsabilidad social consintiendo que en España se mantenga durante tanto tiempo el panorama desolador descrito por el informe del Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III referente a los TEA, Trastornos del Espectro Autista, su detección, diagnóstico y tratamiento (Demora Diagnóstica en los TEA, 2003-2004).

El grupo de Estudios de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, en su informe sobre Demora Diagnóstica en los TEA, elaborado en 2003-2004, expone, entre otros, los siguientes y alarmantes datos que lamentablemente siguen vigentes hoy día:

1. Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo. Entre un 30%-50% de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida.
2. Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan 2 años y dos meses de promedio.
3. La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de 5 años.
4. El diagnóstico de los TEA es fruto, hasta el momento, más de los Servicios Especializados en Diagnóstico de TEA (a los que acuden las familias de forma privada), que de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.
5. Hasta tres o cuatro años pueden pasar antes de que un niño, que muestra los primeros síntomas de autismo, sea diagnosticado y reciba el tratamiento adecuado.
6. Aunque las familias acuden a consultar a Servicios Públicos de Salud, la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en Servicios Privados (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

La carencia de servicios adecuados y de profesionales debidamente formados y acreditados en salud mental de la infancia y adolescencia, y más específicamente en este campo de los Trastornos del Espectro Autista, pueden ayudarnos a comprender, pero de ninguna manera a justificar tales hechos.

Las agrupaciones de familiares de afectados han tenido un importante papel para lograr que la Administración intervenga para desbloquear la situación que teníamos en España del no reconocimiento oficial de la especialidad de psiquiatría de niños y adolescentes. Situación que perduraba por la incapacidad de los profesionales para ponerse de acuerdo en la creación de una especialidad médica separada de la psiquiatría de adultos y de la pediatría, tal y como desde hace años existe en Europa. Ocurre lo mismo con la especialidad de psicología clínica infantojuvenil. Lo malo de esta actitud, cómoda y negligente de nuestra Administración, es que con ella se ha perjudicado durante muchos años, y muy gravemente, la salud, el bienestar y el desarrollo de nuestros niños y adolescentes, así como de sus familias.

El día 6 de abril de 2009, poco antes del cambio ministerial, el ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, durante la asignación de plazas MIR para la especialización en medicina, anunciaba la creación de la especialidad médica de psiquiatría de niños y adolescentes en España. Su sucesora, la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, poco tiempo después de su nombramiento, el 23-04-09, reiteraba ante los pacientes -Foro Abierto de Salud- su compromiso con la creación de la especialidad de Psiquiatría InfantoJuvenil en España, y con el abordaje de las llamadas «enfermedades raras».

Estábamos entonces de enhorabuena ante semejantes noticias. Sin embargo, el seguimiento del proceso de creación de dicha especialidad no ha dado sus frutos hasta ahora, pues estamos en 2012 y todavía no se ha definido a qué tronco de la medicina va a pertenecer la especialidad de psiquiatría, y dentro de ella, la psiquiatría de niños y adolescentes. Como consecuencia de ello, ni hay servicios docentes, ni especialistas formados en

España para responder adecuadamente a las necesidades que en salud mental presentan nuestros niños y adolescentes, que, no lo olvidemos, serán los adultos y padres de mañana.

Crianza y educación en la primera infancia

La crianza y educación en la primera infancia es de suma importancia individual, familiar, comunitaria y social, con múltiples ramificaciones que afectan incluso a la política de ayudas laborales y económicas destinadas a las familias, así como a la creación de plazas en escuelas infantiles, con la finalidad de conciliar la vida laboral con la familiar. Consideramos que, en este sentido, es absolutamente necesario poder desligar las necesidades reales de la criatura humana en sus primeros años de vida, de otro tipo de necesidades familiares, sociales y económicas, que afectan y en ocasiones determinan –más que las necesidades reales– la manera de responder de la familia y la comunidad a las necesidades que presenta el niño pequeño.

La crianza constituye el conjunto de cuidados que dedicamos al bebé para que crezca bien biológica y psicológicamente. Lo esencial de la crianza es la disponibilidad emocional que ofrece la madre (o cuidador primario) a la relación de apego que el bebé establece con ella, el «diálogo» y las interacciones que ella mantiene con él, por ejemplo, mientras lo alimenta, lo baña y juega con él. De este diálogo e interacciones depende el desarrollo del cerebro y de las funciones psíquicas del bebé. Vemos, pues, la gran importancia de la crianza que reúne todo lo que son los cuidados del bebé, integrados por el eje vertebrador del diálogo entre la madre y su hijo. En este diálogo ella participa «conversando» con su bebé, con palabras y con las acciones de cuidar, y el pequeño participa emitiendo los sonidos vocales

de que es capaz a cada edad y con una variedad de movimientos de brazos, piernas y de todo el cuerpo, tal y como nos explica Eulalia Torras, psiquiatra y psicoanalista, presidenta de la Fundación FETB de Barcelona, en su libro *La mejor guardería, tu casa* (Torras de Beà, 2011).

La crianza y educación en los niños pequeños compete, en primer lugar, a la familia y también, en el caso de niños escolarizados, al sistema educativo. No es deseable ni recomendable disociar los aspectos de la crianza de aquellos correspondientes a la educación de los niños pequeños, al objeto de poder responder de manera integrada y global a unas necesidades que de manera natural no se presentan con ese grado de disociación en el niño y proveer, de esta manera, una continuidad y coherencia en los cuidados que es muy necesaria en los primeros años de vida.

En los últimos decenios se ha avanzado mucho en la constatación de la importancia que tiene para el adecuado desarrollo psiquicocerebral del niño su interacción con el medio y, sobre todo, con su entorno cuidador. Se ha de destacar la importancia concedida al vínculo temprano y a las primeras interacciones emocionales del bebé con su entorno cuidador tanto en la aparición de problemáticas ligadas al aprendizaje, a la corporalidad y a su desarrollo psíquico y cerebral, como para su sano desarrollo.

El vínculo de apego entre el bebé y su cuidador principal, constituye el molde relacional a partir del cual el ser humano configura su sentir con respecto a sí mismo, a los otros, y a su manera de relacionarse con los demás.

La figura de apego seguro, más que designar la necesidad de un vínculo con el cuidador, representa para el bebé la seguridad básica esencial para poder explorar y, por tanto, para aprender. La ausencia de la vinculación de apego seguro puede inhibir el deseo y la capacidad exploratoria del bebé y, por consiguiente, la de aprender. Para que el vínculo de apego sea percibido como seguro por el bebé, es necesario que la disponibilidad y sensibilidad del cuidador permita que se desarrolle en el niño un estado emocional basado en la sensación de se-

guridad. Este sentimiento de seguridad es un elemento necesario para el adecuado desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales que se basan en la exploración, permitiendo al niño su evolución hacia un mayor grado de autonomía. El apego seguro incrementa la resiliencia en el niño (Fonagy, 2004).

El aprendizaje humano forma parte de su proceso de desarrollo. Se fundamenta en la vinculación y en la comunicación empática con el otro y con los demás, estando dicho aprendizaje en la base de su desarrollo como persona. Además, está caracterizado por la búsqueda innata del sentido de lo que aprendemos. Visto el proceso de aprendizaje humano de esta manera, y evitando separarlo artificialmente del efectuado en la familia, en la escuela, así como en los grupos e instituciones de formación, nos podemos preguntar si el «saber académico» o la mera «instrucción» basados en la transmisión acumulativa de información y de conocimiento, sin valores y sin contenido emocional que lo sustente, sin tener en cuenta los procesos de vinculación y de identificación a través de los cuales se efectúa dicha transmisión de contenidos, es el método más adecuado para enseñar o para facilitar el aprendizaje, no solamente de nuestros hijos-alumnos, sino también de los adultos y de nosotros mismos.

Si tenemos presente todo esto, podemos ver cómo la ayuda destinada a la constitución y evolución de este vínculo seguro, desde los diferentes contextos familiares y profesionales que atienden al niño pequeño, constituye una estrategia de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, en los diferentes ámbitos (individual, familiar, escolar y social) en los que vive y se desarrolla el ser humano.

La respuesta familiar, política y social hacia las necesidades que presentan la crianza y educación en la primera infancia, debe centrarse en estas necesidades básicas del ser humano, relativizando en la medida de lo posible el peso de los condicionamientos laborales y económicos que tanto están influyendo en el modo como se atiende a los niños pequeños actualmente. En este sentido, para lograr una verdadera conciliación de la vida laboral y familiar de los padres, no solamente se ten-

drían que crear más plazas de guarderías o escuelas infantiles sino, además, desarrollar unas políticas de ayuda económica y laboral (ampliación de los permisos de maternidad y paternidad, facilidades para su reciclaje e incorporación posterior a la vida laboral, revalorización social de la crianza y educación en la familia) destinadas a los padres que quieran criar y educar de forma prioritaria a sus hijos pequeños en casa. Ayudas que tendrían que ser más consistentes, importantes y adecuadas que las que tenemos ahora. Esta sería la dirección a seguir en los próximos años si verdaderamente queremos garantizar una mejor evolución de nuestros hijos.

Las respuestas a las necesidades de crianza y educación de un bebé se encuadran en un conjunto más complejo de necesidades familiares y sociales. En este sentido, la manera de responder a cada bebé será diferente de acuerdo con la singularidad de cada ser humano y el contexto-entorno en el que se desarrolla. En todo caso, la escolarización precoz –antes de los dos años– y el exceso de horas pasadas en el centro escolar –más de 20 horas a la semana– puede provocar importantes dificultades emocionales y afectar negativamente el desarrollo del niño pequeño, además de aumentar los factores de riesgo para su salud en general y para su salud mental en particular, tanto en el presente como en el futuro.

Frecuentemente hoy día, la función de la crianza familiar de los hijos, así como su educación, no son consideradas un elemento esencial y prioritario para su sano y adecuado desarrollo, tanto más, si su desarrollo es patológico. La creencia mítica que opera en este caso sería la de depositar en aquello en lo que se delega una realidad que no le corresponde, que no le es propia; creencia que, en este caso, sería la de considerar que es mejor para el desarrollo de los hijos el depositar la función de su crianza y educación en los abuelos, en los profesionales, y en algo externo, ajeno a la familia. Como ocurre también, y frecuentemente, hoy día con la educación y la relación terapéutica.

Sin embargo, la base del desarrollo sano en el niño, así como el proceso de su desarrollo psicopatológico, incluido el trastorno autista –sin negar la importancia de los factores genéticos y

constitucionales, es decir, el temperamento del niño, que se ha visto también que no es algo inmutable sino que es modificable por la interacción con el entorno— tiene mucho que ver con la crianza, con la educación, y con el estilo de interacción que se va estableciendo entre el entorno cuidador y el niño a lo largo de sus primeros años de vida.

La creencia mítica que expongo parece algo tan increíble que, vista desde el exterior, es difícil de comprender y de defender. Sin embargo, esto ocurre entre muchos padres y profesionales que niegan la importancia de su función para eludir su responsabilidad; la responsabilidad que abriría una dolorosa herida narcisista no cicatrizada en ellos cuando las cosas no van bien en el desarrollo del hijo o en la evolución del paciente o educando. Por eso, como mecanismo de defensa, lo relacional e interactivo familiar, así como la relación profesional, no son considerados como fundamentales en las tareas de crianza y educación del niño pequeño ni en la terapia o rehabilitación del niño afectado. La importancia de estas funciones propias de unos y otros, es negada y delegada en el exterior. Los padres, delegando su función en la escuela, en el pediatra, en los abuelos, en los terapeutas, en las instituciones, etc., los terapeutas, delegando su función en las técnicas terapéuticas, rehabilitadoras, psicofarmacológicas, etc., los pedagogos y educadores, en las técnicas reeducativas, psicoeducativas, en la adaptación curricular, en la respuesta instrumental y no relacional que se suele dar a las necesidades educativas especiales del alumno, no al alumno, etc., etc., etc.

Como consecuencia de todo ello, el abandono y negación del modelo relacional de comprensión del funcionamiento autístico también ha supuesto, a mi juicio, un enorme retroceso en la comprensión, confrontación y abordaje clínico adecuado de los trastornos mentales y del autismo temprano, así como de sus graves consecuencias. Este abandono del modelo relacional-ambiental se ha ido produciendo de forma progresiva como consecuencia de la creencia mítica en la etiología genética del autismo, que se apoyaba también en la creencia de la no plasticidad del cerebro y en la no consideración de la neurogénesis

cerebral, todos ellos fenómenos que hoy día se sabe –como veremos más adelante– que son necesariamente interactivos con el entorno para el adecuado y completo desarrollo de las funciones cerebrales y psíquicas del bebé.

➤ El desarrollo postnatal del bebé

Respecto al importante papel que juegan en el desarrollo humano las primeras experiencias interactivas vividas durante la primera infancia y su influencia sobre el futuro biopsicosocial del sujeto que las vive, Jorge Luis Tizón nos dice –entre otras muchas cosas importantes– en la entrevista que le han hecho recientemente para la revista *Temas de psicoanálisis*:

La crianza en los primeros años, es decir, las emociones, duelos, conflictos y traumas de ese periodo de la vida forman la base para la salud y la salud mental futuras. Sobre la base de lo heredado, estos avatares tempranos son el crisol de la psicología de la persona, del adulto, pero también de la organización y expresión o no, de una parte del genoma, de la organización de aspectos clave de su sistema nervioso, de su endocrinología, de su inmunología, y, cómo no, de la psicopatología [...]. Los duelos y proceso de duelo, sobre todo tempranos, son básicos para la salud y la salud mental. Las formas de modularlos y elaborarlos se transmiten en la familia y el grupo social básico y son «grabados» psicológicamente, en forma de organizaciones para la relación, a su vez apoyadas en las memorias psiconeuroendocrinoinmunitarias. (Tizón, 2012)

Para comprender el nacimiento y desarrollo psíquico precoz del ser humano, así como sus tempranas desviaciones hacia la psicopatología, no tenemos que perder de vista que el psiquismo temprano del bebé tiene sus raíces en su cuerpo y en

la interacción con su entorno cuidador, justo ahí donde se entrecruzan estos dos aspectos tan importantes para él y para su desarrollo como sujeto. Las primeras experiencias sensoriales del bebé, vividas en la interacción con su cuidador primario, tienen sus raíces en el cuerpo (Golse, 2004).

El estudio del bebé otorga al cuerpo y a sus funciones una plaza central, en la medida en que representan, en la primera infancia, un lugar de expresión privilegiado del sufrimiento psíquico y/o de una disfunción relacional entre el lactante y su entorno. El conjunto de interacciones precoces vividas por el niño en su cuerpo y en su comportamiento da lugar a una actividad de mentalización esencial para el desarrollo de su funcionamiento psíquico. La mentalización y el desarrollo psíquico son procesos eminentemente interactivos que no pueden ser considerados solo desde el punto de vista del niño. Para ser comprendidos, deben ser abordados necesariamente a través de un rodeo por el psiquismo del adulto, que vuelve pensable al bebé lo que le es primero impensable por sus propios medios, fundando de este modo las bases de su propio funcionamiento psíquico. El cuerpo es para el niño como el paso obligado hacia sus sistemas de simbolización y de significación. Los cuales no pueden ponerse en marcha, afinarse, especificarse y hacerse operativos, más que en función de la capacidad interpretativa del adulto sobre lo que le pasa realmente al niño.

El lactante, dotado desde su nacimiento de temperamento y competencias específicas, es un «ser en devenir». El desarrollo de su personalidad, estrechamente dependiente de su inmadurez, se hace a partir de «su unidad primaria con los cuidados maternos». La madre y el bebé, díada asimétrica, dejarán de forma progresiva este estado de fusión-confusión primaria a través de una transacción continua, de una espiral interactiva, fuente de placer y desagrado recíproco. El desarrollo del niño, tanto corporal como psíquico, como vemos, solo puede ser conceptualizado en el marco de su sistema interactivo, diádico y triádico.

La observación del lactante permite así acceder al pensamiento en acción y experimentado en el comportamiento: pensar, actuar y volver a sentir revelándose como rigurosa-

mente indisociables en el bebé. Los mensajes corporales y los comportamientos más generales de un bebé constituyen, desde esta perspectiva, una forma de «relato de su historia interactiva precoz». Los estudios recientes sobre las competencias precoces del bebé, así como los datos recogidos por la técnica de la observación directa, el análisis detallado de los sistemas interactivos y el estudio cada vez más profundo de las psicopatologías arcaicas permiten un mejor conocimiento de la comunicación preverbal y del impacto de la intersubjetividad sobre el desarrollo psíquico del niño. El desarrollo humano no es una acumulación de adquisiciones y conocimientos, sino que supone, en cada nueva etapa, la pérdida de un equilibrio y la búsqueda de una nueva posición psíquica. Progresos tristes y triunfos nostálgicos, originándose cada progreso en la pérdida. A través de la sincronización afectiva y la concordancia de ritmos congruentes de los diferentes canales de comunicación sensorial entre la madre y el niño puede este último acceder a la intersubjetividad. Los continentes emocionales preceden así a los continentes de las ideas. Como el acceso a las emociones propias supone un rodeo a través del otro, esto hace que los afectos y emociones se coconstruyan en el seno de cada diada madre-hijo.

El desarrollo humano podemos verlo como un proceso evolutivo del niño que consistiría en pasar de la dependencia adictiva a una separación y diferenciación cada vez mayor de las personas que lo cuidan para lograr, progresivamente, un mayor grado de individuación y autonomía. Para lograr con éxito este objetivo, es necesario desarrollar la capacidad creativa de estar a solas consigo mismo.

El niño que puede interiorizar los cuidados que ha recibido en ausencia de quien le cuida, que puede recordar y recrear esa experiencia, aprender de otras similares y desplazar lo vivido a otras situaciones simbólicamente equivalentes, podrá más tarde, como adulto, encontrarse creativamente consigo mismo cuando está solo, sin sentirse desamparado.

Con esta evolución, para el niño es mucho más fácil el proceso de separación-diferenciación-individuación del otro, gra-

cias a una separación progresiva, a una diferenciación del otro, hasta llegar a una autonomía relativa. Si este proceso que describimos se bloquea de forma duradera, el niño dependerá del cuerpo físico y de la presencia real de la madre, o de objetos que son meros sustitutos de su presencia real y de los cuales no se puede separar. En estos casos, el niño no puede desplazar las cualidades que le dan seguridad a otros objetos porque ese objeto, como la madre, es el que tiene las cualidades y no él, no pudiendo desarrollar su potencial creativo subjetivo a la vez que queda expuesto al desarrollo progresivo de una tendencia a establecer relaciones adictivas con objetos y personas. Para que el desarrollo sano del bebé se produzca, es necesario que el ejercicio adecuado de las funciones parentales, le permita desarrollar el extraordinario potencial de competencias con que viene equipado desde el nacimiento.

➤ Las funciones parentales y el desarrollo del bebé

El potencial evolutivo del bebé, así como el desarrollo de su «capital» genético, biológico y psicosocial (lo constitucional del ser humano al nacer) y el desarrollo de sus competencias desde su vida intrauterina y su nacimiento, dependen de la interacción con su entorno.

Si se está de acuerdo, y cada vez hay más consenso sobre ello, en que el trastorno básico y específico del autismo es la dificultad para acceder a la intersubjetividad, es decir, para compartir la experiencia subjetiva con el otro, podemos deducir que el entorno cuidador que facilite y no obstaculice dicho acceso a la intersubjetividad, está haciendo, incluso sin saberlo, una labor de prevención primaria, es decir, está evitando que se desarrolle y se instale en el niño pequeño un funcionamiento autístico. Si lo esencial para la constitución del ser humano como sujeto es el acceso a la propia subjetividad y a la relación intersubjetiva con el otro, es decir, la capacidad de compartir la experiencia vivida, y si esta experiencia tiene que ver a su vez con las emociones, los pensamientos (por este orden), y las intenciones o motivaciones, incluida la sensación de movimiento que acompaña la intencionalidad del sujeto al comunicarse con el otro, podemos deducir que todo lo que desde el entorno cuidador facilite el desarrollo de esta capacidad de intersubjetividad en el niño, constituirá un factor potenciador de su salud mental y de su resistencia psicoemocional.

Partimos de la premisa de que el afecto es el principal organizador de la vida relacional y de que el niño va integrándose afectivamente en la interacción a partir de que sus adultos significativos reconozcan y «lean» sus sentimientos y estados internos. Gracias a este proceso, el niño logrará establecer las raíces intersubjetivas de la comunicación humana. Por eso a la hora de evaluar los factores de riesgo interactivo en lo que concierne al entorno cuidador familiar-bebé y en especial a las personas que desarrollan la función parental, tanto la función materna como la paterna, es importante considerar aquellas dificultades de comunicación emocional, cognitiva e intencional que en la interacción con el bebé, pueden dificultar la comunicación intersubjetiva y obstaculizar el acceso a la intersubjetividad del bebé. Tengamos en cuenta que en el primer año de vida se constituyen y desarrollan los cimientos, los fundamentos del ser y del sí mismo en la interacción con el otro, con su entorno cuidador que lo «alimenta». Este sería el paso previo a la constitución posterior del yo, de la identidad, y de la personalidad del sujeto.

La función parental

Las personas que ejercen la función parental y, dentro de ella, la función materna y paterna, son esenciales para conseguir que el bebé sobreviva, madure biológicamente, y se desarrolle como persona. Cuando digo padres, madre y padre en este texto, me refiero a las funciones más que a las personas. De la misma forma, cuando digo niño, me refiero al genérico «niño», que engloba también a la niña. Madre y padre son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen. La función es un concepto matemático que implica un lugar vacío. Cualquiera puede ocupar este lugar si es capaz de desarrollar aquello que caracteriza a la función. Se trata en este caso de las funciones básicas y necesarias para la supervivencia y el desarrollo del niño pequeño, cosas que sin ellas serían imposibles para él. Desde esta perspectiva, pueden desarrollar la función parental

o la materna y paterna, personas y profesionales –también instituciones– que no sean los padres y las madres. Sin embargo, no hay que olvidar que en condiciones normales, y debido al hecho biológico que supone el embarazo, quien mejor conoce a su hijo es la madre, que sería la persona más adecuada para ejercer la función materna. Lo mismo podríamos decir del padre y de la función paterna.

La función materna y la función paterna

Las funciones materna y paterna son antagonistas y complementarias. Su interrelación da como resultado un vínculo de calidad. Me parece importante subrayar que estas dos funciones pueden ser ejercidas por la misma persona (madre soltera, familias monoparentales, etc.). La integración de la bisexualidad psíquica en el ser humano, tanto por parte de la madre como del padre, juega un importante papel en la crianza del hijo ya que, tanto la madre como el padre, desde lo materno-femenino y paterno-masculino –presentes en el mundo interno de ambos padres–, interiorizados por identificación y sin disociación excesiva, pueden desarrollar la función parental, la función materna y la función paterna.

Concibo la manera de desarrollarse el funcionamiento psíquico del bebé a partir de la relación dialéctica entre estas dos funciones (materna y paterna) que le permiten constituirse como sujeto, con subjetividad propia y con capacidad para establecer relaciones intersubjetivas con el otro. La importancia que estas funciones tienen es tal, que el déficit o exceso de una de ellas puede alterar la construcción de la subjetividad del bebé. La manera en que la función materna y/o paterna es ejercida depende de las características de las personas que realizan esas funciones pero también, de las características del bebé. No obstante, el bebé –en palabras de Brazelton, destacado pediatra estadounidense– es una persona y, como tal, modela a sus padres y también su entorno (Brazelton, 1989).

La función materna

La gestación biológica no garantiza el deseo de supervivencia indispensable para el recién nacido, razón por la cual la persona que ejerza la función materna tiene que ser portadora de este deseo para el niño.

Vamos a desarrollar brevemente la importante aportación de Winnicott para la comprensión de la función materna en la interacción con el bebé.

«No existe tal cosa llamada bebé» dice Winnicott: «El bebé existe siempre con alguien más; una mamá que lo corporaliza, lo construye, lo invita amorosamente a vivir, la que cumple la “función materna”, que debe ser lo suficientemente “buena” (adecuada) para garantizar su salud física y psíquica». Describir un bebé es describir un bebé de alguien y con alguien. Un bebé no puede existir solo, es parte de un vínculo (Winnicott, 1965).

Si bien Winnicott establece que el niño posee una tendencia innata al crecimiento y desarrollo, este necesita de los cuidados maternos o de un ambiente facilitador para ello. A esta función materna Winnicott la llama «la madre suficientemente buena» (adecuada). Esta función de la persona que hace la función materna consiste en metabolizar las ansiedades y el malestar del bebé e ir entregándole cuotas de realidad en la medida que su funcionamiento psíquico lo pueda tolerar. Para Winnicott, la función materna cumple con una doble finalidad. Por un lado, es el objeto-sujeto relacional (todo aquello que es considerado exterior al sujeto, diferente y otro que él mismo y que puede movilizar el interés, la atención, en un sentido positivo o negativo) del bebé, y por otro, como «madre suficientemente buena» (adecuada), desarrolla también para su bebé el papel de «medio ambiente posibilitador», proporcionando la respuesta adecuada a las necesidades y demandas del bebé, facilitando el desarrollo sano del mismo.

En la travesía de la dependencia absoluta a la dependencia relativa, se establecen tres logros básicos para el bebé: la integración, la personalización y los comienzos de la relación con el

otro como objeto-sujeto relacional. Estos logros no son consecutivos sino que son interdependientes y se superponen. Según Winnicott, para conseguirlo, la persona que ejerce la función materna desarrolla cuatro funciones básicas.

1. Sostén psicoafectivo (*holding*): relacionado con la capacidad psicoemocional de identificarse de forma empática con su bebé. Se corresponde con la fase de dependencia absoluta del bebé hacia su entorno (hasta los 5-6 meses) relacionándose con la necesidad de amparo que supone mantener al bebé a resguardo de sucesos impredecibles y, en consecuencia, traumáticos, que interrumpan la continuidad de la sensación de existir. La función de cuidado tiene que ver tanto con cubrir sus necesidades fisiológicas como con responder adecuadamente a lo que siente y espera de ella su hijo, es decir, estar en interacción empática con él. Es el sostén corporal y psíquico que le presta la madre a su bebé, que se continúa en la mirada y en la palabra, es decir, en la actitud empática de la madre hacia su bebé. En este momento evolutivo, el bebé no tiene medios para conocer el cuidado materno. Al comienzo, el feto y después el lactante, dependen totalmente del cuidado maternal. Hay una incapacidad del bebé para tomar conciencia de su dependencia. Los cuidados propios de esta etapa promueven la cohesión de lo sensorial y lo motoriz, la integración de ambos, y le permite al bebé la ilusión de omnipotencia necesaria para la creación de las primeras representaciones (subjetivas) de los objetos-sujetos relacionales. La integración del yo tiene su base en la continuidad de la línea de vida, adquiriendo el sentimiento de existir –el «soy (existo) yo»–, de totalizarse, lo que supone la reunión de los componentes somáticos y psíquicos en «ser uno propio».
2. Manipulación, manejo del bebé (*handling*): contribuye al desarrollo psicosomático del bebé que le permitirá percibir lo «real» como contrario a lo «irreal». Se corresponde con la fase de dependencia relativa (desde los 5-6 meses) y se corresponde con la necesidad de personalización en el niño. Un aspecto importante de la integración es la personaliza-

ción que tiene que ver con la adquisición de un esquema corporal personal, en que la psique habita el cuerpo. La base para que la psique habite el cuerpo tiene relación con el eslabonamiento de la experiencia motora, sensorial y funcional con el nuevo estado del bebé, que consiste en ser una persona. A su vez, los límites del cuerpo proporcionan la membrana limitadora entre lo que es yo y lo que es no yo. De este modo, el niño llega a tener un adentro y un afuera, un esquema corporal. Además, poco a poco se desarrolla como significativa una realidad psíquica interna y personal en el niño. Lo mismo que el logro de «soy (existo) yo», el llegar a habitar el cuerpo depende de una provisión ambiental lo bastante buena (adecuada). Winnicott ligó la asistencia corporal del niño con la personalización. Es lo que denomina *handling*, manejo, manipulación, en sus escritos. El *handling* sería la particular manera que tiene la madre de moverlo, acogerlo en su regazo, depositarlo y trasladarlo en el espacio. Esto no es privativo de la edad del lactante, sino que transcurre en cada momento evolutivo desde los 45 días a los 3 años. Una asistencia corporal adaptativa supone que la persona que cuida al niño es capaz de conducir al bebé y al cuerpo del bebé como si los dos formaran una unidad. El logro de la personalización tiene sus manifestaciones en una buena coordinación y un tono muscular satisfactorio.

3. Presentación de objetos y presentación de sí mismo como «objeto» cuidador justo en el momento esperado por el bebé, ni antes ni después: esta función promueve en el bebé la capacidad de relacionarse con sujetos-objetos, y de desearlos. De la presentación del objeto relacional se puede decir que abarca no solo la iniciación de vínculos interpersonales, sino la introducción en el mundo, en una realidad compartida. Sería la presentación progresiva y a pequeñas dosis de la realidad que incluye todo aquello que está inscrito en la presentación del mundo: desde el plato de comida sólida y la cuchara, hasta las rutinas de lo que es diurno y lo que es nocturno, de lo que es familia y lo que no lo es. «Es necesario que este mundo le sea presentado en pequeñas dosis.» Toda

vez que las necesidades del bebé son cubiertas, según las va sintiendo, gracias a la conducta adaptativa del cuidador principal, de la persona que ejerce la función materna, se establece una experiencia donde el bebé siente que lo que el otro le proporciona es exactamente lo que necesitaba y se convierte, en base a la repetición, en una experiencia de «yo he creado esto». Así se establece la ilusión de omnipotencia donde fantasía y realidad confluyen. El niño deviene creador del mundo. Este mundo creado consiste en una realidad interna –formada por las representaciones mentales subjetivas de la realidad externa percibida– que es vivenciada como un mundo que él gobierna. La madre le procura de esta forma un breve periodo en que la omnipotencia es algo experimentado. El bebé crea justamente eso que se le ofrece para ser descubierto, y la función de la madre es sostener eso. Esta experiencia de omnipotencia le permite al bebé evitar la traumática percepción de la separación, cuando esta sucede antes de tener la capacidad de soportarla (Winnicot, 1993, 1994, 1998).

4. Presentación del tercero, introducción del espacio triangular y tridimensional en la relación a dos con la consiguiente integración de la función paterna, de lo diferente al tú y al yo.

Vamos ahora a señalar, de forma condensada, algunas de las características de la función materna: la persona que ejerce la función materna le presta al bebé su continente corporal y psíquico y, mediante la función de elaboración y ensoñación basada en la identificación empática, traduce e interpreta lo que le pasa al bebé para responder adecuadamente a sus necesidades materiales y corporales, pero también, y sobre todo, psicoemocionales. Mediante sus respuestas adaptadas a las necesidades del bebé, la persona que ejerce la función materna le devuelve al bebé un material previamente elaborado, filtrado de las ansiedades, malestar, dolor, sufrimiento y temores que había «depositado» el bebé en ella. El bebé puede, de esta forma, construir progresivamente su propio continente psicossomático y llenarlo de un contenido emocional asimilable como paso previo al contenido del pensamiento.

La función paterna

Como función, se distingue de la paternidad biológica porque tiene un valor simbólico; representa la ley porque funciona como un operador psíquico de separación de la díada madre-hijo, regulando la omnipotencia materna (traducida en la disponibilidad absoluta para comprender y satisfacer las necesidades del bebé, imprescindible al principio de la vida). Además, crea un lugar externo y le proporciona un orden a la interacción madre-bebé.

La persona que ejerce la función paterna cumple también la función materna si es necesario. Interviene para sostener y apoyar la creación de la célula narcisista madre-bebé. También está presente para regularla y ponerle límites. Introduce la tríada, el concepto de ley y sus normas de aplicación. Favorece y sostiene la simbiosis, la relación de/en esa célula simbiótica madre-bebé. También le corresponde limitar y «cortar» dicha célula simbiótica. Filtra las influencias e intrusiones de familiares y amigos para que no interfieran en la autorregulación del flujo de estímulos y en la regulación de la interacción madre-bebé. A través del deseo y la sexualidad, el padre ayuda a la madre a recuperar su espacio de persona diferenciada del bebé y también su espacio de mujer. La persona que ejerce la función paterna juega además un importante papel en el desarrollo del hijo, tanto por su presencia/ausencia directa, como indirecta, a través del espacio creado para ella tanto en lo real como en lo psíquico, consciente e inconsciente, por la persona que ejerce la función materna. De la capacidad empática de quien ejerce la función paterna, comprendiendo, apoyando, sosteniendo y también poniendo límites a/en la relación madre-bebé, depende también que dicha empatía circule e interactúe en la relación triangular formada por padre, madre e hijo, y en la interacción padres-hijo, en beneficio del desarrollo sano de este último. La disponibilidad y receptividad de la persona que ejerce la función paterna para sustituir y desarrollar la función materna cuando esta lo necesita o se encuentra con dificultades en la relación de cuidados con el hijo, aumenta considerablemente

la resistencia psicoemocional del niño, y en caso de inicio y desarrollo de un funcionamiento autista, mejora también su pronóstico evolutivo.

La interacción del padre desde el lugar del tercero con su hijo, permite el paso de la díada a la tríada y, de ahí, el paso hacia lo grupal y social. Se crea de esta forma un continente tridimensional donde las representaciones internas de los objetos tienen cabida. La ausencia de la presencia paterna en la mente de la madre y la no presencia real del padre en la interacción con el bebé deja sin perspectiva, sin tridimensionalidad, el espacio de la interacción dual madre-bebé. Contribuye también, junto con la madre, en la creación de la cuarta dimensión del espacio-tiempo en el que vive su experiencia y construye su mundo interno el bebé, dimensión caracterizada por la percepción del tiempo de forma lineal y no circular, con un antes y un después, lo que permite la salida del círculo vicioso de la compulsión a la repetición convirtiendo la interacción en una espiral evolutiva y no en una experiencia de sentirse y verse atrapado en un círculo interactivo repetitivo. Esta percepción espaciotemporal se desarrolla a medida que el niño, con ayuda de su entorno cuidador, interioriza la continuidad de cuidados consiguiendo que lo ausente en el exterior esté presente en su interior, permitiéndole así tolerar mejor la discontinuidad relacional que la vida nos impone.

➤ Las competencias precoces del bebé

Estas tres últimas décadas han supuesto un cambio importante en la forma de ver y observar al bebé en la interacción con su entorno. Uno de los pioneros que influyeron en este cambio fue Brazelton, pediatra norteamericano que, desde la década de los 70, contribuyó poderosamente a la difusión del concepto de competencias precoces del bebé y desarrolló para los pediatras escalas de evaluación del desarrollo del bebé en las que incluía la observación y valoración de las competencias precoces del recién nacido en su interacción con el entorno cuidador (Brazelton, 1981, 1989; Brazelton *et al.*, 1981, 1997).

Largo tiempo considerado como un ser pasivo, el lactante aparece dotado de pronto de competencias precoces notablemente interactivas, haciendo de él un ser de orientación social inmediata. Las competencias del bebé y las del adulto armonizan de manera estrecha a fin de permitir y organizar los diferentes niveles de interacción. Es importante subrayar que el conjunto de competencias que tiene el bebé no aparece espontáneamente en el seno de su sistema interactivo. En efecto, el término mismo de «competencia» incluye la noción de virtualidad, de potencialidad, y su actualización constituye su expresión. De este modo, la expresión de estas competencias no es automática y depende de numerosas variables tales como las condiciones de presentación del estímulo y el estado de vigilancia del bebé. La capacidad de atención del bebé es esencial

para el desarrollo del conjunto de sus competencias interactivas (Bydlowski y Graindorge, 2007).

En el campo de las competencias precoces del bebé, Daniel Stern, destacado investigador de la interacción temprana padres-bebé, nos muestra que el bebé funciona como un organismo individualizado desde el nacimiento y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación. El bebé, muy tempranamente –si todo va bien en su desarrollo– es capaz de captar el estilo interactivo de su cuidador de referencia, diferenciándolo del de otras personas de su entorno, y ajustarse a ese estilo interactivo (Stern, 1978, 1991, 2002).

Para ilustrar los importantes avances que se están consiguiendo en el estudio de las tempranas competencias del bebé, paso a describir brevemente una investigación llevada a cabo recientemente. Este estudio muestra lo precoz del desarrollo de la empatía y de la intersubjetividad en el ser humano cuando las cosas evolucionan bien en la interacción con el entorno cuidador.

Según un estudio publicado en la revista *Nature*, de noviembre de 2007, antes de cumplir el año, los niños son capaces de diferenciar la bondad o la maldad de los demás y esta aptitud le permite diferenciar entre amigos y enemigos.

El hallazgo es fruto de un estudio realizado por investigadores del Departamento de Psicología de la Universidad estadounidense de Yale con bebés de entre seis y diez meses de vida.

Las personas que forman parte de nuestra vida han llegado a ella de múltiples formas: en unos casos nos han sido impuestas, como los familiares o los compañeros de trabajo, pero en otros muchos, somos nosotros los que decidimos quiénes son nuestros amigos y quiénes conforman ese núcleo de individuos que no queremos tener cerca. La capacidad para tomar estas decisiones se desarrolla muy precozmente en el ser humano.

Esto es lo que se deduce de este trabajo ya que esta habilidad favorece nuestro desarrollo.

«En nuestra investigación mostramos que los niños de entre seis y diez meses de edad distinguen al resto de seres humanos

entre atractivos y repulsivos según los comportamientos individuales que estos hayan mostrado con los demás», explica Kiley Hamlin, doctora en Psicología de la Universidad de Yale (Estados Unidos) y una de las autoras del estudio. Y es que, según los científicos, los bebés prefieren tener a su lado a alguien que ayuda a los demás, en lugar de alguien que pone la zancadilla o se mantiene impasible ante la necesidad ajena, y a una persona que muestra un comportamiento neutral, a quien se dedica a hacer la vida imposible al resto.

A estas conclusiones ha llegado esta especialista después de haber hecho varios experimentos con un grupo de niños de entre seis y diez meses de edad en el que se valoraban diferentes interacciones sociales. Para ello, se les mostraron tres piezas de madera de diferentes colores a las que se les habían pegado unos ojos.

En una animación, los niños veían cómo uno de estos muñecos, denominado el escalador, quería subir por una colina. Después de varios intentos sin éxito, otro personaje, un triángulo amarillo, le ayudaba para subir a la cima de la montaña. También se puso en escena otro personaje, un cuadrado azul, que le empujaba en sentido contrario y le entorpecía el ascenso.

En una siguiente fase, los investigadores midieron las actitudes de los niños hacia el triángulo (colaborador) y hacia el cuadrado (boicoteador). Y comprobaron que 14 de los 16 niños de seis meses y todos los 12 bebés de diez meses, preferían al colaborador.

Tras un segundo experimento en el que los psicólogos mostraron una animación en la que una cuarta figura tenía una actitud neutra con el escalador, los niños volvían a elegir al colaborador entre todas las piezas, y al muñeco neutro frente al boicoteador. Además, para descartar que los pequeños hubieran optado por una u otra figura en función del tipo de movimiento, ojos o color, los investigadores realizaron otro tipo de estrategias para descartar estos equívocos y confirmar los resultados obtenidos.

«Esa preferencia hacia personas amables podría tener un impacto positivo y duradero en un niño, asumiendo que cuan-

do los pequeños se acercan a alguien son más propensos a aprender algo de él que de otra persona a la que no se aproximan», explica Kiley Hamlin. Para la especialista, este tipo de actitudes no están influenciadas por los educadores. «Parece que los pequeños tienen esta aptitud mucho antes de que vayan a la escuela; esto demuestra lo impresionantes que son las habilidades sociales de los niños.»

➤ Las interacciones tempranas entorno cuidador-bebé

La interacción evolutiva padres-bebé es en espiral. La interacción circular, repetitiva y no creativa es cronificante y cronificadora. En la interacción madre-padres-bebé o entorno cuidador-bebé incluimos tanto la relación basada en los cuidados (real) como la relación psíquica, basada en las fantasías conscientes y sobre todo inconscientes (interacción fantasmática). Incluimos también en la interacción, la comunicación no verbal, la preverbal y la verbal, tanto en lo que respecta al contenido (información) como al continente (ritmo, prosodia, alternancia, reciprocidad) y a la forma de comunicarse (significado), sin olvidar el contexto de la comunicación, que es lo que le da el sentido.

La interacción entorno cuidador-bebé es, por necesidades evolutivas del bebé, asimétrica y recíproca, ajustándose y equilibrándose, armónica y progresivamente, en la medida en que avanza el proceso de maduración y desarrollo del niño junto con el de la interacción con la madre-padres y entorno cuidador.

«Sabemos ahora que el bebé está activamente abierto al mundo, y en particular a los padres, que está influenciado por ellos pero que él, a su vez, ejerce una influencia sobre el comportamiento, los sentimientos, y las percepciones de los padres en un encadenamiento complejo siempre en “vía de desarrollo”. Este proceso que se desarrolla generalmente sin problemas, de una manera intuitiva y espontánea, es sin embargo un mecanismo bastante frágil y delicado, donde los trastornos pueden

surgir; y el hecho de conocer mejor estos trastornos permite acciones preventivas y terapéuticas más eficaces» nos dice Juan Manzano en su libro, ya mencionado, sobre las interacciones tempranas y sus trastornos.

Vamos ahora a transcribir un texto de Alberto Lasa, psiquiatra y psicoterapeuta, profesor de psiquiatría de la Universidad del País Vasco, sobre los orígenes y fundamentos de la constitución del psiquismo temprano en el ser humano; texto que es esclarecedor tanto en lo que concierne a la comprensión de la importancia que tienen las interacciones precoces entorno cuidador-bebé y las proyecciones mutuas en dicha constitución, como en lo referente a las resistencias que se han desarrollado y se desarrollan para aceptar tan evidente realidad, tanto en el entorno familiar como en el profesional y social del bebé. Dice Lasa:

Sin embargo, aún hoy, existen no pocas resistencias a aceptar que estos intercambios precoces, estas proyecciones mutuas, son esenciales no solo para constituir el psiquismo precoz, sino también para jugar un papel condicionante y a veces determinante de la organización psíquica posterior. Creo que esta resistencia tiene que ver con la dificultad de admitir que, tanto la esencia del psiquismo, el destino psíquico de una persona, o simplemente su supervivencia, dependa de algo tan azaroso y tan indeterminado como una relación humana, que además, es particularmente frágil y sensible a múltiples acontecimientos vitales.

La interacción fantasmática

La interacción fantasmática (fantasía inconsciente) se establece a partir de la interacción real. A lo que los padres viven y ven en la relación con su hijo, le dan un sentido, le atribuyen una significación y reconstruyen con ello una representación interna (fantasía inconsciente) de lo que para ellos es, significa y representa su hijo y la relación con él. El escenario real y actual se mezcla con el fantasmático hecho de deseos, miedos, expec-

tativas, ilusiones, ideales, etc. proyectados por la madre-padres y/o entorno cuidador desde el interior al exterior y desde el pasado al presente, en la interacción y sobre la relación real que establece la madre-padres con el hijo.

Esta fantasía inconsciente primaria de los padres que se manifiesta en los primeros momentos de contacto con su bebé e incluso durante el embarazo, predispone a los padres hacia el establecimiento de una determinada relación o estilo de relación con su hijo, y juega a veces, si no cambia dicha fantasía inconsciente en función de la percepción progresiva que van teniendo de su hijo real, un papel determinante en el futuro de la interacción padres-bebé. Dicha fantasía tiene que ver con el deseo inconsciente de los padres, y de la familia de ambos, de incluir al recién nacido y su relación con él en las mallas interactivas de la filiación y de la transmisión generacional. Tiene, además, la función de reforzar su vínculo naciente con el bebé. Transforma lo desconocido para ellos en conocido y familiar, permitiéndoles tolerar mejor la angustia del extraño, de lo extraño, y también, la angustia ante lo que todavía no tiene una forma determinada que sea significativa para ellos. Dicha fantasía inconsciente se pone de relieve cuando se les pregunta a los padres qué pensaron o sintieron, en quién pensaron, a quién se le parecía su hijo y en qué, en el momento en que lo vieron por primera vez o cuando lo tuvieron por primera vez en sus brazos. La relación inconsciente que establecen los padres con lo que representa y a quién representa el bebé para ellos en función de esta fantasía inconsciente primaria, puede de esta forma determinar, en algunos casos y de forma duradera, la modalidad o estilo de la interacción que se establece entre ambos y con su bebé. En algunos casos de pérdidas y duelos, vividos y no elaborados por la madre, esta puede intentar, negando inconscientemente la pérdida padecida, perpetuar la relación con lo perdido a través de su hijo, y en la interacción con él.

Viñeta clínica

Raquel es una niña de 4 años que presenta un cuadro clínico de autismo severo, sin lenguaje verbal, con importantes dificultades de comunicación no verbal y abriéndose de forma muy limitada, transitoria y fugaz a la interacción con el otro. No se puede separar de su carrito, que lleva siempre consigo como si de una prolongación de su cuerpo y del de su madre se tratase. En su interior, contenida y sujeta por el cinturón que porta el carrito, es donde puede calmarse o dormirse. La exploración de la fantasía inconsciente primaria en el momento de elaborar la historia clínica con los padres nos aporta los siguientes y significativos datos. En el momento de preguntarles sobre lo que sintieron y pensaron durante el embarazo de su hija, en el momento de nacer o de tenerla en brazos por primera vez, la madre responde diciendo, de forma muy expresiva y contenta (en el resto de la entrevista se muestra más bien con la expresión de alguien deprimido, o amargado), lo feliz que había sido durante todo el embarazo y lo mal que lo pasó en el parto aunque desde el punto de vista médico no hubiese presentado complicaciones mayores ni traumatismos perinatales. No puede recordar ni hablar de lo que vivió al verla por primera vez separada de ella. El padre nos dice lo feliz que estaba por tener una hija a la que esperaba con mucha ilusión y de la que esperaba mucho. Añaden los dos que los problemas que tienen con su hija les han hecho estar más unidos y quererse más. Continuando con la exploración clínica en la primera entrevista, la madre nos cuenta que durante tres años, hasta el año pasado en que su hija se «enganchó» al carrito, su hija dormía con ellos en la misma cama y sobre su pecho, sin ninguna ropa que las separase de ese contacto tan estrecho entre ellos y, sobre todo, entre madre e hija. En el espacio de supervisión se vio cómo para esta madre, en su fantasía inconsciente, su hija todavía no había nacido, manteniendo con ella una relación de no separación-diferenciación. El carrito del que la niña no puede separarse no forma parte de un espacio transicional que permite separar y diferenciar el yo del no-yo sino que es una prolongación de la madre en un mun-

do bidimensional donde no hay tercero ni perspectiva. El padre se mostraba también con una actitud fuertemente disociada y negadora del grave problema que tenían en la familia y actuaba como si su hija tuviese una gripe que se curaría en unos días. La fantasía de que su hija con problemas era como el «cemento» que les permitía estar más unidos y quererse más, cerraba el círculo sin salida de una interacción gravemente cronificante y cronificada, muy difícil de cambiar.

No obstante, en este caso, la evolución ha sido muy favorable gracias a la alianza terapéutica que se ha podido establecer con los padres por parte del equipo psicosocioterapéutico de APFEM, el cuidado intensivo que Raquel tuvo en la escuela de verano de esta asociación, gracias al establecimiento de un vínculo estable y continuado con uno de sus profesionales, la participación cada vez más receptiva y activa de la niña en los talleres individuales y grupales de musicoterapia, psicomotricidad, juego, etc., el seguimiento evolutivo que hizo dicho profesional de la niña en su domicilio durante el nuevo embarazo de su madre y primeros meses de vida de su hermanito, así como la implicación cada vez mayor de los padres en el tratamiento relacional de su hija.

El maravilloso texto –escrito en 1983 por Selma Fraiberg, psicoanalista de niños y profesora en la Universidad de California en San Francisco, Estados Unidos, y colaboradores, titulado «Fantasmas en la habitación de los niños»–, que exponemos a continuación, nos muestra simbólicamente, y de una manera apasionante, lo que ocurre con algunos de los fantasmas (fantasías inconscientes) familiares de los padres en la interacción con sus hijos, su transmisión, así como su efecto sobre ellos.

Hay fantasmas en todas las habitaciones de niños. Son visitantes que surgen del pasado olvidado de los padres; ellos no han sido invitados al bautizo. En circunstancias favorables, estos espíritus hostiles e inoportunos son expulsados de la habitación de los niños y vuelven a su hábitat subterráneo. El bebé reivindica imperiosamente el amor de sus padres y, como ocurre en los cuentos de hadas, el vínculo de amor protege al niño y los padres contra

la intrusión de fantasmas malévolos. Esto no quiere decir que los fantasmas no puedan causar daños desde su sepultura. Incluso en las familias en las que los lazos de amor son intensos y durables, puede ocurrir que los intrusos surjan del pasado de los padres para franquear el círculo mágico en un momento de menos vigilancia; los padres y el niño se encuentran entonces a punto de «jugar», representar, una escena de otra época donde figuran otros personajes. Estos acontecimientos pasan desapercibidos en la escena familiar y ni el niño ni los padres ni su vínculo se encuentra necesariamente amenazado por esta breve intrusión. En un caso así, los padres no piden ayuda.

En otras familias sin embargo, la habitación de los niños es el lugar de acontecimientos más penosos causados por intrusos surgidos del pasado. Parece que existen fantasmas que se instalan en la habitación de los niños y hacen ciertas elecciones. Crean problemas según un orden del día antiguo o actual y se especializan en ámbitos como la alimentación, el sueño, el aprendizaje del control de esfínteres o la disciplina, en función de los puntos sensibles de la historia de los padres. En estas circunstancias, incluso si el vínculo entre los padres y el hijo es sólido, estos pueden sentirse desamparados frente a los invasores y buscan entonces la ayuda de un profesional. La experiencia nos ha enseñado que estos padres establecen con nosotros los profesionales una alianza lo suficientemente sólida como para expulsar los intrusos de la habitación de los niños. No es difícil encontrar los medios educativos y terapéuticos necesarios para tratar con estos invasores ocasionales.

Pero ¿cómo explicar lo que pasa en otro grupo de familias que parecen poseídas por sus fantasmas? Los invasores surgidos del pasado han elegido domicilio en la habitación de los niños, reivindicando una tradición y unos derechos de propiedad. Han asistido al bautizo de dos generaciones e incluso más. Y eso, sin que se les haya invitado. Los fantasmas se han instalado y dirigen la repetición de la tragedia familiar a partir de un texto hecho pedazos.

➤ Las proyecciones y las identificaciones

El fruto de las proyecciones maternas y paternas, así como de la interacción precoz, real y fantasmática, con la que el bebé va identificándose en mayor o menor medida, es la creación y constitución del mundo interno del hijo-bebé que se va convirtiendo en sujeto. Esto es posible cuando el proceso evolutivo se desarrolla con cierta normalidad y relativa facilidad. No hay que olvidar que las proyecciones en la interacción madre-bebé son mutuas, es decir, incluyen también en la interacción las que el bebé proyecta sobre su madre.

En cuanto el bebé logra acceder a la intersubjetividad, es decir, a partir del momento en que el bebé puede empezar a comunicarse de forma intencional y desde su propia subjetividad, aunque sea naciente (desde la aparición de la sonrisa intencional o social que puede darse desde las 4-6 semanas de vida del bebé), con la subjetividad del otro, en este caso de la madre, ya es capaz de interactuar y comunicarse con ella a través del mecanismo inconsciente de las identificaciones proyectivas (hacer sentir al otro, por proyección, lo que yo siento sin saberlo, para hacerle saber lo que siento, sin podérselo comunicar de otra manera). Como vemos, la identificación proyectiva es una fuente primitiva de intercambio y comunicación inconsciente que puede ser precursora de la comunicación empática.

Cuando la interacción se convierte en anticipación creadora de recursos, funciones y competencias del bebé y también de la persona que hace la función de madre, vemos expandirse el ex-

traordinario potencial de maduración y desarrollo que tiene el ser humano. Ejemplo: cuando la madre, el padre y/o el entorno cuidador anticipan, por identificación empática y de forma realista, las primeras palabras o los primeros pasos del niño, como por arte de magia, poco tiempo después, lo deseado y anticipado, lo proyectado, es recogido y actuado por el niño (identificación-interiorización) y el «milagro» de conseguir lo deseado se hace realidad; ¡el niño habla!, ¡el niño, anda! (Larbán, 2010b).

Sin embargo, las proyecciones que suponen un factor de riesgo para el desarrollo sano del bebé en su interacción con el entorno serían aquellas que suponen para los padres una cuestión de supervivencia y de equilibrio psíquicos. Son proyecciones narcisistas inconscientes y no intencionales de tipo imperativo, masivo, invasivo, y deformante de la realidad de lo que es realmente el hijo; son, también, proyecciones constriñentes y anexantes para el hijo que no puede sustraerse a ellas. Colocan al niño, que intenta protegerse de ellas, en situación de alto y grave riesgo de evolución hacia trastornos narcisistas y de personalidad o de un funcionamiento autista, ya que entre otras cosas le impiden verse y reconocerse a través del otro, como sujeto separado de él.

Bertrand Cramer y Francisco Palacio, psiquiatras y psicoanalistas, ex profesores en la Universidad de Ginebra, en Suiza, han profundizado en la cuestión de las proyecciones parentales sobre el hijo, trabajando con el concepto de «materialización» que permite mostrar que el bebé puede encarnar en su cuerpo o en su comportamiento toda una serie de conflictos psíquicos de la madre. Por eso es importante en las psicoterapias conjuntas madre-bebé-psicoterapeuta o padres-bebé-psicoterapeuta, localizar en la interacción madre-hijo lo que llaman «secuencias interactivas sintomáticas» (SIS), durante las cuales, el comportamiento del bebé pone en escena, dramatiza, los temas fantasmáticos expresados de forma más o menos latente por el discurso materno. Dicho de otro modo, estos SIS traducen una correspondencia entre un tema materno y un síntoma del bebé, sirviendo así de foco para la intervención psicoterapéutica (Cramer y Palacio-Espasa, 1993).

Viñeta clínica 1

Cramer nos relata la situación clínica siguiente, que ilustra lo dicho anteriormente.

Se trata de un bebé de tres meses que es traído a la consulta por una madre muy inquieta a causa de las regurgitaciones que presenta su hijo. Me doy cuenta rápidamente de que una angustia de muerte importante planea sobre esta relación madre-hijo y, dejando hablar a la madre y escuchándola, veo que se trata de una muerte real. Me explica que durante el final del embarazo fue a visitar a su hermano, que estaba a punto de morir de un cáncer intestinal. Cuenta que un olor pestilente inundaba su habitación, que su hermano tenía un rostro demacrado, que padecía fuertes dolores y que en un momento dado de su visita, este había tenido una regurgitación muy penosa de ver. De forma sorprendente, su hijo, su bebé de tres meses, que estaba sobre las rodillas de su madre, se pone a regurgitar en el mismo momento en que la madre evoca ese mismo síntoma en su hermano. Esta coincidencia es aprovechada por el psicoterapeuta para relacionar el síntoma de su hijo con el de su hermano muerto. La madre, muy emocionada, se pone a llorar y a hablar de ese duelo por la pérdida de su hermano que ella no había podido hacer hasta entonces. No había podido ir al entierro, ni estar junto a la tumba de su hermano, y no había podido llorarle hasta ese momento de la consulta. El resto de la entrevista transcurre como una sesión de elaboración de un proceso de duelo clásico, evocando la relación con su hermano en sus diferentes aspectos. Desde entonces, el síntoma del hijo ha pasado a segundo plano y ya no ha sido para ella una fuente de angustia.

Además de lo comentado anteriormente, este relato nos muestra la importancia del efecto traumático «a posteriori» de un acontecimiento vital vivido por la madre al final del embarazo de su hijo y la repercusión que tiene posteriormente tanto sobre la interacción madre-hijo como en los síntomas de su hijo.

Llegados a este punto me parece importante señalar la importancia del fenómeno del después, o «a posteriori», del impacto traumático sobre la transmisión transgeneracional de contenidos psíquicos inconscientes (basados en la interacción real y fantasmática) del pasado de la madre o de generaciones anteriores, actualizados o resignificados como traumáticos en el presente interactivo con su bebé y transmitidos inconscientemente por ella a través de su psiquismo.

Viñeta clínica 2

Stern, en una de sus filmaciones de una secuencia interactiva sobre la sincronización afectiva entre una madre y su bebé de algunos meses, había notado que las respuestas de la madre estaban presentes y mostrando que la madre era sensible a las señales de su bebé. Al mismo tiempo, había visto que sus respuestas parecían lentas y débiles, inscribiéndose dichas respuestas de la madre en un tipo de sincronización afectiva calificada de diferida y atenuada. Al revisar el vídeo con la madre y al mostrárselo, esta hace un excelente trabajo de elaboración «a posteriori» de su vivencia traumática, respondiéndole lo siguiente: «No me había dado cuenta de lo que me ha mostrado. He pensado que quizás respondía de esa manera a mi hijo porque si respondía demasiado rápidamente y demasiado fuertemente a sus señales, podría conducirlo a ser violento e impulsivo como su padre que es un hombre celoso, agresivo y alcohólico.»

➤ El origen del pensamiento en el bebé

El desarrollo del pensamiento en el bebé se va produciendo a medida que va adquiriendo la capacidad de tolerar la frustración por la no inmediatez de la respuesta de la madre a sus necesidades, así como por el desarrollo progresivo de la capacidad de espera.

La capacidad de esperar tiene que ver con la capacidad de transformar progresivamente la necesidad en deseo, y tiene que ver también con el proceso de simbolización. Lo que permite esperar al niño es el desarrollo de la capacidad de realizar «alucinatoriamente» la experiencia de satisfacción de su necesidad, como ocurre por ejemplo con el hambre.

Gracias a la presencia y constancia de un ritmo de cuidados vitales y básicos pautados, como en el caso del sueño, la alimentación, la higiene, etc., el niño puede ir interiorizando ese ritmo (continente) de la presencia de la madre y del objeto –pecho o biberón– que hace desaparecer el dolor por hambre. Esto ocurre en la medida en que el encuentro diacrónico entre la necesidad inmediata del niño y su satisfacción –que viene poco después gracias a la respuesta empática materna– ocurre en el momento adecuado, ni mucho antes, ni mucho después. Así, el niño puede anticipar la respuesta de satisfacción apoyándose en las huellas que en su memoria han dejado experiencias anteriores de satisfacción. Es el caso del bebé que llora porque tiene hambre –sensación dolorosa para él y no experimentada hasta después de su nacimiento– que se calma cuando oye a la

madre que le habla, que se moviliza para alimentarlo, que la sigue con la mirada, que incluso babea como si estuviese ya al pecho o tomando el biberón. La respuesta, no simultánea, pero sí a tiempo dentro de un marco rítmico, regular y estable, permite al niño anticipar creativamente desde su interior la respuesta esperada y la experiencia de satisfacción.

Tras el pecho u otros cuidados, los juegos que espontáneamente hace una madre con su bebé (cinco lobitos, cucu-tras-tras, atrapa el bichito) de forma lúdica y placentera, sorprendiendo a su bebé, «engañándole» y presentándole un objeto y una sensación, por ejemplo, cosquillas, justo al lado y un poco antes o después de cuando y como él lo esperaba, permiten el desarrollo de la capacidad de atención y expectación ante lo diferente e incluso ante lo inesperado en el bebé sano. Todo el proceso descrito está perturbado en el niño que desarrolla un funcionamiento autista con ausencia de la capacidad de anticipación y atención.

Esta experiencia de satisfacción, con una fase de anticipación (antes de) y otra de atención (después de) con la expectación ante lo que pueda ocurrir, hace que el niño sano participe de los juegos, desarrollando capacidades esenciales para la evolución de la función simbólica, y también para conciliar en su mundo interno la necesidad de estabilidad con el deseo de cambio. Además, le permite al niño la interiorización de una experiencia repetida en la que hay un antes y un después. El tiempo circular de la repetición se abre para él y da paso a la percepción e interiorización de un tiempo lineal con un antes y un después.

Como estamos viendo, la emergencia de la actividad de pensar en el bebé reposa, en primer lugar, sobre un postulado: el pensamiento se organiza a través de la interacción madre-bebé.

A partir de esta creencia de base, tres condiciones parecen propicias:

- La experiencia de la ausencia; pero quizás más todavía, el juego de la sucesión presencia-ausencia. Al hablar de sucesión, me refiero a una investidura psíquica del tiempo como prealable a la emergencia del pensamiento.

- La investidura del tiempo se realiza gracias la oposición dialéctica entre los macrorritmos que desarrollan la capacidad de espera y de anticipación, asegurando el sentimiento de continuidad narcisista de existir (pautas regulares en la alimentación, en el sueño, en la higiene, etc.) y los microrritmos (juegos sin reglas preestablecidas, tradicionales y espontáneos, en los que las reglas van cambiando con el desarrollo del juego). Juegos sin reglas que estimulan la capacidad de atención y mantienen el interés del niño por el mundo exterior. Cada díada madre-bebé organiza esta oposición dialéctica sobre un modo que les es propio y que constituye su ritmo idiosincrásico.
- Para que el pensamiento quede investido a pesar de la decepción que inflige la separación entre la cosa esperada y la cosa advenida, y para que la espera quede como fuente de placer, la madre juega espontáneamente (microrritmos) con su bebé a las falsas sorpresas, a los engaños que saturan la interacción de juego precoz entre ellos. Sorpresas y engaños que garantizan la investidura de un pensamiento vivo y creador, en el sentido de que la creación proviene de una desviación de las reglas (Marcelli, Paget y Blossier, 1996; Marcelli, 1992, 2000).



La memoria temprana

Los datos más recientes que conciernen a la memoria van en el sentido de una estrecha unión entre emociones y cognición. En efecto, el afecto permite la contextualización del registro de la experiencia en la memoria pero, también, la evocación y la (re) construcción de los recuerdos, estos últimos ya no son considerados como huellas que quedan en la memoria de forma más o menos fija y estable.

La memoria del bebé es una de las competencias que se desarrolla muy tempranamente, desde su nacimiento, gracias a la sincronización afectiva establecida en la interacción con su cuidador y a la huella con anclaje corporal que esta experiencia deja en su psiquismo y en su sistema neuronal. En su interacción con el cuidador –gracias al marcaje que establece el adulto reflejando el mensaje que le dirige el niño y añadiendo algo más que proviene de él– el bebé establece una representación separada de la expresión emocional marcada del adulto, la cual quedará asociada a su estado emocional primario, implícito y ligado a la memoria procesal o implícita. Este tipo de memoria que se desarrolla precozmente en el bebé, forma parte de la memoria a largo plazo, implícita, no verbalizable e inconsciente, constituyendo una clase de memoria motriz refleja. Desde los primeros días de vida, el bebé posee una memoria motriz que le confiere posibilidades de ejecución diferida de varias horas. Es una memoria precoz que está fuertemente contextualizada ya que el contexto en el que se ha desarrollado el aprendiza-

je del acto motor es esencial tanto para la engramación como para su réplica.

Existe también precozmente una memoria de reconocimiento, que participa en el tratamiento de la información que se integra primero en una memoria procesal, es decir, de proceso. Secundariamente, la memoria de reconocimiento, por desactivación, categorización y jerarquización, es integrada en una memoria episódica y semántica posterior. Estos dos últimos tipos de memoria forman parte de la memoria a largo plazo, explícita, declarativa. La memoria episódica almacena las informaciones tal y como son percibidas y en su contexto; es la memoria de la historia individual de cada uno en la cual son repertoriados todos los sucesos vividos. La memoria semántica almacena las relaciones entre las palabras, entre las ideas, y es la memoria de todos los aprendizajes (Bydlowski y Graindorge, 2007).

➤ La integración sensorial

Un momento privilegiado para la integración sensorial del bebé es la experiencia del amamantamiento. En el amamantamiento, la succión del bebé estimula en la madre la secreción de oxitocina y prolactina, lo que baja el nivel de cortisol y de ansiedad, creándose un estado plácido que regula los distintos estados emocionales del bebé y su conexión sensorio-emocional con la madre. En el bebé, esto produce una secreción de neurohormonas promotoras del desarrollo de redes de conexión neuronal, estimulando vinculaciones sensoriales y emocionales, iniciándose de esta forma el proceso que va desde la sensorialidad hacia la comunicación y la posterior simbolización. La interacción alimenticia que lo calma (a través del pecho, pero también del biberón), que también lo es de tipo emocional con la madre, permite al bebé pasar de la sensación al sentimiento y de sí mismo al otro. El riesgo de quedar atrapado en un funcionamiento autista queda así evitado.

El bebé satisface su hambre succionando, pero al mismo tiempo la satisfacción de esta primera necesidad se sustenta en una sensación placentera que surge del contacto con el pezón y el pecho de la madre (o la tetina del biberón) a través de la lengua y las mucosas bucales del bebé. Nos introduce, de esta manera, en el descubrimiento de la sexualidad infantil, que empieza con el autoerotismo del bebé. Se inicia, pues, la vinculación afectiva del bebé con la madre, motor del futuro desarrollo emocional y global del niño.

El autoerotismo del bebé le permite el paso de una vivencia de discontinuidad interna a la de continuidad; es decir, de un mundo fragmentado de conexiones momentáneas con la madre a un mundo interno donde aparece de forma más estable una imagen primitiva de existencia continuada de la madre. Pero también, a partir de este momento, el ser humano deberá afrontar el dolor, a menudo insoportable, que, cuando la madre o persona amada no está, pueda sentir al estar con otra persona y resistir la frustración causada por el dolor de la separación o pérdida. El bebé sano, al ejercer las actividades denominadas «autoeróticas», como es la succión de una parte de su propio cuerpo o del chupete, reencuentra «la marca sensorial» que el contacto sensorial y emocional con la madre le ha transmitido, e interioriza en su mente la experiencia sensorioemocional recibida de ella. Esto le imprime un sentimiento de continuidad entre él y la madre que hace posible, por una parte, tolerar el sentimiento de discontinuidad o separación de la madre y, por otra, que desarrolle experiencias de contención emocional que le protegen de experimentar la ansiedad catastrófica. Diríamos que el contacto con el chupete equivale sensorialmente al contacto emocional-sensorial con la madre en el momento del amamantamiento. A través de este proceso relacional, el bebé interioriza un vínculo emocional que lo contiene en los momentos de ausencia de la madre, o de pequeños desencuentros y frustraciones.

Las equivalencias sensoriales mencionadas intervienen en la formación de presímbolos, denominados por Winnicott objetos transicionales (1991). Se trata de las experiencias con objetos y situaciones que representan para el niño lo vivido sensorial y emocionalmente en la interacción con la madre o cuidador primario. Experiencias que facilitarán, cuando las conexiones sensorioemocionales acceden a la conciencia, el desarrollo de los símbolos y del pensamiento. Sin embargo, si los momentos de falta de conexión y de frustración son frecuentes, entonces el bebé vive sensaciones de desamparo o de vacío, y es invadido por una ansiedad de tipo catastrófico. Estas sensaciones no se conectan con la relación emocional y permanecen en forma

de «núcleos sensoriales», o de «enclavamientos autistas» que, a través de la autoestimulación sensorial con su propio cuerpo o mediante objetos llamados autistas –ya que no sirven ni para ser explorados ni para comunicarse con el otro–, actúan como maniobras sensoriales anestésicas de las ansiedades que vive el niño, provocando también cortocircuitos neurohormonales y sinápticos que impiden la contención y conexión emocional en la interacción con el otro y, en consecuencia, el acceso a la concienciación o mentalización, debido a un bloqueo de las conexiones sensorioemocionales con las áreas corticofrontales. En ese caso el niño se agarra a los objetos autistas de tal manera que reemplazan a la madre y se bloquea la creación de presímbolos. Estas maniobras sensoriales están en la base de diferentes psicopatologías, impidiendo el alcance de la representación mental estable de la madre u otro referente emocional, interfiriendo el proceso de simbolización y la capacidad de pensar (Viloca y Mundó, 2011).

A partir del primer mes de vida, el bebé va desarrollando la mirada profunda en consonancia con la profundidad de la mirada de la madre, tanto cuando lo mira y lo ve en su exterior, o en su interior, como cuando la madre está ensimismada y en una actitud de ensoñación. Con su mirada, en el primer mes de vida, el bebé percibe, sobre todo, el contorno de los objetos y personas (formas, continente). A partir de la segunda o tercera semana de vida va desarrollando una mirada central que se fija sobre todo en el rostro de la madre, su contenido, lo que le transmite sensorial y emocionalmente y, sobre todo, lo que más se mueve de su rostro, el triángulo formado por los ojos y la boca.

El bebé se siente atraído por el misterio que esconde esa mirada de ensoñación, esa mirada que mira y ve más allá de él, esa mirada de la madre que le desvela y revela su interés por un lugar donde no está él; mirada viva, no ausente ni vacía, ni enigmática –como ocurriría en el caso de una facies inexpresiva–, mirada viva, dirigida hacia el otro, lo otro (objeto de ilusión, de interés y de deseo) de la madre que no es él. Lugar y espacio para el otro, para el ausente y, más allá de la interacción a dos,

del nosotros a dos, lugar reservado también para el tú y el yo, desde una triangulación relacional con lo otro ausente (Meltzer, 1990).

El bebé utiliza el parpadeo o la mirada periférica como una forma de cortar o segmentar el flujo de estímulos para así regularlos e integrarlos mejor (Golse, 2004).

El equilibrio dinámico entre la integración sensorial y la desconexión sensorial, así como la segmentación del flujo sensorial (mirada periférica y parpadeo del bebé, así como los momentos de desvinculación relacional transitoria) estrechamente dependientes de los procesos de atención, parecen situarse en el centro de los procesos perceptivos de integración sensorial, puesto que solamente una segmentación de los flujos sensoriales, con ritmos compatibles entre el bebé y su cuidador, permite la integración de las sensaciones, y por tanto el acceso a la intersubjetividad (Meltzer, 1975). Esto quiere decir que para que el bebé pueda integrar los estímulos que se le presentan, primero tienen que despertar su atención y, además, tiene que poder procesarlos, siendo para ello necesario presentárselos de la forma adecuada y a pequeñas dosis para que su aparato psíquico en formación no sea desbordado.

Tomemos como ejemplo la situación en la que una madre y su bebé están implicados en un intercambio emocional intenso, sea el momento del amamantamiento u otros momentos que llamo «sagrados» –por la importancia que tiene el estar muy atento para no perturbarlos ni cortarlos– en los que la madre y su bebé se miran y se comunican embelesados. El bebé, para regular el flujo de estímulos que le llegan por diferentes canales sensoriales –táctil, auditivo, olfativo, propioceptivo, visual, etc.–, utiliza lo que llamamos segmentación del flujo sensorial, y lo que mejor puede hacer es utilizar el parpadeo o la mirada periférica para ello. Si esto no es suficiente, lo intenta ensimismándose, e incluso si es necesario, cerrando los ojos. Si observamos la actitud de ensimismamiento del bebé tras un intercambio emocional intenso con el adulto cuidador, constataremos cómo su pulso deja de latir aceleradamente y su ritmo respiratorio se hace más pausado (autorregulación psicósomá-

tica). Tras este momento de repliegue parcial y transitorio, el bebé con desarrollo normal está dispuesto a continuar la interacción, que incluso reclama. Lo mismo nos ocurre a los adultos, que también necesitamos de este momento de ensimismamiento para no encontrarnos desbordados por un exceso de estímulos (internos y externos) que necesitan ser procesados para poder ser asimilados. Este espacio de ensimismamiento o de soledad sería la base del concepto winnicottiano llamado «capacidad creativa de estar a solas consigo mismo».

El ser humano tiene una necesidad psicobiológica de un espacio-tiempo «de soledad», de ensimismamiento, de retirada relacional parcial y transitoria de la interacción con el otro, mediante el cual va consiguiendo la autorregulación psicosomática, la regulación de la interacción con el otro, la integración cuerpo-psyque, y la integración de los estímulos tanto internos como externos.

Todo esto, lo consigue el bebé cuando está ensimismado en el momento de tomar el pecho o el biberón, y también cuando cierra los ojos tras una interacción emocionalmente intensa con quien le cuida. Estos momentos de ensimismamiento con desvinculación transitoria de la interacción con el otro, pero en presencia del otro, son fundamentales para que el bebé vaya consiguiendo la necesaria integración sensorial de los estímulos, que le llegan desde diferentes canales sensoriales, para hacerse una imagen mental global (base de la experiencia que deja una huella corporal, neuronal y psíquica, fundamental en el desarrollo de la capacidad de aprendizaje) de la realidad percibida. Para ello, tan importantes son las palabras y caricias tranquilizadoras, de la persona que ejerce la función materna, ante un ruido inesperado que asusta al bebé –para que pueda integrar el ruido percibido por el canal sensorial auditivo con el tono de las palabras del cuidador, con su mirada (canal sensorial visual), y con las caricias (canal sensorial táctil), en un contexto no amenazante y tranquilizador–, como el permitirle que a través de su ensimismamiento pueda desarrollar la percepción interoceptiva (visceral, fundamental para la autorregulación psicosomática y la integración mente-cuerpo), o

como interiorizar e integrar la experiencia vivida como algo interactivo-emocional, no amenazante y tranquilizador, en un contexto percibido como no hostil. De esta forma, el bebé va comprendiendo de qué va lo que está pasando y viviendo, no solamente con respecto al exterior y/o interior sino también, y fundamentalmente, en su interacción, primero emocional y luego cognitiva, con el otro, captando su sentido (antes de comprender su significado) y situándolo en su contexto.

Vemos que estos momentos de ensimismamiento del bebé tienen por objeto evitar el desbordamiento sensorial y facilitar la integración sensorial, lo que Meltzer llama el mantelamiento sensorial, término contrapuesto al de desmantelamiento sensorial consistente en la disociación o desconexión sensorial (proceso evolutivo normal) que puede ser utilizado como defensa activa del bebé frente a una experiencia repetitiva y duradera, desagradable y no integrable. En este caso, el bebé fija su atención en lo percibido a través de un solo canal sensorial, disociándolo del resto, para evitar el desbordamiento sensorial y su efecto desorganizador en la interacción emocional vivida con el otro, tanto si los estímulos percibidos son vividos como agradables o como desagradables.

Comportamientos del niño con funcionamiento autista, tales como la evitación de la comunicación visual, la actitud ausente, el aislamiento, la sordera ficticia, el dormir excesivamente, las dificultades para acogerlo en el regazo, la autoestimulación sensorial, etc., pueden ser comprendidos desde esta perspectiva como intentos de regulación de los flujos sensoriales que lo desbordan y desorganizan creando un profundo malestar en él.

Por otra parte, conviene no olvidar que ningún objeto puede ser experimentado como exterior a sí mismo mientras no sea aprehendido por, al menos, dos modalidades sensoriales simultáneas, lo que subraya la importancia de la comodalización perceptiva. Esta modalidad perceptiva compartida, permite la puesta en común, mediante la sincronización afectiva, de ritmos interactivos que sean congruentes y compatibles entre la presentación y la retirada de estímulos entre el bebé y su cui-

dador. A su vez, este acuerdo perceptivo posibilita en el bebé la reunión de las diferentes percepciones que emanan del objeto-sujeto relacional, facilitándole la percepción transmodal, que permite el desplazamiento de lo percibido por un canal sensorial, como el táctil de la succión, a otro canal, el visual, con la capacidad de identificar visualmente la tetina habitual a través de las sensaciones táctiles de succión.

Como vemos, la comodalización perceptiva entre el bebé y su cuidador es un elemento esencial para lograr la integración sensorial y, como consecuencia de ello, el acceso a la intersubjetividad. La integración y disociación perceptivas están presentes durante un tiempo en el bebé que se desarrolla normalmente; no ocurre lo mismo con el bebé autista, que no puede lograr de forma satisfactoria la integración sensorial.

No hay acceso posible a la intersubjetividad sin comodalidad perceptiva, de ahí la importancia del amamantamiento y de los otros equivalentes interactivos como «situación de máxima atracción consensuada» entre el bebé y su cuidador. No hay comodidad perceptiva posible sin la voz de la persona que ejerce la función materna, la expresión de su rostro y su *holding*, como organizadores de esta comodidad perceptiva, de ahí el impacto dañino de las depresiones maternas y de la experiencia del *still-face* o «rostro inexpresivo» sobre los procesos de comodalización.

En esta situación experimental, llamada en castellano «rostro impasible», sin que esta situación sea repetitiva y duradera, a la madre le cuesta mucho conseguir de nuevo interactuar con su bebé (Tronick, Als, Adamson, Wise y Brazelton, 1978).

Esta experiencia, en la que se le pide a la madre que temporalmente le muestre un rostro inexpresivo a su bebé, pone de manifiesto el trabajo y esfuerzo del hijo por lograr una respuesta de su madre, su rabia y desesperación al no conseguirlo, su desánimo, y su repliegue sobre sí mismo. Lo que se observa en esta situación experimental puede suceder en la interacción de un bebé si su cuidador está desconectado emocionalmente de él. Lo que ocurre entonces es lo siguiente: en la interacción, el bebé va a intentar conseguir la atención y

comunicación con su cuidador. Este no puede responderle. El bebé insiste, protesta, llora y reclama. No hay respuesta emocional ni identificación empática. El cuidador no puede. El bebé se desespera, lo sigue intentando con rabia, cada vez más frustrado, llora, es difícil de calmar y de consolar. Sin respuesta, el bebé se repliega sobre sí mismo, se aísla, se ausenta, no responde, desconecta.

Podemos imaginar la constitución en el bebé de un funcionamiento con defensas autistas, caso de persistir esta situación descrita, en un momento evolutivo en que necesita del otro, presente y partícipe en la interacción, para constituirse y desarrollarse como sujeto. Tras experiencias como esta, vividas de forma repetitiva y acumulativa, se podría agravar el riesgo de que el repliegue sobre sí mismo y la retirada relacional de tipo depresivo y reactivo pudieran evolucionar hacia un repliegue defensivo de tipo autista –menos grave y de mejor pronóstico que el funcionamiento autista primario (progresivo) y el secundario (regresivo)– con evitación y retirada relacional, aislamiento y desconexión por parte del bebé.

La intersubjetividad

El concepto de intersubjetividad –según Colwyn Trevarthen, investigador británico de las competencias del bebé y de sus primeras interacciones– implica un proceso en que la actividad mental, incluyendo la conciencia, motivación e intenciones, cognición y emoción, es transferida entre mentes. Se manifiesta como la capacidad de resonancia con sentimientos, conciencia y propósitos inteligentes en la interacción con los otros. Es transmitida especialmente a través de la cara, las cuerdas vocales y las manos, adaptadas para transmitir de forma inmediata información visual, auditiva o táctil sobre propósitos, intereses, emociones y simbolismos activos en las mentes de los sujetos. En la intersubjetividad se asienta el aprendizaje cultural, la creación de la «realidad social», de las creencias, los lenguajes, los rituales, las tecnologías. La educación está enraizada en la intersubjetividad preverbal y gestual. El diálogo humano, en el sentido lingüístico, también descansa en ella (Trevarthen, 1982, 1998).

La intersubjetividad primaria (diálogo interactivo madre-bebé) se activa muy pronto después del nacimiento, dándose progresivamente el juego «protoconversacional» (Bateson, 1979). Este último término comprende tanto la sutil búsqueda de respuesta del niño como la aceptación por parte de los progenitores de que el bebé está tratando de expresar algún tipo de mensaje. Ciertos comportamientos del niño son objeto de una interpretación por parte de sus padres y toman así

un significado en el seno de los intercambios, que se inscriben entonces en el campo de una intencionalidad comunicativa consciente o inconsciente. El proceso de atribución de sentido y significado a los comportamientos del bebé corresponde así a una transformación gradual de un cierto número de indicios en signos, gracias al trabajo psíquico de interpretación de los adultos que se ocupan del bebé. El ejemplo más clásico de este proceso es la transformación de la sonrisa beatífica, que tiene valor de índice del confort interno del bebé, a la sonrisa-respuesta (sonrisa intencional o social), que tiene el valor de signo dirigido a un interlocutor. Subrayemos que esta transformación solo es posible gracias a la anticipación materna, descrita bajo el término de ilusión anticipadora. Vemos que el trabajo psíquico de los cuidadores del bebé es esencial, en la medida en que permite al niño poner en marcha sus propios procesos de simbolización, atribuyendo también sentido y significado a lo que vive en la interacción con el otro. Gracias a las intenciones interpretativas que tienen respecto al bebé quienes le cuidan, este puede organizar progresivamente las intenciones dirigidas hacia él.

Posteriormente se desarrolla una intersubjetividad secundaria tendente a desarrollar una capacidad de compartir propósitos de acción con el otro. El lenguaje y otras convenciones simbólicas, desde esta perspectiva, enriquecen la intersubjetividad, generando ilimitadamente significaciones y estrategias de pensamiento, pero sin constituir las bases del conocimiento en lo interpersonal. La intersubjetividad como formación innata motivacional y primordial, está ligada a estructuras límbicas y subcorticales cerebrales, que embriológicamente son anteriores al desarrollo de la corteza cerebral, funcionando como reguladoras del desarrollo neural. De sus vicisitudes en el encuentro con el ambiente, donde en primer lugar están los otros humanos, nace la capacidad de representarse a sí mismo y a los otros, los sistemas motivacionales, el acceso al lenguaje en sus diferentes modalidades, así como los grandes avances posibles del ser humano (Aiken y Trevarthen, 1997; Trevarthen y Aiken, 1994).

Aunque cierto tipo de conciencia del otro está presente desde los comienzos de la vida extrauterina, es sobre todo hacia el final del primer año cuando una auténtica percepción de sí mismo y del otro se desarrolla. Daniel Stern ha mostrado que el sentido de sí mismo, presente desde el nacimiento, diferente del sentido del otro, que se desarrolla durante el segundo semestre, evolucionan hacia un sentido de sí mismo con el otro, permitiendo de esta forma el acceso a estados más complejos de la conciencia de sí mismo y del otro.

La técnica de la doble grabación de vídeo (expresión del bebé y de la madre) ha permitido a estos investigadores registrar claramente las delicadas y veloces variantes en las expresiones de la diada madre-bebé, pudiendo verse y escucharse ambos componentes a la vez. El observador puede posicionarse con cada uno de ellos y «contactar» emocionalmente con las expresiones en relación con el placer, con la autorregulación de la tensión provocada por la necesidad, o bien de evitación, ante el comportamiento inapropiado o amenazante. Esta técnica, que incrementa significativamente la fidelidad y precisión de las observaciones, revela precisamente cómo las señales visuales y auditivas de la emoción son coordinadas en cada sujeto y entre ellos. La madre y el bebé están coordinados, sincronizados y sintonizados entre sí, y también con el flujo de sus expresiones y estados emocionales.

El contexto natural de la emoción es una elaboración dinámica entre personas que están buscando controlar una negociación de propósitos y entendimiento. El niño de dos meses tiene capacidad para este contacto humano, realizando vocalizaciones de sílabas rudimentarias, con movimientos de labios y lengua que son preparatorios para la articulación secuencial de sílabas (lenguaje preverbal). El bebé controla las expresiones de la madre a través de las variaciones del contacto ocular. Sabe provocar en ella una sonrisa de reconocimiento o una actitud maternante. El microanálisis de los cambios en el contacto y las expresiones muestran que ambos están implicados tanto en la autorregulación como en la regulación del intercambio (Trevarthen, 1993).

Trevarthen conceptualiza niveles progresivos de intersubjetividad. Las tres facetas fundamentales de las motivaciones y las emociones son el sí-mismo, el otro y el objeto.

Mientras que la «intersubjetividad primaria» se refiere a la coordinación del sí-mismo y el otro, basada en correspondencias de forma, sincronía e intensidad, la «intersubjetividad secundaria» incluye a un objeto y se refiere a la intercoordinación del sí-mismo, el otro, y el objeto, basada en el intercambio cooperativo de gestos referenciales.

Interacción emocional e intersubjetividad primaria

La interacción emocional cuidador-bebé, basada en la comprensión y comunicación empática, forma parte de los cimientos esenciales del aprendizaje y desarrollo humano. La inmadurez biológica con la que nace el ser humano, a diferencia de otras especies, hace necesaria la presencia y los cuidados del otro durante un periodo largo de tiempo, no solamente para sobrevivir, sino también, para desarrollar sus competencias y constituirse como sujeto en la relación con el otro, y con los demás.

Las interacciones afectivas permiten a la madre y al niño ponerse en sincronía en el plano de sus afectos y de sus emociones y ser informados cada uno sobre el estado afectivo o emocional del otro. Esta sincronía afectiva descrita por Stern, es probablemente el mecanismo central que sostiene este nivel de interacciones. La sincronización afectiva, cuyo funcionamiento es automático o inconsciente, consiste en un sistema de signos y de respuestas en eco, teniendo una estructura isomorfa a la de los signos. Diferentes parejas de oposición permiten caracterizar la sincronía que puede ser unimodal o transmodal, inmediata o diferida, atenuada o amplificada, y así, definir un estilo interactivo propio de cada diada. De este modo, si el bebé emite una señal por el canal vocal, la madre, sin darse cuenta, le reenvía una respuesta de idéntica estructura morfológica:

- Sea utilizando igualmente el canal vocal: se trata pues de una sincronización unimodal.
- Sea pasando por otro canal (el tocar, la mirada...), se trata pues de una sincronización transmodal.

A través de la sincronización afectiva, las respuestas del adulto confortan los cimientos del narcisismo del bebé, es decir, favorecen la instauración de una continuidad del sentimiento de existir, informándole sobre la naturaleza de los signos que emite, y permiten al niño estar informado sobre el estado emocional de su compañero relacional, el cual, por su parte, se pone en resonancia con el estado emocional del niño. Un juego de correspondencias intermodales se instala así progresivamente.

Los primitivos mecanismos de aprendizaje son en el primer semestre los de detección de relaciones de contingencia basada en la coordinación de sí mismo con el otro a través de correspondencias de forma, sincronía e intensidad. La madre, través de una identificación empática (parcial y transitoria) con el estado emocional de su bebé, produce un reflejo externo del mismo, contingente, es decir, dependiente, y relacionado con su estado emocional. A diferencia del reflejo proveniente de un espejo, el reflejo parental no es perfectamente contingente con los rasgos visuales o con la conducta del bebé. El adulto imprime, marca, al reflejar el estado afectivo del bebé, un elemento que no estaba en el estado afectivo de este. Debido al «marcage», el bebé no atribuye al adulto la emoción. El reflejo parental así modificado es modulador del afecto en el bebé, quien utiliza esta información para categorizar estímulos como pertenecientes, o no, al sí-mismo. A través de una relación especular sana, el bebé percibe que la representación de la expresión emocional que observa en el otro le pertenece a su cuidador y, a su vez, se corresponde con su propio estado afectivo. Este sistema produciría una internalización de la función reguladora del afecto de la madre. Para el bebé, relacionarse significa tanto asemejarse en una fusión empática, como diferenciarse y reconocer lo contingente (regulación mutua de la acción conjunta) en la interacción con el otro. El desarrollo de la intersubjetivi-

dad primaria en el bebé, como estamos viendo, tiene su base en la interacción emocional dialógica madre-bebé, como mínimo, desde el nacimiento (Trevarthen, 1993, 1998).

Intersubjetividad secundaria y lenguaje

«Es imposible no comunicar»; intención necesaria para la supervivencia en los seres vivos.

La mayoría de los estudios sobre la constitución y desarrollo del psiquismo temprano del bebé se valen de la llamada «técnica de la succión no nutricional», que permite registrar las variaciones del ritmo de succión del bebé (sobre un chupete normal) ante una secuencia de presentación de estímulos. El bebé mantiene un ritmo de succión más elevado cuando escucha la voz de la propia madre que cuando escucha otra voz femenina, indicando que no solo capta la «diferencia» sino que además la «prefiere». Niños de cuatro días de vida detectan un cambio de idioma, por ejemplo, del ruso al francés o viceversa.

Antes de finalizar el primer año de vida del bebé hay un desarrollo importante de intereses conjuntos entre la madre y su hijo en relación con su entorno. Este desarrollo de la atención compartida madre-bebé hacia objetos externos representa una piedra angular en el desarrollo de la actividad mental del niño y es, según Trevarthen, una de las expresiones más importantes de la intersubjetividad secundaria, o concienciación persona-persona-objeto y esto tiene consecuencias significativas sobre cómo los adultos se comportan y hablan al niño (Trevarthen y Hubley, 1978; Hubley y Trevarthen, 1979).

Este proceso de atención compartida puede hacerse hacia los objetos mediante una triangulación relacional entre el bebé, su cuidador y el objeto de una atención compartida entre los dos. El proceso evolutivo que hace posible la triangulación relacional e introduce la tridimensionalidad espacial, supone para el bebé un importante recorrido en el proceso de separación-diferenciación. El bebé pasa de la conciencia de sí mismo, y del otro, presente en el niño sano hacia los seis meses, a la

conciencia de sí mismo con el otro, durante el segundo semestre de vida.

Cuando decíamos que el acceso a la intersubjetividad secundaria (relación triádica), tiene consecuencias significativas sobre cómo los adultos se comportan con el niño y sobre cómo le hablan al niño, queríamos expresar el cambio que supone la forma diferente de hablarle al interactuar con él. El lenguaje verbal del adulto es muy diferente cuando se dirige a un lactante que no habla y se encuentra todavía dentro del proceso de intersubjetividad primaria (relación diádica). Durante el primer semestre, el diálogo interactivo entre adulto cuidador y bebé, en lo que se refiere al lenguaje verbal del adulto, está marcado por un tipo de expresiones dirigidas hacia el lactante que no habla, con mímicas exageradas para comunicar mejor los estados emocionales y expresiones verbales, con características rítmicas y prosódicas (musicalidad del lenguaje) que son universales. Lo podríamos llamar lenguaje-bebé, hablado por el adulto que se dirige hacia él. Este tipo de lenguaje empleado con niños con los que se puede compartir la atención hacia un objeto externo, aumenta el interés del niño por el rostro del adulto que le habla e interactúa con él, incluso en niños con funcionamiento autista.

Esta forma de conseguir un mayor grado de atención del niño en la interacción con él, incluso en los casos de funcionamiento defensivo autístico, puede tener una aplicación directa en la clínica, tanto en el tratamiento como en la rehabilitación psicosocial del niño con funcionamiento autista.

La utilización durante el primer semestre del llamado «lenguaje-bebé» por parte del adulto en la interacción con el lactante que no habla, dadas las características descritas anteriormente permite al niño comprender de forma progresiva que lo que le está comunicando el adulto cuidador hablándole de esa forma exagerada, pausada, sencilla, recortada y con entonación musical, no solamente tiene que ver con él, sino también con el otro que no es él.

Para comunicarse con el otro, el niño, primero señala con el dedo lo que es objeto de su atención y deseo (intersubjetivi-

dad primaria) después designa el objeto al mismo tiempo que lo señala (intersubjetividad secundaria), y luego, al fin, nombra lo que no puede mostrar pero que él imagina (acceso al simbolismo, al mundo psíquico de los objetos internos que se nutre de las representaciones de los objetos externos), después, y a la vez que se va consolidando lo anterior, el niño, habla la lengua maternal que es la de la intimidad familiar, primero la de la relación diádica y luego la de la relación triádica, para conseguir después hablar la lengua materna, que ya es una lengua social y universal, que se consolida con la incorporación del niño a la escuela prematernal y maternal (incorporación, integración y consolidación del tercer elemento de la triangulación relacional).

➤ Acceso del niño al lenguaje verbal, a la lectura y a la escritura

Para Bernard Golse –pediatra, psiquiatra y psicoanalista infantil, profesor de la Universidad París Descartes de París– la posibilidad de acceso del niño al lenguaje verbal debe cumplir con dos requisitos fundamentales:

1. Acceso a la intersubjetividad secundaria, que se hace posible, si todo va bien, durante el segundo semestre de vida del niño.
2. Duelo del objeto-sujeto relacional primario. Es decir, para acceder al lenguaje verbal, el niño ha tenido que poder abandonar, a lo largo de su evolución y mediante el correspondiente proceso de duelo, el objeto primario-madre que respondía a todas sus necesidades y a la fantasía de omnipotencia que le mantenía unido a ella (Golse, 2005).

En este proceso, y a través de la aceptación de la ausencia, de los límites y de las limitaciones de ese primer objeto cuidador, el niño puede reconocer, asumir y aceptar progresivamente lo que le falta y le faltará siempre, tanto a su madre como a él. No olvidemos que el «invento» del lenguaje verbal en el ser humano tiene su origen en la inmadurez biológica (neotenia, concepto prestado de la etología y de la biología del desarrollo) con la que nacemos, a diferencia de otras especies animales.

Esta inmadurez que nos hace depender tanto de nuestro entorno para sobrevivir y para constituirnos como seres humanos

es la que nos ha permitido desarrollar, a lo largo de nuestro proceso evolutivo como especie, una predisposición innata para la comunicación y relación social y un potencial de competencias interactivas que no tienen otras especies. Se podría decir que nacemos preparados para desarrollar un medio de comunicación que nos permita nombrar y hablar de lo ausente.

A los 10 meses, el niño ya es capaz de distinguir el objeto de la imagen, es decir, del icono del objeto. Puede acariciar con gran placer la imagen de un libro, siempre que sea una bella y atractiva imagen, distinguiéndola del objeto real. Puede acariciar la imagen de un hermoso gato, como por ejemplo la del gato con botas, diferenciándolo del gato real, que es más difícil de acariciar. Si al mismo tiempo que en contacto con un libro adaptado para su edad, se le lee y comenta el cuento citado anteriormente, el niño ya es capaz de comprender que lo que tiene sentido para él a través del lenguaje hablado, tiene que ver también con las imágenes y palabras que están escritas en el cuento que él ve y que se le lee.

Es importante para el desarrollo psíquico adecuado del niño que lo que se le cuenta y lee no sea del orden de lo real sino que sea del orden de lo imaginario, como reflejan los cuentos de hadas clásicos. De esta forma se permite al niño acceder al lenguaje narrativo, al mundo de la narratividad. El lenguaje, en este caso, es utilizado como expresión y comunicación de una historia que ayuda al niño a situarse e ir construyendo su propia historia, mezcla de lo real y de lo imaginario, como en la situación en que se encuentra al contarle el cuento pero sin fusión-confusión entre ambos.

➤ Los cuentos de hadas y el desarrollo del psiquismo infantil

Algunos adultos que hacen una lectura literal y no simbólica de los clásicos cuentos de hadas –también llamados cuentos populares, cuentos clásicos o cuentos maravillosos, sobre todo en sus versiones originales, no alteradas ni edulcoradas–, con la intención de proteger a los niños de la «maldad» que en ellos se muestra, les privan, sin saberlo, de elementos importantes para la comprensión de su mundo interno y necesarios para afrontar la vida.

Cuentos como los de Perrault, Andersen y los hermanos Grimm, se les leen y cuentan de una forma especial a los niños, dramatizándolos al contárselos, leyéndoselos de forma expresiva y teatral; cuentos que por su especial estructura narrativa, por su comienzo, por su desarrollo y por su final, además de captar inmediatamente la atención del niño, le ayudan en la consolidación de los procesos de simbolización y de inscripción de los acontecimientos narrados y vividos en una historia que el niño va haciendo suya.

Autobiografía siempre construida en la interacción con el otro, con lo otro que no soy yo, con lo social de los demás; historia autobiográfica que, incluida dentro del espacio transicional y de los fenómenos transicionales, permite al niño establecer puentes de comunicación entre lo real y lo imaginario sin confundirlos. Le permite, también, jugar creativamente tanto con los objetos externos como con los internos, tales como las imágenes y representaciones de los objetos, que ahora pueden ser

elementos de una historia que, como la de los cuentos, se puede contar el niño a sí mismo cuando lo necesita, sobre todo antes de dormirse.

Este proceso que mostramos le permite al niño, entre otros importantes beneficios para el desarrollo de su psiquismo, estar creativamente a solas consigo mismo en ausencia del otro, sin angustia de separación y de pérdida del cuidador, con la importante autonomía que eso representa para él.

Como vemos por lo expuesto hasta ahora, el niño que sigue y desarrolla el proceso mencionado, claro está, con la ayuda necesaria de su entorno cuidador, está incorporando en su mundo interno lo necesario para adquirir sin esfuerzo lo que podríamos llamar prelectura puesto que ya está dentro de la estructura narrativa formada no solamente de objetos reales externos sino, también, por imágenes y palabras, estructuradas narrativamente, para ser comunicadas y leídas con un sentido narrativo e histórico. Con estas bases, se podría decir que el niño ya está en condiciones de aprender a leer con facilidad, con deseo, con motivación, con interés y con un mínimo de ayuda.

Con estos cimientos bien consolidados, el paso a la escritura podrá hacerse en su momento sin problemas, sin prisas y sin trauma, a diferencia de lo que experimenta frecuentemente el niño que en la escuela se da cuenta rápidamente de que él no está entre los de «lo escrito», referido tanto a la lectura como a la escritura. Los primeros pasos hacia un posible retraso y fracaso escolar, que no hará más que incrementar el rechazo hacia la lectura y, por tanto, hacia la escritura y a todo lo escolar, ya están dados por y para estos niños.

Unas palabras para precisar que no es lo mismo contar los cuentos sin el soporte escrito que con dicho soporte. La narración contada sin ser leída es variable en función de quién lo cuenta y de cómo lo cuenta y no adquiere el carácter de constancia y permanencia del objeto-sujeto relacional que necesita el niño a estas edades, cosa que sí ocurre con lo escrito, que permanece. Además, contados sin leerlos, los cuentos se convierten en un reflejo personal de quien los cuenta, no en un reflejo de lo arquetípico del ser humano, constituido a través

de cuentos pacientemente recopilados por sus autores y narrados desde tiempos inmemoriales bajo la forma de leyendas de transmisión oral hasta su edición en imprenta, como ha ocurrido con los cuentos de hadas clásicos.

Los cuentos de hadas, por su contenido, su simbolismo, y también por la forma y la estructura de la narración, son el continente sobre el que se despliega, ante los ojos maravillados del niño, ese mundo de fantasía que tan bien conecta con los miedos y fantasías inconscientes que habitan su interior. Es como si, a través de los cuentos –gracias al hecho de compartirlos con quien está leyéndolos, comprendiéndolos y disfrutándolos–, se iluminase su interior y así, la angustia de lo informe en palabras de Winnicott, la oscuridad temida de la noche, pero también y sobre todo de su mundo interno inconsciente, el miedo a lo desconocido, a la soledad y al abandono, se diluyesen en el psiquismo del niño que, además, puede entonces disfrutar de lo que ya tiene para él formas y palabras, de lo que es una historia, una narración con la que puede a la vez identificarse y distanciarse.

Todo esto es posible porque los cuentos de los que hablamos, sin que los autores lo hubiesen pretendido, sirven de espacio transicional en el que el niño puede «jugar» creativamente con sus temores, ilusiones, fantasías, y objetos internos que luego podrá recrear y disfrutar en el momento de la soledad vivida antes de quedarse dormido. Los cuentos de hadas son un excelente remedio para ayudar a los niños no solamente a calmar sus «nervios», sus ansiedades, sino también para elaborar, entre otras, la angustia de separación y de pérdida de objeto-sujeto relacional que viven antes de dormirse.

Los cuentos de hadas son alimentos para el psiquismo del niño, estimulan su fantasía y cumplen una función terapéutica; primero, porque reflejan sus experiencias, pensamientos y sentimientos; y, segundo, porque le ayudan a superar sus ataduras emocionales por medio de un lenguaje simbólico, haciendo hincapié en todas las etapas por las que atraviesa a lo largo de su infancia.

Cuando el niño lee o escucha un cuento popular, pone en juego el poder de su fantasía y, en el mejor de los casos, logra re-

conocerse a sí mismo en el personaje central, en sus peripecias y en la solución de sus dificultades, en virtud de que el tema de los cuentos le permite trabajar con los conflictos de su mundo interno.

Para que un cuento atraiga la atención de un niño, este debe ser divertido y, además, le debe provocar curiosidad. Para enriquecerlo, la narración debería estimular su imaginación, ayudarle a desarrollar su inteligencia, esclarecer sus emociones, y ayudarlo a reconocer sus dificultades, sugiriéndole las soluciones a los problemas que lo inquietan y fomentando su confianza en sí mismo y en su futuro.

Los cuentos de hadas suelen plantear, de modo breve y conciso, un problema existencial. La maldad está siempre presente igual que la bondad, pero nunca en una sola persona sino en dos personajes diferentes. En los cuentos de hadas el malo nunca gana, de modo que la convicción que se transmite es de que el crimen no resuelve nada y que, además, el malo siempre pierde; de esta manera, los cuentos de hadas contribuyen de manera esencial en la temprana educación cívica del niño, así como en el aprendizaje y adquisición de normas éticas básicas, de una forma más eficaz que la enseñanza de normas morales.

Los personajes de los cuentos de hadas no son ambivalentes, es decir, no son buenos y malos al mismo tiempo, como somos todos en realidad. Cenicienta es buena y las hermanastras son malas, ella es hermosa y las otras son feas, ella es trabajadora y las demás perezosas. Esta particularidad ayuda al niño a comprender más fácilmente la diferencia entre ambos caracteres. Las ambigüedades no deberían plantearse hasta que el niño no haya construido una personalidad relativamente firme y capaz de soportarlas.

La disociación inconsciente que hace el bebé y el niño pequeño entre lo bueno y lo malo, reflejo de la necesaria escisión defensiva del yo primitivo del niño y del objeto externo, es necesaria para asegurarle un espacio psíquico libre de conflicto. Más adelante, con su evolución y tras las experiencias repetidas en las que la gratificación vence a la frustración, el placer supera al malestar y el amor se impone al odio (entendido como

frustración del amor), el niño podrá reunir en un solo objeto, interno y externo, todos los aspectos disociados e integrarlos en su psiquismo, accediendo así al sentimiento de culpabilidad, a la ambivalencia afectiva y, también, a la capacidad de reparación.

En los cuentos de hadas, los protagonistas, siempre niños o adolescentes, se enfrentan a los peligros de la vida sin contar, o sin poder contar, con la ayuda de los padres, venciendo y superando los obstáculos que se les presentan en el camino de la vida con astucia, inteligencia, coraje, bondad, fantasía, magia, etc.

No obstante, conviene precisar que la lectura de un cuento de hadas puede ser también fuente de angustia para el niño a falta de un contenedor psíquico adecuado por parte de quien se lo lee o se lo cuenta.



SEGUNDA PARTE

Desarrollo del autismo temprano

➤ Autismo, intersubjetividad primaria y secundaria

En la investigación llevada a cabo por Muratori y Maestro –profesores de la Universidad de Pisa en Italia– sobre habilidades atencionales durante los primeros seis meses de vida del niño en los Trastornos del Espectro Autista, se estudiaron películas caseras de los primeros seis meses de vida de niños que más tarde (después de los 3 años) fueron diagnosticados con TEA, y se compararon con películas caseras de niños normales. Se puede observar en los vídeos caseros cómo algunos de los bebés con diagnóstico de TEA, durante el primer semestre presentan algunos momentos de comunicación intersubjetiva con el otro, sobre todo cuando es este último quien lo reclama, evidenciando en estos casos un acceso lábil, poco motivado, además de poco frecuente, a la intersubjetividad primaria, al deseo de comunicación intersubjetiva con el otro (Muratori y Maestro, 2007).

Estos mismos niños, en su segundo semestre de vida, se muestran frecuentemente incapaces de acceder a la intersubjetividad secundaria en una relación triádica ya que se requiere para ello un funcionamiento psíquico más complejo. Al mismo tiempo que evitan o rechazan la comunicación intersubjetiva con el otro, así como los momentos y situaciones de atención compartida con el otro hacia objetos externos, muestran una atención cada vez más preferente por los objetos. Esto quiere decir que el diagnóstico de funcionamiento autista en estos niños se hace más evidente en el segundo semestre de vida que

en el primero y que en estos casos dudosos es aconsejable esperar a los resultados de la observación del año de vida para confirmar el diagnóstico.

El trastorno a nivel de habilidades intersubjetivas en el autismo está relacionado tanto con la intersubjetividad primaria (interacción diádica en el primer semestre), como con la intersubjetividad secundaria (interacción triádica, durante el segundo semestre). Los niños con autismo muestran en los primeros seis meses de vida una reducción específica de la atención a los estímulos sociales, pero al mismo tiempo la atención dirigida a los objetos no les distingue de los niños con desarrollo sano. Sin embargo, progresivamente, durante el segundo semestre lo que más caracteriza a los niños con funcionamiento autista es el considerable aumento de la atención no social hacia los objetos. Según las observaciones de las filmaciones familiares, al final del primer año de vida los niños con funcionamiento autista están significativamente más atraídos por los objetos que los niños con desarrollo normal o típico. Se podría decir que, de forma predominante, el objeto de atención en el niño con funcionamiento autista son los objetos, mientras que en el niño sano a esta edad, su objeto de deseo y de atención oscila entre la persona y el objeto hacia el cual comparte su atención con el otro.

Estos estudios muestran que el autismo temprano del bebé puede comprenderse como el efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. Con parámetros clínicos basados en el estudio de las capacidades intersubjetivas del niño, la detección del funcionamiento autístico en su primer año de vida puede realizarse en un 87% de los casos (Maestro, Muratori *et al.*, 2001, 2002, 2005; Muratori y Maestro, 2007; Muratori, 2008, 2009, 2012).

Trastornos del espectro autista y autismo

Los trastornos del espectro autista forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo en las clasificaciones diagnósticas internacionales vigentes hoy día (DSM-IV, APA, 1994) y (CIE-10, WHO, 1992-93). Bajo el paraguas terminológico de trastornos del espectro autista se agrupan varios síndromes clínicos (conjunto de síntomas y signos que caracterizan un determinado trastorno) en los que se manifiesta con diferente grado de intensidad y de gravedad, así como de cronicidad, el trastorno del funcionamiento autista.

La formación clínica adquirida «a la sombra» de dichos sistemas de clasificación diagnóstica o basada en la aplicación de protocolos, al mismo tiempo que sus ventajas, consenso diagnóstico y de lenguaje clínico, tiene el inconveniente de generar cierta confusión en el diagnóstico y una desviación en la forma de ver, comprender, interpretar, aprender y aprehender (hacer suya) la clínica, con la consiguiente influencia que esto tiene en su aplicación, es decir, en las respuestas clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, que damos a nuestros pacientes y sus familias. Estos sistemas de clasificación diagnóstica, por la forma en que son utilizados en su aplicación clínica, han sido confundidos con manuales de formación en psicopatología y utilizados como tales, hasta tal punto de que lo que no se encuentra en estas «Biblias», no existe para muchos de los profesionales de los servicios de salud mental que se han formado y se están formando actualmente según este modelo.

Desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan –en los niños mayores y en los adultos– en la llamada «tríada de Wing» (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora), es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal, y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que, desarrollándose desde sus primeros meses de vida, se podría detectar en el primer año de vida del niño.

La palabra autismo se asocia con frecuencia con la imagen estática del autismo de Kanner, el más grave y de peor pronóstico. Sin embargo, el funcionamiento autista del niño afectado constituye un proceso psicopatológico que lo ha ido alejando progresivamente de una evolución sana en su desarrollo psíquico y cerebral.

➤ Evolución histórica del concepto de autismo

Fue el psiquiatra suizo Eugene Bleuler quien utilizó este término por primera vez en 1912. La clasificación médica del autismo se efectuó cuando el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins (USA), estudió a un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización de «autismo infantil temprano». Al mismo tiempo, un científico austriaco, el Dr. Hans Asperger, utilizó el término «psicopatía autista» en niños que presentaban características similares. Sin embargo, el trabajo del Dr. Asperger, debido principalmente a que fue escrito en alemán, no fue reconocido hasta 1981 en que fue difundido por medio de Lorna Wing.

Las interpretaciones del comportamiento de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó el comportamiento de autoestimulación y «extraños» movimientos de aquellos niños. Asperger señaló sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas, y su apego a ciertos objetos. Aunque posiblemente tanto Asperger como Kanner observaron en los niños la misma característica de funcionamiento autista en distintos grados, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación de «Síndrome de Asperger» (término utilizado por Lorna Wing en una publicación de 1981) y a lo que comúnmente se llama «autismo de Kanner» para referirse a autismos de alto y bajo funcionamiento psíquico respectivamente. Lorna

Wing consideró en su época que ambos síndromes podían formar parte de una continuidad evolutiva.

En la actualidad se ha generalizado el término de Trastorno del Espectro Autista entre los profesionales aunque a nivel popular siga hablándose de autismo. En ambos casos creo que se está haciendo un esfuerzo por acercarse a la realidad clínica de sus manifestaciones sintomáticas y formas de evolución ya que ambos conceptos hacen alusión a lo que se ha dado en llamar autismos o a las diferentes formas clínicas de manifestarse el funcionamiento autista en la persona que lo padece.

El uso generalizado de las clasificaciones diagnósticas DSM-IV Y CIE-10 unifica el lenguaje diagnóstico descriptivo entre los profesionales pero despierta también en muchos de ellos la «ilusoria ilusión» de poder aprender y, por tanto, acceder a un saber sobre la psicopatología a través de su utilización. Estas clasificaciones diagnósticas, basadas en un modelo estadístico y fisiopatológico, no presuponen la existencia, como fundamento de cualquier clasificación psicopatológica, de una teoría del funcionamiento psíquico normal cuyas desviaciones constituyen la psicopatología. Por el contrario, consideran la patología mental como un trastorno exclusivamente fisiológico tanto si es real como supuesto. Además, estos sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales, con sus correspondientes manuales de instrucciones, han favorecido la creación y la difusión de un falso saber sobre la psicopatología. Lo relacional del proceso de la observación diagnóstica se convierte en algo puramente instrumental y en un mero sistema clasificatorio basado en criterios descriptivos.

➤ Autismo y Teoría de la Mente

Los investigadores de la Teoría de la Mente, Baron-Cohen, Leslie y Frith, establecieron la hipótesis de que las personas con autismo carecen de una teoría de la mente, es decir, que les falta en mayor o menor medida la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas (sus pensamientos, creencias, deseos, intenciones) y de usar esta información para lo que dicen, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harían a continuación. En la Teoría de la Mente, desde una perspectiva cognitiva se está estudiando lo que desde el psicoanálisis relacional se denomina empatía e intersubjetividad. Estudios de neuroimagen han demostrado la existencia de un sistema neuronal (neuronas espejo) subyacente a la «Teoría de la Mente». El acceder a la Teoría de la Mente implica el desarrollo de la capacidad de comprender las acciones de otros a través de la identificación.

Es muy conocida la prueba que dichos investigadores hicieron entre niños considerados «normales», niños diagnosticados de Síndrome de Down, y niños diagnosticados con una forma de autismo que hoy llamamos Síndrome de Asperger.

En todos los casos, la prueba se hizo con niños que utilizaban el lenguaje verbal. A los tres grupos se les hace partícipes de una misma historia.

Sally muestra a Anne una canica que lleva en su cesto. Al cabo de un rato tiene que ausentarse de la sala en la que están ambas, dejando la canica en su cesto y en la sala. En ausencia

de Sally, Anne no puede resistir la tentación y su curiosidad la lleva a coger la canica para seguir observándola y jugar con ella. Cuando oye ruidos que le indican que Sally está a punto de entrar en la sala, mete la canica en una caja suya que llevaba.

La pregunta que se hace a todos los niños es la siguiente: ¿Dónde irá Sally a buscar la canica?

Los niños considerados «normales» y los afectados por el Síndrome de Down dan la misma respuesta: En su cesto.

El 80% de los niños con Síndrome de Asperger respondieron: En la caja de Anne.

Los primeros dan esa respuesta porque se han puesto en el lugar de Sally. Los segundos, con Síndrome de Asperger, no han podido hacerlo y su respuesta ha sido la que era lógica para ellos, que se han identificado más bien con el objeto, la canica, siguiendo su movimiento, ante la imposibilidad de ponerse en el lugar de Sally. No fueron capaces de atribuir una falsa creencia a Sally o de identificarse de forma empática con Sally (Sally cree que la canica está en el cesto, aunque el niño sabe que la canica está en la caja, pues vieron que Anne hizo ese cambio). El 20% de niños con Síndrome de Asperger que dan la respuesta correcta nos muestra que un porcentaje importante de niños con este síndrome puede evolucionar favorablemente incluso en aspectos como la adquisición de la capacidad de empatía y de intersubjetividad.

➤ Prevalencia de los trastornos del espectro autista

Estudios epidemiológicos realizados en Estados Unidos (1999) muestran una prevalencia en aumento. Una de cada 500 a 1000 personas estaría afectada por autismo infantil. De 0 a 3 años, uno de cada 300 a 500 niños estaría también afectado. La prevalencia marcadamente creciente reafirma la necesidad de incrementar la prevención así como la detección y tratamiento lo más precozmente posible del funcionamiento autista en el niño.

Según mi experiencia, dicha prevalencia sigue en aumento y los trastornos de tipo autista, los trastornos mentales severos, y los trastornos depresivos en la infancia, se están convirtiendo en un problema de Salud Pública importante que requiere intervenciones preventivas y terapéuticas de carácter prioritario y urgente.

El día 22-02-07, el Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad una propuesta en la que se insta al Gobierno a que elabore una guía de detección precoz del autismo. Además, se demanda que Sanidad siga potenciando los proyectos de investigación de esta patología, hasta ahora incluida en el grupo de enfermedades raras, a pesar de que su prevalencia en el caso de los TEA, Trastornos del Espectro Autista, puede estar, según los estudios epidemiológicos más recientes llevados a cabo en Estados Unidos por el Centro de Control de Enfermedades (CDC), de Atlanta, en torno al 1 por cada 110 recién nacidos, cifras muy superiores a las de hace una década. La tasa de incidencia en

España es muy similar (1/150). De lo aprobado en el Congreso de los Diputados hace ya varios años, nada se sabe hasta ahora.

Este importante y significativo incremento de la prevalencia, pienso que se debe no solamente a una mayor amplitud del espectro diagnóstico, sino también a un aumento real de casos, debido a un posible aumento de los factores de riesgo de origen ambiental.

En este sentido, se está estudiando la influencia de los factores de riesgo de carácter tóxico como por ejemplo el mercurio (estudios que no han dado ningún resultado satisfactorio) pero muy poco o nada se ha hecho hasta ahora para investigar la posible influencia de los factores de riesgo ambientales de origen relacional o interactivo que tienen que ver con aspectos socio-culturales y psicosociales.

Los cambios sociales de las últimas décadas están modificando las formas tradicionales de la estructura familiar y también del sistema de crianza, influyendo este cambio en la salud mental de nuestros hijos, sobre todo en la de los más pequeños.

La excesiva tendencia social y política existente de «institucionalizar» en escuelas infantiles la crianza de nuestros hijos desde tempranas edades, antes de los tres años, como medida preferente de conciliación de la vida laboral y familiar, en lugar de desarrollar políticas de apoyo a la familia con ayudas adecuadas, tales como la prolongación del permiso de maternidad, una legislación de excedencias remuneradas y con garantía de reincorporación al lugar de trabajo, el mantenimiento del sueldo para uno de los padres que cuida del hijo pequeño, etc. destinadas a los padres que quieran criar a sus hijos a estas tempranas edades, creo que no está influyendo positivamente en la salud mental de nuestros hijos. Una de las principales causas de esta situación estriba, a mi juicio, en el papel que desempeña en contra de un adecuado desarrollo del niño pequeño, el llamado «síndrome del cuidador anónimo». El niño pequeño necesita, en los primeros años de vida (primera infancia, de 0 a 3 años), la constitución de un vínculo de apego seguro con su entorno cuidador familiar, y sobre todo con su cuidador habitual, la persona que de forma preferente ejerce la función materna, que en

nuestra cultura es sobre todo la madre. Necesita también que se cree y desarrolle en esta relación diádica entorno cuidador-bebé, un vínculo de pertenencia recíproco que facilite la constitución de ese núcleo de seguridad relacional e interna en el niño, necesario para experimentar y desarrollar, a través de su curiosidad, su capacidad de exploración y de aprendizaje, así como su progresiva independencia.

A veces, por interés y necesidad de los padres, no se tienen suficientemente en cuenta las necesidades evolutivas del niño pequeño. Hay casos en los que se les empuja hacia una pseudoindependencia precoz a base de negar su necesidad de dependencia. Con frecuencia, esto tiene un precio a pagar ya que la dependencia puede surgir más tarde como síntoma, tal y como sucede a menudo con la patología fóbica (agorafobia y claustrofobia) ligada a la angustia de separación y de pérdida, así como con las adicciones.

La vinculación de apego seguro potencia en el niño la capacidad de resistencia psicoemocional, factor biopsicosocial de protección de su salud mental que permite al niño pequeño la superación de experiencias negativas para su sano desarrollo gracias a ese vínculo de apego seguro y a esa seguridad interna «sostenedora» de la que hablamos. Tras una situación traumática, el niño puede evolucionar bien si tiene a alguien con quien establecer vínculos seguros.

Entre los cambios sociales son especialmente importantes aquellos que afectan los sistemas de crianza, ya que de estos depende la salud neurológica y mental de los hijos.

La neuropsicología nos ofrece conocimientos definitivamente importantes sobre la evolución del cerebro, la intelectual y la de la personalidad y la incidencia de los sistemas de cuidado sobre ellas. Según estos conocimientos, son especialmente preocupantes en cuanto a salud mental aquellos sistemas de crianza en que se institucionaliza a los bebés y a los niños demasiado pronto y durante demasiadas horas por día (Torras de Beà, 2008).

Para paliar esta situación son urgentes verdaderas medidas de conciliación entre el trabajo de los padres y las necesidades de los

bebés y de los niños, en forma de ayudas que permitan a los primeros dedicar suficiente tiempo al cuidado de sus hijos. De hecho nos dan ejemplo de esta realidad los países que nos aventajan en los índices de bienestar y de éxito escolar.

Cuando el niño es cuidado en la ausencia de figuras suficientemente constantes como para conocerlo a fondo y que, en consecuencia, puedan ofrecer mayormente respuestas adecuadas, realistas y coherentes y por tanto estructurantes, la organización de su personalidad está aún más comprometida. En este tipo de cuidado suele tomar parte el mal uso y el abuso de la guardería, que produce un cierto grado de «institucionalización», y todas las otras formas de vinculación en las que participan demasiados cuidadores demasiado pronto, con la consecuente dispersión. También, la ausencia de un cuidador «central» que integre la colaboración del otro cuidador o cuidadores, lo que produce la correspondiente debilidad o ausencia del apego seguro o de un vínculo de suficiente calidad.

Estos fragmentos han sido extraídos del libro publicado recientemente por Eulalia Torras de Beà, con el título *La mejor guardería, tu casa* (Torras de Beà, 2011).

Este posicionamiento crítico en cuanto a la política del Estado Español de dar prioridad a la puesta en marcha de escuelas infantiles sin ayudar convenientemente a los padres que quieran y puedan asumir directamente la crianza de sus hijos, encuentra cada vez más eco entre los profesionales que nos ocupamos de la salud mental de los niños pequeños y sus familias. Un grupo de destacados profesionales de este ámbito de la salud mental entre los que se encuentran, entre otros, Eulalia Torras y Jorge Luis Tizón, han elaborado un manifiesto con recogida de firmas, reivindicando «un permiso de maternidad/paternidad de dos años para los padres que quieran criar a sus hijos». Además, han puesto en marcha un blog en Internet con dicho manifiesto y la recogida de firmas, incluyendo en él interesantes y valiosos artículos referentes a este tema: <<http://mast tiempoconloshijos.blogspot.com.es/>>.

Espero quede claro que mi posición crítica en este aspecto relativo al uso excesivo de la «institucionalización» en escuelas infantiles de los niños/as pequeños en España, a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los países del entorno Europeo al que pertenecemos y en el que vivimos, se refiere al desequilibrio existente entre la ayuda pública prestada a las instituciones antes mencionadas y la ayuda prestada a la familia, que también tendría que ser considerada como una institución educativa, desarrollando, apoyando y ofreciendo recursos a los padres que quieran dedicarse a la crianza y educación de sus hijos en estas tempranas edades de sus vidas (Tizón, 2009).

A lo largo de mi amplia experiencia profesional he podido compartir con los profesionales de las escuelas infantiles muchos momentos de preocupación, de atención compartida, de formación y de supervisión que me han hecho valorar el excelente trabajo que la mayoría de ellos desarrolla para mejorar la salud mental de nuestros hijos en España.

Quisiera mencionar el importante papel que desempeñan en este campo profesionales como Mari Carmen Díez Navarro, compañera de ASMI, Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, filial española de la WAIMH, Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil, maestra de educación infantil y psicopedagoga, que desarrolla una intensa e importante labor poética y pedagógica y que ha sido merecedora del primer premio «Aula 2008», concedido por el Ministerio de Educación y Ciencia al mejor libro de educación y divulgación educativa de 2008, en la categoría de obras teóricas y de investigación educativa por su libro *Mi escuela sabe a naranja* (Díez Navarro, 2007).

En el ámbito de los TEA, las intervenciones adecuadas, realizadas cuanto más precozmente mejor (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento), evitarían que los niños afectados no puedan acceder a funciones básicas y vitales para su desarrollo y la interacción con el otro, como pueden ser la adecuada y necesaria integración sensorial para conseguir el acceso a la relación intersubjetiva con el otro, a la sociabilidad, a la comu-

nicación y al lenguaje hablado, en un momento crítico para el niño en el que la plasticidad en el desarrollo cerebral, así como la curiosidad por el otro y por lo otro, están en plena evolución en los niños que tienen un desarrollo sano y normalizado.



Hacia una comprensión integradora del autismo

Desde hace varios años observo con preocupación cómo por cuestiones ideológicas, muy alejadas del pensamiento y actitud considerado científico, se confunden las consecuencias con las causas en el caso de la investigación etiológica o causal de los trastornos mentales. Los importantes descubrimientos que se están haciendo en el campo de las neurociencias son interpretados «interesadamente» por un sector de los profesionales de la salud mental que se proclaman portadores (con actitud intolerante y excluyente de lo diferente) de la «verdad científica». Esta tendencia a la sacralización de la ciencia lleva a un cientificismo en el que la ciencia así concebida pasa a ser un dogma, sus divulgadores los nuevos sacerdotes, y sus resultados, la única esperanza (Peteiro, 2010). Del imperialismo de lo psicológico, se está pasando en los últimos años, a través de un movimiento pendular al que el proceso histórico nos tiene acostumbrados, a un imperialismo de lo biológico. Estudios experimentales muestran la atracción seductora de las explicaciones neurocientíficas, es decir, su magnetismo. Se ha visto que explicaciones irrelevantes se juzgan más favorablemente si contienen jerga neurocientífica. Independientemente del estatus científico y de su relevancia, las explicaciones neurocientíficas influyen en la gente, más allá de lo que la evidencia puede sostener (Pérez-Álvarez, 2011a). La cultura popular ha asumido el cerebrocentrismo como algo natural, y la divulgación neurocientífica alimenta dicha tendencia ignorando que la plasticidad cerebral,

según la cual el cerebro es capaz de modificarse en función de la experiencia, muestra que más que de las neuronas dependemos de la conducta y de la cultura (Pérez-Álvarez, 2011b).

La confusión interesada y alejada del pensamiento científico se manifiesta, por ejemplo, interpretando que un descubrimiento «X», que muestra a través de la resonancia magnética, u otra técnica de neuroradiografía, que algunas regiones cerebrales tales como el lóbulo temporal superior (LTS) –de adultos o niños ya de cierta edad con funcionamiento autista– presenta alteraciones anatómicas o funcionales, es un claro e inequívoco signo de que la causa del autismo es de etiología orgánica o genética, excluyendo la importancia de la interacción de lo genético constitucional con el ambiente que incluye lo psicosocial del ser humano. Esta actitud omite el hecho de que en el momento de la investigación, y dada la edad del colectivo investigado, las perturbaciones precoces en la interacción entorno cuidador-bebé ya han podido alterar el proceso de maduración del cerebro y del sistema nervioso central, así como el adecuado desarrollo de sus múltiples y complejas funciones, o el proceso de constitución y desarrollo del psiquismo temprano del niño. Golse y Robel, en un interesante artículo a propósito de la investigación en psicoanálisis y abordando el debate entre el psicoanálisis, la psicopatología cognitiva y las neurociencias, nos muestran que el lóbulo temporal superior del cerebro se encuentra hoy día en el centro de las reflexiones en materia de autismo infantil, trastorno psicopatológico que representa el fracaso del acceso a la intersubjetividad con la imposibilidad de integrar el hecho de que el otro existe en tanto que otro (Golse y Robel, 2009).

Los trabajos de investigación de los cognitivistas nos han mostrado que un objeto no puede ser percibido como exterior a sí mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales (Streri, 1991, Streri *et al.*, 2000). Este proceso de acceso a la intersubjetividad parece implicar al lóbulo temporal superior del cerebro humano debido a las diferentes funciones que en él se encuentran localizadas: reconocimiento de los rostros (gyrus fusiforme del LTS), reconocimiento de la voz huma-

na (surco temporal superior del LTS), análisis de los movimientos del otro (zona occipital del LTS) y, sobre todo, la articulación de los diferentes flujos sensoriales que emanan del objeto-sujeto relacional (surco temporal superior del LTS) permitiendo que este pueda ser percibido como exterior a sí mismo.

En el momento en que el abordaje psicoanalítico y el cognitivo (Teoría de la Mente) se juntan para considerar la intersubjetividad como el fruto de la integración del flujo sensorial percibido que proviene del objeto-sujeto relacional, estudios recientes de neuroimagen cerebral revelan anomalías anatómicas y funcionales del lóbulo temporal superior en los niños de cierta edad y en adultos con funcionamiento autista. Un diálogo es pues posible entre estas diferentes disciplinas, esperando que se abra camino un abordaje integrador del autismo infantil en el cual el lóbulo temporal superior podría ocupar un lugar central, no como el lugar de una hipotética causa primaria del autismo, sino como un eslabón intermediario y como reflejo del funcionamiento autístico temprano del niño.

➤ Autismo: aspectos genéticos

Entre los genetistas está comúnmente admitido que lo genético es un factor de vulnerabilidad en el ser humano que tiene una alteración genética comprobada; pero de ningún modo se lo puede considerar como un elemento causal en el desarrollo de un trastorno o de una enfermedad. Si este principio es válido para las enfermedades llamadas somáticas, todavía lo es más para los trastornos mentales. La disociación entre ambos conceptos, o formas de ver la enfermedad, puede ser superada por una visión psicosomática del ser humano. Lo mismo podemos decir con la epigenética en cuanto a la superación de la disociación entre genoma y ambiente ya que esta ciencia estudia la interacción existente entre ambos; siendo además dicha interacción genoma-ambiente la responsable de que lo genético se exprese o no (en positivo o en negativo) en un sujeto determinado (ver siguiente capítulo que trata de lo genético y lo ambiental).

Venter, expresidente del Celere Genomic y una de las autoridades mundiales de la genética, secuenciador de su propio genoma, afirma:

[...] la mayoría de los científicos que trabajan en este campo [se refiere a la genética] no creen en el determinismo genético, excepto en un número muy limitado de enfermedades poco corrientes y con fuerte componente genético. La biología en general, no actúa de esta forma y desde luego, no lo hace en el campo de la inteligencia y el comportamiento. A muchas personas les gustaría exi-

mirse de responsabilidad y echarle la culpa a su código genético (fumadores, drogadictos, por ejemplo). El código genético no va a absolver a los seres humanos de sus decisiones individuales, ni de su responsabilidad personal. Nadie podrá refugiarse detrás de sus genes [...]. (*El País*, 25-6-2000; Venter, 2008).

Hoy día la genética pura –aislada de las otras ciencias que pueden enriquecerla y complementarla–, que ha permitido un avance para las enfermedades somáticas llamadas monogénicas que siguen las Leyes de Méndel, en las que el trastorno genético implica a un solo gen, ha sido útil solamente en el caso de los trastornos mentales, en un porcentaje reducido de casos (5-10%) en los que, junto con el retraso mental y síntomas autísticos asociados, se identifican otros trastornos de base genética –como ocurre por ejemplo en el caso del síndrome de Rett, la esclerosis tuberosa, el síndrome X frágil, etc. Este tipo de investigación nos estaba llevando por un camino equivocado al intentar asociar directamente los trastornos mentales a unas alteraciones genéticas determinadas a través de una relación de causalidad directa y lineal. Este modelo de investigación genética descuida el hecho de que los genes de un determinado genoma (totalidad de la información genética que posee un organismo en particular) nunca trabajan solos sino que trabajan en red, y además, interactuando entre ellos. Es por ello que actualmente la genómica, conjunto de ciencias y técnicas dedicadas al estudio integral del funcionamiento, la evolución y el origen de los genomas, está abriendo el abanico de posibilidades ya casi agotadas del anterior modelo de investigación genética.

A estas dificultades mencionadas de la investigación genética –que tendrían que hacernos más modestos, comedidos y prudentes a la hora de difundir los avances genéticos logrados, y más todavía a la hora de difundirlos en los medios de comunicación, para no crear falsas expectativas entre los padres y en la sociedad, muy difíciles de hacerse realidad, y sin mostrarse realmente útiles en la clínica cotidiana a corto y medio plazo– se han ido añadiendo otras que han estimulado los avances de la ciencia creando nuevas disciplinas como la epigenómica,

que estudia y describe el conjunto de interacciones existentes entre los genes (genoma) y su entorno que conducen a la expresión del fenotipo –manifestaciones visibles del genotipo en un determinado ambiente– es decir, a la expresión genética o más bien genómica, tanto sana como patológica. Dicho de otro modo, el material genético contenido en los genes se manifestará, se expresará, y se hará visible o no, en función de la interacción con el medio.

La genómica está dando sus primeros pasos investigadores en estos últimos años, ya que hasta que no se terminó de estudiar por completo el genoma humano, carecía de la base científica y los datos necesarios para avanzar. Algo parecido está ocurriendo con la epigenética que, aunque ya fue presentada y desarrollada inicialmente por su descubridor, Conrad Hal Waddington en 1956 (Waddington, 1956, y Waddington, 1980) ha tenido, a mi juicio, un escaso desarrollo en el campo de la investigación genética debido, quizás, a la elección que se ha hecho hasta ahora de investigar en el ámbito de la genética pura, en terrenos artificialmente separados entre sí por la facilidad aparente que esto supone, sin tener en cuenta la pobreza de resultados que tal elección conlleva, ya que aleja la investigación de la realidad. Se ha evitado de esta forma la complejidad y dificultad que conlleva la investigación epigenética, que necesita, para su fecundo desarrollo, de un importante trabajo interdisciplinar y a largo plazo entre «genetistas» y «ambientalistas».

Tras esta necesaria introducción, voy a repasar ahora, de forma muy esquemática, las aportaciones de la genética en la investigación de los trastornos del espectro autista.

Se dice que los TDG (Trastornos Generalizados del Desarrollo) y en especial los TEA (Trastornos del Espectro Autista) son tres o cuatro veces más frecuentes en los niños que en las niñas. Sin embargo, considero que para hacer semejante aseveración falta investigación epigenética o epigenómica al respecto. No se han hecho suficientes estudios que validen la hipótesis de que su prevalencia en varones sea una prueba de la causalidad genética del autismo. Aspectos diferenciales ligados a la identidad sexual del bebé y su temperamento, en in-

teracción con un entorno cuidador primario donde predomina la figura femenina ejerciendo de forma preferente la función materna, pueden influir en el desarrollo de estilos de interacción madre-bebé muy diferentes en el caso de que el bebé sea un niño o una niña.

El 18 de septiembre de 2008, entre las noticias publicadas por *BBC-Mundo* aparecía una que informaba de que el autismo leve se diagnostica con mayor dificultad en las niñas que en los niños. Reproducimos aquí el texto:

Se cree que el autismo afecta cuatro veces más a varones que a mujeres, pero un último estudio desarrollado por investigadores británicos sugiere que este no es el caso. Los científicos, que presentaron su trabajo en un encuentro de la Real Facultad de Psiquiatría (Royal College of Psychiatrists) del Reino Unido, examinaron a 493 niños y a 100 niñas con autismo. Descubrieron que las chicas mostraban diferentes síntomas y menos signos de los síntomas tradicionalmente asociados con el autismo, como por ejemplo el comportamiento repetitivo. La mayoría de los niños y niñas investigados no padecen de autismo clásico, aunque sí tienen dificultades de socialización y comunicación. Los investigadores hallaron que las niñas son más propensas a tener un interés obsesivo en las personas y en las relaciones. Pero es más probable que sus padres acepten este interés y por lo tanto tiendan a no reportarlo a los médicos. Además, este tipo de obsesiones son más difíciles de ser descubiertas usando cuestionarios estándar de diagnóstico.

El profesor Simon Baron-Cohen (impulsor y destacado investigador de la Teoría de la Mente) un experto en autismo de la Universidad de Cambridge, dijo: «Este es un problema clínico importante y hay muy pocos estudios que lo investigan.»

Judith Gould, de la Sociedad Nacional de Autismo, indicó:

Oímos de muchas mujeres a las que se les ha diagnosticado tarde en sus vidas. La forma en que el autismo se manifiesta en las mujeres puede ser muy compleja y por lo tanto indetecta-

ble. Puede que, debido a errores de concepto o a estereotipos, a muchas niñas y mujeres con autismo nunca se las deriva para diagnóstico.

Gould sostuvo que el hecho de que no sean diagnosticadas y por los tanto tratadas, puede tener consecuencias profundas en ellas y en sus familias. Añadió:

que también es posible que las mujeres sean mejores en «tapar» las dificultades para poder adecuarse a la sociedad. Características como la timidez y la hipersensibilidad, comunes en las personas con autismo, a veces son consideradas típicas del sexo femenino. Sin embargo, si un niño muestra esas características, puede despertar preocupación en su entorno.

Esta relación de prevalencia de 3-4 niños por una niña en los TEA, es independiente del grado asociado de discapacidad intelectual. Así, entre las personas con Trastorno de Asperger la relación hombre/mujer es de 8 a 1, y en el colectivo con discapacidad profunda es de 1 a 1. El Síndrome de Rett afecta casi universalmente a mujeres. El Trastorno Desintegrativo Infantil se presenta por igual en hombres que en mujeres.

En familias que ya han tenido una hija o un hijo con autismo se identifican, a veces, otras formas «menores» del trastorno en los padres o hermanos. Estas formas, incluidas en el denominado fenotipo autístico, apuntan a la diferente expresión genética de estos problemas.

La investigación actual indica que alrededor de un 3% de los hermanos o mellizos de un niño con autismo tiene también el mismo trastorno (lo que es bastante más que lo encontrado en la población general), y entre un 6 al 9%, presentan algún tipo de TGD o TEA.

Los familiares de afectados pueden presentar expresiones fenotípicas (manifestaciones visibles del genotipo en un determinado ambiente) y conductuales en mayor proporción que la población general; con un rango variable de gravedad que incluye rasgos o dificultades sociales y comunicativas significativos.

Se ha sugerido que en el Trastorno de Asperger el número de familiares afectados, especialmente padres, es muy elevado.

Se sabe que si un gemelo presenta autismo, el 80% de las veces su hermano gemelar tiene también un TEA; esto quiere decir que, a mayor igualdad genética entre las personas, mayor concordancia clínica. Cuando se habla de la importancia de la concordancia clínica y se utilizan estos casos para justificar la etiología genética del trastorno autista, u otros trastornos mentales, diciendo apoyarse en la ciencia, los que exponen esta posición lo hacen olvidando que para los científicos es más importante el fijar su curiosidad y atención en el porcentaje de discordancia que en el de concordancia, ya que esa discordancia es lo que hace que no se pueda hablar de evidencia científica sino de indicios, pruebas, que indican que... Se tiene que seguir estimulado y motivado para continuar investigando.

En un 5-10% de los casos, se identifican otros trastornos de base genética (duplicaciones del cromosoma 15, esclerosis tuberosa, fragilidad X, fenilcetonuria, neurofibromatosis, etc.).

El Trastorno de Rett se identifica no solamente por su clínica neurodegenerativa precoz, sino por la comprobación de la alteración genética en el gen MECP2.

Se ha comprobado que determinadas mutaciones del gen SHANK3, también llamado ProSAP2, están relacionadas con ciertas formas de autismo como el Síndrome de Asperger, particularmente en el cromosoma 22q13.

Los resultados de estudios multicéntricos, llevados a cabo por consorcios internacionales de investigación en casos de familias con «incidencia múltiple» (al menos dos hijos con autismo), han identificado toda una serie de marcadores genéticos en diversos cromosomas (2q, 7q, 13q, 17q, 16p, X, etc.), habiéndose calculado que puedan existir 15 o más genes implicados, de los que entre dos y cuatro intervendrían en todos los casos, y otros actuarían en distintas combinaciones (variaciones entre familias) que influirían en la gravedad o la expresión del fenotipo (variaciones entre sujetos). Esta implicación e interacción de varios genes entre sí puede ser mejor estudiada por la genómica.

En cuanto a los factores de riesgo de origen ambiental, el criterio, o más bien, la ideología imperante, consiste en buscar entre los factores ambientales de origen tóxico, infeccioso, metabólico, alimenticio, etc., las posibles causas del autismo, dejando de lado los factores de riesgo de origen psicosocial y sociocultural. Entre los factores ambientales se han sugerido como posibles causas, las infecciones víricas (rubéola, herpes, etc.), complicaciones obstétricas, administración de vacunas, intoxicaciones, intolerancia a determinados alimentos y nutrientes, consumo de determinados productos durante el embarazo, alteraciones gastrointestinales, intoxicaciones por plomo y mercurio con efectos a medio y largo plazo, con dosis no muy grandes y lenta acumulación en el organismo, etc. Ninguna de estas investigaciones ha conseguido resultados satisfactorios.

Llama la atención que entre los posibles factores de riesgo ambientales, como los que acabamos de ver anteriormente, no se incluyan, mas que rara vez, los psicosociales y socioculturales derivados del medio o del entorno familiar, profesional, institucional y social, y menos aún los que tienen que ver con la evolución de la interacción precoz entorno cuidador-bebé, y más específicamente, padres-bebé.

➤ Lo genetico-constitucional y lo ambiental en el caso del autismo: mito y realidad

Sobre el autismo existen hoy día creencias, difundidas y alimentadas por aspectos más ideológicos que científicos, que han logrado parasitar el pensamiento científico, impregnando la mentalidad de muchos profesionales de la salud mental. Creencias que, habiendo arraigado en nuestra sociedad con la categoría de mitos, están influyendo muy negativamente en la confrontación adecuada del problema de los trastornos mentales, incluido el autismo, y en su posible solución. El mito o creencia mítica consiste en atribuir a personas o cosas una realidad de la que carecen (Larbán, 2011).

Veamos algunas de esas creencias míticas, invalidadas por los avances de la ciencia.

Autismo: lo genético y lo ambiental

Trataremos en primer lugar la creencia mítica de que los trastornos mentales, incluido el autismo, son de causa genética y, por tanto, incurables.

Los avances logrados en la investigación epigenética, muestran la estrecha interacción genoma-ambiente o, mejor dicho, persona-ambiente-estilo de vida, en cuanto a la posibilidad o no de que los genes se expresen (mediante mecanismos de activación-desactivación, que no es lo mismo que mutación

genética) facilitando o evitando la aparición de un determinado trastorno o enfermedad. Es la epigenética la que ofrece más posibilidades de avance en el estudio de las enfermedades y trastornos que, hasta hace bien poco, se creía que estaban genéticamente determinados. Lo genético predispone pero no determina el porvenir de la persona. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada. Lo que hacemos con lo genético, cómo vivimos, comemos, sentimos y pensamos, también influye en lo que somos.

Desde la genética se da un papel fundamental a la causalidad plurigenética (red de genes interactuando entre sí dentro del mismo genoma) y multifactorial (factores múltiples y diversos) así como a la interacción del sujeto y de lo genético constitucional con el entorno, en cuanto a la aparición y desarrollo o no de alteraciones (incluso morfológicas) y enfermedades que genéticamente predisponen al sujeto que las tiene a padecerlas pero que no determinan su posible padecimiento.

Veamos lo que ocurre genéticamente a nivel celular.

Es sabido que todas las células de un mismo individuo tienen la misma carga genética: tienen exactamente los mismos genes, situados en las mismas 23 parejas de cromosomas (excepto las células sexuales que tienen solo la mitad). Esto es sorprendente porque hay muchísimos tipos de células, con funciones y aspecto muy distinto, en un mismo cuerpo humano; desde las neuronas, con su aspecto de árbol y sus funciones especializadas, hasta las células del hígado (hepatocitos), de forma hexagonal y funciones totalmente diferentes, pasando por las células del intestino, o las del tiroides. Estando todas en un mismo individuo y compartiendo en un 100% los mismos genes, ¿por qué estas diferencias abrumadoras de aspecto y función?

Es importante señalar que la función del gen es la producción en serie de proteínas. El gen es un molde a través del que se crean proteínas específicas con funciones concretas. El ser humano tiene unos 25000 genes, pero no todas las células tie-

nen todos los genes «expresados», es decir, activos. La diferencia entre una célula y otra no está en los genes que tenemos en cada célula, sino en cuáles «expresamos». Expresar un gen quiere decir que el gen lleva a cabo la función para la que está destinado: la producción en serie de una proteína determinada. Cada proteína tiene unas funciones específicas que serán las que dotarán a cada célula de su aspecto y funcionamiento. La diferencia entre una neurona y un hepatocito se basa en el tipo de proteínas que son codificadas, o, lo que es lo mismo, qué genes están expresados o activos.

Del total de genes de cada célula, se expresa quizás solo un 10 o 20%, el resto son totalmente silenciados, inactivados para la función de producir proteínas. Para ello los genes tienen una región que es una llave de «encendido/apagado» junto a cada región de producción de una proteína específica.

Los genes son poco alterables, solo extrañas y poco habituales mutaciones los varían, pero los reguladores, el «encendido/apagado», son muy influenciados por el ambiente, por estímulos tanto internos (hormonas, fases de desarrollo del cerebro...) como externos (estrés, aprendizaje, interacción social...). Los factores sociales, la vida que vivimos, modifican la expresión de nuestros genes, tanto en los relacionados con funciones corporales como los relacionados con las funciones cerebrales. Lo que vemos, oímos, aprendemos, vivimos, modifica la expresión de determinados genes, variando nuestro ser; el ambiente en el que me desarrollo modifica la expresión de mi genética.

Esta variación de nuestra expresión genética, del «encendido/apagado» de nuestros genes, se transmite de manera cultural. Mantenemos los elementos de enseñanza, alimentación, crianza, que hemos aprendido y que nos han hecho expresar nuestra genética de manera diferente. Esos cambios de expresión no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Esto quiere decir que hay una evolución cultural, que modifica la expresión de la genética a través del aprendizaje, que es muy rápida, y otra natural, biológica, basada en mutaciones, de una lentitud que se mide por decenas de milenios.

Este texto citado, está extraído de un artículo divulgativo publicado en prensa y dedicado a la genética, escrito con gran riqueza de matices, de conocimiento, de sencillez y de claridad expositiva, por Miguel Ruiz-Flores, psiquiatra (Ruiz-Flores y Bistuer, 2010).

Veamos ahora lo que nos muestra la investigación-experimentación de laboratorio.

Una de las pruebas más palpables, y sobre todo visibles, de lo que decimos en cuanto a la genética y la epigenética la obtuvieron Randy Jirtle, un investigador de la Universidad Duke (Estados Unidos), y su equipo. Sus ratones fueron concebidos, nacieron y crecieron en el laboratorio de Jirtle, y aunque parezca increíble son genéticamente idénticos, la composición de su ADN es exactamente la misma. La única y fundamental diferencia entre el rechoncho y amarillo roedor y su marrón y estilizado hermanito se encuentra en las condiciones en las que discurrió su gestación.

La consecuencia última de la visible diferencia va más allá de la estética, porque el animal amarillo desarrollará obesidad mórbida, diabetes y muy probablemente morirá de cáncer, mientras que su hermano marrón tiene todos los elementos para vivir una vida sana y tranquila. El experimento de Jirtle ha puesto en juego elementos que intervienen en la vida cotidiana de los humanos, y aunque los investigadores son prudentes a la hora de trasladar las conclusiones de una especie a otra, admiten que cada vez hay más datos que indican que lo que se ha observado con los ratones amarillo y marrón podría extrapolarse a los humanos.

En una primera parte del experimento, el equipo de la Universidad Duke expuso a hembras de ratón en gestación a un agente químico, el BPA, que forma parte del plástico que se encuentra en todas las casas (envases, recipientes, biberones, etcétera). Todos los vástagos que nacieron eran amarillos, o, lo que es lo mismo, con predisposición a sufrir las enfermedades mencionadas. En la segunda parte del estudio nacieron los ratones mencionados. Los dos de la misma madre y con la misma carga genética. Durante la gestación del roedor amarillo, la

madre recibió el BPA y una dieta normal. Sin embargo, durante la gestación del marrón, la progenitora, que también recibió el compuesto del plástico, siguió una dieta especial enriquecida con ácido fólico y genesteína, un folato presente en la soja.

El resultado exterior está a la vista, pero vayamos al interior de las células para ver lo que ha provocado esa diferencia entre hermanos genéticamente idénticos. Lo ocurrido es tan simple como el mecanismo de un interruptor de la luz. En este caso, la bombilla sería una red de genes asociados con la obesidad, la diabetes y el cáncer. El interruptor de encendido, el BPA; el de apagado, la dieta. Es decir, que aunque el componente plástico tiene un efecto tóxico que enciende la red de genes patológicos, con la dieta se ha logrado eliminar. Como vemos, lo realmente importante para la vida no es la composición de la doble hélice, el ADN, si tenemos tal o cual gen, sino qué genes están encendidos y cuáles apagados. Todo ello se produce a través de una serie de marcas químicas que cuando están presentes en la estructura del gen lo inactivan.

En lo que se refiere a los humanos, recientemente se ha publicado un nuevo estudio en *Proceedings of the National Academy of Science*, de Estados Unidos, en el que se ha visto cómo pacientes con tumores de próstata lograron apagar dos familias de genes que favorecen la enfermedad. El apagado se produjo tras tres meses de un estilo de vida diferente: llevaron una dieta baja en grasas, con alimentos no procesados y verduras; practicaron técnicas de control del estrés y ejercicio físico, y, por último, también se ocuparon de su mente, asistieron a grupos de apoyo psicosocial ya que se sabe que el estrés psicológico provoca el encendido y apagado de genes. Las conclusiones del trabajo son preliminares, pero están en consonancia con las de otros similares, de modo que el camino parece ser el adecuado.

Continuando con los humanos, algunos estudios de poblaciones han encontrado que el tipo de alimentación de los abuelos tiene un efecto sobre el riesgo que tienen los nietos de desarrollar diabetes o enfermedades cardiovasculares. De modo que no solo somos lo que comemos nosotros, sino lo que comieron, lo que respiraron, lo que sintieron... nuestros ancestros.

«¡Los genes no son el destino!»; «Las influencias medioambientales, entre las que se incluyen la nutrición, el estrés y las emociones, pueden modificar esos genes sin alterar su configuración básica», escribe, en su libro *La biología de la creencia*, Lipton, un biólogo molecular estadounidense que en su libro defiende la capacidad que tiene el ser humano para intervenir y modificar su biología. Con la idea de modificar la biología, Bruce Lipton, en el libro mencionado, va un paso más allá en las implicaciones de la epigenética y la pone en relación con el cerebro y el poder de la mente para producir cambios biológicos (Lipton, 2007).

«Hay que luchar contra el determinismo genético. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada», dice Manel Esteller, director de epigenética del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (Madrid) y del Instituto Catalán de Oncología. Sus investigaciones con personas genéticamente idénticas son conocidas en todo el mundo por su importancia y trascendencia. Esteller ha estudiado a decenas de parejas de gemelos de distintas edades, y ha podido observar cómo la forma de vida va dejando sus huellas en los genes a través de marcadores químicos (cambios epigenéticos) que son los que los encienden o apagan. Un solo dato ilustra bastante bien los hallazgos de Esteller: las diferencias en las marcas químicas presentes en los genes, cambios epigenéticos, de gemelos de 50 años son cuatro veces mayores que las que se pueden encontrar en gemelos de solo tres años. Además, la disparidad aumenta a medida que aumentan las diferencias en el estilo de vida. Cada vez hay más datos que sugieren que la epigenética sana se transmite a las generaciones futuras, y la alterada, también (Esteller, 2008).

Como hemos visto, cambios de expresión genética no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Se podría decir que hay una heredabilidad epigenética –que se transmite culturalmente a la siguiente generación– de los factores protectores de la salud (resistencia ante la enferme-

dad y capacidad de recuperación) y de los factores que predisponen a padecer un determinado trastorno o enfermedad (vulnerabilidad). Podemos deducir de los avances de la epigenética que la modalidad de crianza y las interacciones precoces entre el bebé y su cuidador pueden influir y modificar lo genético constitucional, tanto en positivo como en negativo. Además, vemos que dichos cambios epigenéticos son transmisibles a las generaciones siguientes.

Si el ambiente, la cultura, puede influir en los cambios de expresión genética (no confundir con las mutaciones genéticas) que además son heredables, tanto en positivo como en negativo, tendremos que empezar a dar una especial relevancia a los cambios ambientales, relacionales, interactivos, psicosociales, socioculturales, a la hora de plantearnos una verdadera promoción de la salud mental, una necesaria prevención, un adecuado diagnóstico y un acertado tratamiento. ¿Por qué ante semejante realidad constatada seguimos manteniendo y alimentando la creencia mítica de la primacía de lo geneticobiológico?

Otro hecho importante se deriva de los descubrimientos de la epigenética: las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas permanentemente a través de la regulación de la expresión génica relacionada con la interacción ambiental.

Autismo, psiquismo y cerebro

En segundo lugar abordaremos la creencia mítica de que el cerebro humano dejaba de crecer y desarrollarse a partir de los 21 años, ya que anatómicamente se había observado a esa edad la muerte de un gran número de redes neuronales que hoy día sabemos que mueren por no ser utilizadas.

Esta teoría, basada en el estudio anatómico de las enfermedades del cerebro más que en el estudio de su funcionamiento normal, refuerza la ideología de lo genético como incurable, ya que los defensores de la causa genética de los trastornos mentales (incluido el autismo) atribuían a las alteraciones del cerebro, que en realidad no era más que su base neurobiológica

y orgánica (confundiendo mente con cerebro), la causa de los trastornos mentales, ensombreciendo su pronóstico evolutivo a largo plazo.

En esta última década, importantes descubrimientos efectuados gracias a los avances de las neurociencias, de la neurofisiología cerebral, de la psicología y de la psicopatología del desarrollo han permitido la convergencia hacia una visión integradora de lo neurobiológico con lo ambiental. Lo neurobiológico, lo psíquico y lo ambiental, no pueden separarse artificialmente. El desarrollo psíquico y cerebral del ser humano está estrechamente unido, y en interacción constante e interdependencia mutua con el ambiente, que en el caso de los niños, sería sobre todo el entorno cuidador familiar, profesional, institucional y social.

Si los resultados experimentales que demuestran la existencia de la plasticidad cerebral son recientes, la hipótesis es antigua. Santiago Ramón y Cajal, que obtuvo el premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1906 por descubrir los mecanismos que gobiernan la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas, ya la había formulado hace más de un siglo: «Las conexiones nerviosas no son, pues, ni definitivas ni inmutables, ya que se crean, por decirlo de algún modo, asociaciones de prueba destinadas a subsistir o a destruirse según circunstancias indeterminadas, hecho que demuestra la gran movilidad inicial de las expansiones de la neurona» (Ramón y Cajal, 1909-1911).

Más recientemente, las investigaciones de Erick Kandel (psiquiatra y neurofisiólogo) –que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en el año 2000 estudiando los circuitos de la memoria–, han logrado demostrar que el aprendizaje y las experiencias son las que modelan la estructura del cerebro y su funcionamiento; que la memoria constituye la espina dorsal de nuestra vida mental y que los recuerdos condicionan nuestra existencia (Kandel, 2001; 2007).

Los resultados de la investigación sobre la plasticidad cerebral ponen de relieve una vez más la estrecha interacción entre lo genético constitucional neuronal de una persona y lo ambiental, es decir, la experiencia del sujeto en la interacción

con su entorno, incluido, en el caso del bebé, su interacción con el entorno cuidador. Experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático de lo vivido, sino también la huella biologiconeuronal del sujeto que la vive. En su interesante, estimulante y sugerente libro *A cada cual su cerebro*, publicado en castellano, François Ansermet, un destacado profesional del psicoanálisis, y Pierre Magistretti, otro profesional destacado de las neurociencias, ambos suizos, nos muestran de forma amena y didáctica estos aspectos de la plasticidad cerebral que comentamos. Nos permiten comprobar cómo el psicoanálisis y las neurociencias pueden encontrar un espacio de intersección entre las dos disciplinas donde el encuentro no solamente es posible sino también extraordinariamente fecundo (Ansermet y Magistretti, 2006).

La experiencia psiquiconeuronal está en la base del aprendizaje y desarrollo humanos. Experiencias adecuadas para el desarrollo del bebé, que facilitan la comunicación interneuronal y el desarrollo de su sistema nervioso así como de su capacidad de comunicarse y relacionarse con su entorno y consigo mismo, y también, experiencias inadecuadas que dificultan o impiden dicho proceso comunicacional y relacional y, por tanto, su adecuado y normal desarrollo cerebral y, en un sentido amplio, su desarrollo biopsicosocial.

El concepto de plasticidad cerebral permite ver y comprender las influencias que el medio ambiente ejerce sobre el cerebro, su constitución y transformación. El cerebro posee una extraordinaria plasticidad neuronal en cuanto a su conectividad y función en todos los niveles de organización. La plasticidad neuronal se refiere a los cambios que ocurren en la organización del cerebro en áreas neocorticales y en áreas relacionadas con la memoria como resultado de una experiencia. Una actividad del cerebro asociada a una función determinada puede localizarse en otra área como consecuencia de una experiencia normal, de un daño cerebral y/o de una recuperación posterior. Este descubrimiento permite relativizar la posición de los que defienden que regiones determinadas del cerebro ejercen siempre unas determinadas funciones.

El ser humano desarrolla intensivamente las funciones cerebrales durante los tres primeros años de vida desde la fase embrionaria, desarrollo que persiste intensa y significativamente hasta los 6 años, y a un ritmo menor, durante toda la vida, tal como lo evidencia la plasticidad cerebral. Como vemos, los avances de la neurociencia del desarrollo han puesto de relieve la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo. Las interacciones cara a cara modulan no solo el desarrollo del niño sino algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción (neuronas espejo). A la luz de estos descubrimientos de la ciencia, la crianza y las primeras interacciones adquieren una esencial importancia para el desarrollo del niño. Estos hechos nos muestran que una adecuada interacción con el medio o con el entorno cuidador puede producir cambios en el desarrollo psíquico y en las funciones cerebrales, incluso si hay cierto grado de disfunción o de afectación cerebral.

Autismo y neurogénesis cerebral

Otro de los mitos de la «ciencia», considerado como realidad hasta hace muy poco tiempo, consistía en la creencia de que las neuronas perdidas no podían recuperarse.

El descubrimiento de la existencia de células madre en zonas concretas del cerebro supuso el fin de esta idea, y dio lugar al desarrollo de una investigación sobre los mecanismos por los que se rigen estas células, de las que todavía desconocemos muchos aspectos.

No solamente es modelable el desarrollo cerebral a través de la influencia ambiental sino que, además, se ha descubierto que la producción y regeneración de las células del sistema nervioso central (neurogénesis) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia, como se creía antes, sino que ocurre en el adulto, y puede persistir en la vejez.

Durante el desarrollo fetal el ser humano crea muchas más neuronas de las que necesita, por lo que las que funcionalmente resultan superfluas mueren. Esta muerte neuronal puede alcanzar a entre el 25 y el 75% de las neuronas creadas.

Lo que se ha visto que ocurre con el cerebro humano es el fenómeno llamado «apoptosis neuronal» que ha sido considerada como la muerte celular, programada genéticamente. Hoy día se sabe que este fenómeno contribuye a la neurogénesis, a través de lo que podríamos llamar «poda neuronal». Es decir, las redes neuronales que no se utilizan durante mucho tiempo pierden su función y mueren. La desaparición de redes neuronales no utilizadas se hace en beneficio de otras redes neuronales que se desarrollan más al ser más utilizadas. Vemos que la estimulación del entorno, según sea la adecuada o no, puede facilitar o impedir no solamente el desarrollo psíquico de una función determinada en el niño, sino también, el desarrollo de las redes neuronales encargadas de esa función.

El desarrollo del cerebro requiere formas específicas de experiencia para dar origen y promover el crecimiento de los circuitos neuronales involucrados en los procesos mentales tales como la atención, la memoria, la emoción y la autorreflexión. Es condición necesaria la interacción adecuada con los adultos cuidadores para lograr el desarrollo de las estructuras nerviosas responsables de estas funciones en el niño pequeño.

Estos descubrimientos recientes de las neurociencias confirman la vieja intuición clínica de que, en gran medida, el desarrollo de una función «hace» el órgano que la produce. Es decir, los estímulos adecuados, como por ejemplo los visuales, facilitan y potencian el desarrollo del órgano de la visión. Así, es posible que con un entorno proveedor de cuidados adecuados no solamente se facilite un proceso de maduración biológico y un desarrollo psicológico y neuronal sanos, sino que también se pueda evitar la aparición de algunas alteraciones y enfermedades que se supone están genéticamente ¿predeterminadas?

Autismo, empatía y neuronas espejo

Otro de los mitos «científicos», vigente hasta hace poco, sería el de que el proceso de maduración orgánica (concepto biológico) –en este caso del cerebro– transcurre por vías separadas y diferentes a las del desarrollo psíquico (concepto psicológico evolutivo y relacional) del ser humano.

El reciente descubrimiento del sistema neuronal llamado «neuronas espejo» o «neuronas de la empatía» muestra de nuevo la estrecha e inseparable interacción entre lo neurobiológico y lo ambiental (Rizzolatti *et al.*, 1996; Rizzolatti y Arbib, 1998; Gallese, 2001).

La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro tiene su correlato anatomicofisiológico en redes neuronales llamadas «neuronas espejo» en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro en lo emocional y en lo cognitivo (unión con el otro) sin confundirse con él (separación del otro y diferenciación del otro). Es como si el sujeto observador pudiese vivir de forma «virtual» la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica (neuronas espejo), y psicológica (emocional y cognitiva), el ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico (la sonrisa intencional o social que aparece en el bebé a partir de la sexta semana si todo va bien, es un indicador específico y fiable del comienzo en el bebé del proceso de identificación empática con su cuidador y del acceso a la capacidad de intersubjetividad) puede compartir la experiencia emocional y cognitiva con el otro, así como predecir y anticipar sus intenciones y respuestas, facilitando de esta forma el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos. Este descubrimiento nos permite considerar la comunicación y comprensión empática como la base de toda interacción facilitadora del desarrollo psíquico y cerebral del ser humano.

Autismo: la detección más precoz

Otra de las creencias míticas, arraigada hasta ahora en la mayoría de los profesionales del entorno cuidador del bebé, es la de que es imposible detectar el autismo antes de los 18-24 meses de vida del niño.

Esta creencia está afectando muy seria y negativamente los posibles avances en la detección de los factores de riesgo de funcionamiento autista del niño en su primer año de vida. Sin embargo, y a pesar de esta creencia de los profesionales, un 30%-50% de padres observan alteraciones precoces en el desarrollo y en la comunicación con sus hijos durante su primer año de vida. Además, la experiencia clínica basada en el estudio e investigación del estilo de interacción precoz entorno cuidador-bebé y, más específicamente, padres-bebé, muestran lo contrario.

Para una adecuada y eficaz detección del proceso interactivo autistizante y defensivo autístico del bebé en su primer año, o antes de los 18 meses de vida, y centrándonos en los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su entorno cuidador, no podemos basarnos en los criterios diagnósticos de las clasificaciones internacionales como el DSM-IV o CIE-10, útiles para detecciones y diagnósticos más tardíos. La referencia a utilizar para la detección y diagnóstico tempranos tendría que ser, a mi juicio, el desarrollo de la capacidad –por parte del bebé– de acceder a la intersubjetividad, es decir, de establecer relaciones intersubjetivas con el otro cuidador y, por extensión, con su entorno. Esto supone que el bebé, gracias a una interacción facilitadora de dicho proceso de comunicación y relación intersubjetiva, pueda constituirse progresivamente como sujeto, con su propia subjetividad, y siendo capaz de interactuar progresivamente con el mundo subjetivo del otro a través de su propia subjetividad.

Recordemos que la intersubjetividad es la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro (en lo intencional de las acciones y motivaciones del otro, en la sensación de movimiento que comporta una determinada acción del otro, en lo cognitivo, es decir, en la forma de pensar, y sobre todo, en lo emo-

cional, en la forma de sentir del otro); capacidad que tiene que ver con la comunicación empática, es decir, con la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él. Ya hemos visto que la empatía es un concepto psicológico que tiene su equivalente neurobiológico en las redes neuronales llamadas neuronas espejo, elementos esenciales para la comprensión del otro y, por tanto, fundamental para la socialización, es decir, para la comunicación y la relación con los demás.

Esta capacidad de intersubjetividad, que como vemos está estrechamente ligada a la capacidad de comunicación empática y al desarrollo cerebral del sistema de las neuronas espejo, está afectada muy tempranamente, y en grados muy diversos, en los bebés y niños pequeños que desarrollan un funcionamiento defensivo autístico. Círculo vicioso en el que las dificultades interactivas empáticas entorno cuidador-bebé, dificultan el desarrollo de este sistema neuronal y viceversa; el insuficiente desarrollo de este sistema neuronal, dificulta a su vez la comunicación empática en el niño y su acceso a la intersubjetividad. Estas capacidades de empatía e intersubjetividad son las que más cuesta que se desarrollen en los niños más mayorcitos con funcionamiento autista, tratados con los medios convencionales actuales, alejados en la mayoría de los casos de un modelo relacional de desarrollo del ser humano basado esencialmente en su interacción con el entorno.

El estudio de la evolución del proceso de acceso y desarrollo de la intersubjetividad primaria durante el primer semestre de vida del niño, proceso fundamentalmente basado en la interacción diádica bebé-cuidador principal, y el paso hacia una intersubjetividad secundaria, basada en la interacción triádica bebé-cuidador de referencia en triangulación relacional con un objeto u objeto-sujeto que ocupa el lugar de tercero, capacidad desarrollada sobre todo durante el segundo semestre de vida del niño, nos puede dar las claves esenciales para la detección, diagnóstico y tratamiento tempranos del bebé en situación de riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista.

Claro está que todo ello implica el cambiar de perspectiva y considerar el funcionamiento defensivo autístico temprano del

niño no solamente como un trastorno generalizado o invasivo del desarrollo, y más específicamente y dentro de los trastornos del espectro autista, una dificultad más o menos severa de comunicación (cognitiva y emocional sobre todo) y de relación (empática) con los demás, sino considerarlo más bien como una desviación psicopatológica en el proceso de constitución y desarrollo del psiquismo temprano del bebé.

Actualmente, el autismo es considerado como un conjunto de condiciones que perturba, en primer lugar, el desarrollo de la comprensión interpersonal y las acciones cooperativas con el otro (Volkmar y Pauls, 2003). Las investigaciones que se están realizando actualmente sobre el autismo temprano del bebé, algunas de ellas basadas sobre el estudio de filmaciones familiares antes del diagnóstico, de cuyos resultados con este método han hecho una revisión exhaustiva Palomo y colaboradores (Palomo, 2006), así como el estudio de la literatura reciente sobre los bebés en situación de riesgo autístico (Zwaigenbaum, 2005), demuestran que la falta de relación intersubjetiva (compartir la experiencia vivida en la interacción con el otro) es el mejor indicio para prevenir precozmente el autismo de los niños. Los últimos descubrimientos sobre el proceso de maduración biológica del cerebro a partir del nacimiento, e incluso antes, hacen pensar que, en el caso del autismo, las dificultades intersubjetivas han impedido la creación de conexiones normales en la red neuronal compleja cuyo desarrollo depende especialmente de la experiencia.

El autismo temprano del bebé estaría caracterizado por dificultades primarias en la habilidad para implicarse en interacciones que impliquen señales emocionales, gestos motores, y acciones comunicativas dirigidas hacia los otros, pudiendo considerarse por tanto como la consecuencia de un trastorno de la intersubjetividad primaria (interacción basada en el diálogo cuidador-bebé) y secundaria (interacción cuidador-bebé basada en la atención compartida hacia un objeto externo) (Muratori, 2008, 2009, 2012).

La fluctuación de los signos y síntomas del bebé considerados aisladamente como posibles factores de riesgo evolutivo

hacía un posible funcionamiento autista, hacía prácticamente imposible el desarrollo de una herramienta adecuada y eficaz para su detección temprana. Sin embargo, el estudio de la evolución de los signos de alarma presentes en el bebé, al que se añade el estudio de la evolución de los factores de riesgo presentes en los padres pero, sobre todo, y fundamentalmente, el estudio de la evolución de la interacción entre los padres y su hijo, constatado mediante escalas de evaluación que pueden ser aplicadas a los tres, seis y doce meses de vida del bebé, nos permiten afinar mucho dicha detección y hacerla posible en un importante número de casos (Larbán, 2008).

En el ámbito de la detección más temprana cabe señalar el importante trabajo clínico de formación, investigación, detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos autísticos precoces del bebé (desde las primeras semanas) y de las disfunciones interactivas que tienen como consecuencia trastornos graves del vínculo padres-bebé, desarrollado por Stella Acquarone (psicóloga clínica y psicoterapeuta psicoanalítica de adultos, adolescentes, niños y bebés, fundadora y directora de la Parent Infant Clinic y de la School of Infant Mental Health de Londres) y su equipo (<<http://www.infantmentalhealth.com/>>).

Algunas conductas, visibles en el bebé a los 3 meses de edad (a veces desde el nacimiento) pueden indicar una dificultad en la regulación emocional y, sin tratamiento, darán lugar al diagnóstico de autismo. Estas señales las llama Stella «Comportamientos preautistas del bebé». La comprensión de cómo los bebés y los padres interactúan, así como del efecto que producen los unos sobre los otros y viceversa, puede ser la clave para identificar y corregir las características de autismo en los bebés en su primer año de vida. Un paradigma fundamental que respalda el argumento para la intervención temprana es que el desarrollo del cerebro está en su punto más intenso (las dos terceras partes de su proceso de maduración) en los dos primeros años de vida del niño. En su clínica, con excelentes resultados, desarrollan varios programas de tratamiento psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé-terapeuta, entre los que cabe destacar el programa de tratamiento intensivo de dos a

tres semanas de duración a razón de 6 horas diarias, 6 días a la semana, durante 1-4 semanas, programándose a continuación un seguimiento evolutivo de una hora por semana, aspecto que puede variar en función del caso y de su evolución.

De los libros publicados por Stella cabe destacar dos manuales destinados a profesionales, uno sobre el tratamiento psicoterapéutico padres-hijo (2004) y otro sobre el reconocimiento de los signos autísticos precoces en el bebé y su tratamiento (2006). Otro de sus libros ha sido traducido y publicado en castellano por la editorial Lumen con el título *Upa lala: ayudando a los que ayudan*. Comprender las ansiedades de los profesionales que trabajan con los niños y sus familias (Acquarone, 2004).

Stella es además, fundadora de la Pre-Autism Care International, una red de profesionales de todo el mundo que trabajan en la prevención y el tratamiento del autismo temprano del bebé. El principio rector de este grupo de profesionales es la comprensión de que cuando se detecta el autismo en los bebés durante su primer año de vida, la intervención adecuada a esta edad puede redirigir su proceso de desarrollo. En el caso del autismo, me parece muy acertado el lema que defienden: «Puede ser demasiado tarde pero nunca puede ser demasiado pronto» (<<http://www.ipan-babies-autism.org/>>).

➤ ¿Qué es el autismo?

Etimológicamente, autismo proviene del griego, «auto», de *autós* que significa, propio, uno mismo. Es curioso ver cómo su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño con autismo como un niño muy suyo, excesivamente suyo, tan suyo, que parece no necesitar de los demás. Tan metido en lo suyo, en su mundo propio, que nos parece muy difícil, y a veces incluso imposible, atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él. Podemos verlo también como un niño con unas peculiaridades propias que lo hacen diferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas, nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento psíquico y cerebral va a verse afectado.

Sin el otro, sin la relación y comunicación con el otro, no podemos constituirnos como sujetos con psiquismo y personalidad propios. Es a través de las identificaciones, algo mucho más complejo y enriquecedor que la mera imitación, como vamos incorporando a nuestro mundo interno aspectos del otro que

vamos haciendo nuestros. De esta forma vamos construyendo nuestra forma de ser, base de nuestra personalidad.

Para que un bebé se identifique con quien le cuida necesita sentirse atraído por él y tener la curiosidad que, en general, tienen todos los niños cuando todo va bien en su desarrollo. Curiosidad para observar y explorar atentamente su mundo, empezando por su propio cuerpo y el del otro, así como el mundo externo que le rodea. Para verse, conocerse, reconocerse, comprenderse, y al mismo tiempo abrirse al exterior, al mundo interno del otro para explorarlo y comprenderlo, el niño necesita que, previamente, la persona que le cuida, de forma interactiva, haya sido capaz de ponerse en su lugar, comprendiéndolo en sus manifestaciones y necesidades, sin confundirse con él. Estamos refiriéndonos ahora a la empatía, o capacidad de identificación empática, algo de lo que los niños con funcionamiento autista suelen carecer o poseer como un bien escaso, incluso cuando en algunos casos hacen una evolución considerada como favorable cuando los tratamientos son tardíos e instrumentales más que relacionales.

Las personas afectadas por un funcionamiento autista tienen dificultades –variables en función de la gravedad del trastorno– para relacionarse y comunicarse de forma empática con el otro. También presentan dificultades para la integración de la sensorialidad (de los estímulos que llegan por diferentes canales sensoriales, no pudiendo, por tanto, hacerse una representación mental global del objeto-sujeto relacional percibido) así como para establecer relaciones intersubjetivas ya que no han podido desarrollar adecuadamente su mundo subjetivo, ni han podido separarse-diferenciarse suficientemente del otro, condiciones indispensables para captar y comprender el mundo subjetivo de los demás.

¿Qué es lo que origina el funcionamiento autista en estos niños? ¿Qué ocurre en ellos y con ellos que rechazan la comunicación con el otro siendo esta tan necesaria para su supervivencia y desarrollo?

➤ ¿Cuál es la causa del autismo?

No hay causa única; ni genética, ni ambiental. En la causalidad plurifactorial de los trastornos mentales en el ser humano, como el autismo, intervienen tanto los factores de vulnerabilidad psicobiológicos, entre ellos los constitucionales y genéticos, como los factores de riesgo psicosociales y socioculturales, incluidos los interactivos con el entorno, en estrecha interacción potenciadora de los unos con respecto a los otros. De la misma forma, los factores protectores de la salud mental (biológicos y psicosociales), interactuando entre sí, potencian la resiliencia (resistencia en castellano) y la salud mental del sujeto.

Los riesgos aparecen como no específicos en cuanto a las consecuencias para el desarrollo del bebé; diferentes factores de riesgo pueden provocar el mismo efecto y un mismo conjunto de factores de riesgo puede dar lugar a trastornos de naturaleza diferente. Se hace pues necesario que la evaluación de los factores de riesgo se haga en un continuo evolutivo que permita observar cómo un determinado tipo de interacción, por su carácter repetitivo y circular, nos lleva en una dirección determinada y no en otra. Dicho de otro modo, hace falta que la observación se haga en un espacio-tiempo lineal, con un antes y un después para poder ver la convergencia de los factores de riesgo interactivo y de los distintos signos de alarma hacia un determinado proceso evolutivo.

Los factores de riesgo aislados representan un débil potencial generador de patología. Sin embargo, su presencia acumu-

lativa y repetitiva en la interacción del sujeto con su entorno y, en el caso del bebé, en la interacción precoz con su entorno cuidador, lleva a desviaciones y malos resultados en términos de desarrollo, sobre todo si esto ocurre en los momentos sensibles de la constitución en el bebé de una esencial, importante y determinada función. Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo, así como la potenciación de los unos para con los otros, lo que incrementa la posibilidad de desviaciones en el desarrollo del bebé y su psicopatología. La gran capacidad de «resiliencia» que tiene el niño pequeño hasta los tres años, es decir, la capacidad de mantener un desarrollo normal en condiciones y entorno desfavorables, tiene sus límites.

➤ Autismo, empatía interactiva y desarrollo psíquico cerebral

La empatía, necesaria para el desarrollo del ser humano como sujeto, con subjetividad propia, posibilita el acceso a la intersubjetividad, facilitando la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro, tomando como base y vehículo de transmisión las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o inconscientes (Simas y Golse, 2008). Se podría decir que la capacidad de intersubjetividad –que responde a una necesidad psicológica y biológica del ser humano–, permite regular la intimidad del sujeto en su relación con el otro y reforzar el sentido de pertenencia grupal. No es solamente diádica sino también grupal, como muestran los estudios sobre el hecho de compartir los afectos y experiencias en la familia (Stern, 2005; Fivaz-Depeursinge, 2005). Si no hay experiencias compartidas con el otro, con los otros, si no hay encuentro interactivo empático acompañado de separación diferenciación con el otro, no hay posibilidad de desarrollar la capacidad de establecer una relación intersubjetiva con el otro, es decir, de relacionarse con la subjetividad del otro, de los otros, desde nuestra propia subjetividad. El bebé tiene que asumir una vez más, en este caso, otra curiosa paradoja en el sentido de Winnicott: «Para separarse hay que ser uno, para ser uno hay que separarse» (Winnicott, 2002).

En la balanza interactiva, tanto los excesos de empatía, que llevan a una fusión-confusión con el otro potenciando la difi-

cultad de poder diferenciarse y separarse, como los defectos de empatía, que ocasionan desencuentros interactivos traumáticos, dolorosos y frustrantes, que cuando son frecuentes, repetitivos, duraderos y no reparados, ponen en marcha como protección y defensa –por ambas partes de la interacción– mecanismos de desconexión emocional y conductas de evitación de la relación y comunicación, suponen para el miembro más necesitado y dependiente de la interacción un factor importante de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista.

En el primer caso de exceso de empatía, la sobreestimulación inadecuada por parte del entorno cuidador (estímulos que tienen que ver más con el mundo interno de quien los emite que con el de quien los recibe), la persona necesitada de su ayuda puede sufrir un intenso malestar generado por la confusión, la desorganización y desbordamiento que ello le ocasiona. La necesidad biológica y psicológica que tiene el ser humano de un espacio-tiempo de soledad, de sueño, de descanso relacional, de ensimismamiento –necesaria para la autorregulación y equilibrio psicosomáticos, para la unión mente-cuerpo, así como para la integración sensorial de los estímulos (internos y externos) percibidos, y para la consiguiente regulación de la interacción con el otro– puede verse perturbada, y convertirse en una necesidad de desvinculación duradera, de aislamiento con retirada relacional y emocional –en personas muy sensibles–, con respecto al otro partícipe de la interacción (Buchholz y Helbraum, 2000).

En el segundo caso de defecto de empatía, de déficit de aporte de estímulos adecuados y necesarios para el desarrollo, como puede ser el caso de una desconexión emocional duradera y repetitiva del cuidador principal (sea debida a un proceso depresivo grave, obsesivo, con defensas fóbicas de evitación, por ejemplo), la necesidad biológica y psicológica de establecer una vinculación de apego seguro –que regula la curiosidad y el miedo– con el otro que le cuida, corre el riesgo de no producirse o de hacerse muy débilmente en personas muy sensibles y dependientes del otro, con lo cual, el miedo inhibiría la curiosidad exploratoria natural del niño. La retirada relacional y

emocional de la interacción con el otro tendría como objeto, en los casos mencionados, el protegerse de los efectos traumáticos ocasionados por el sufrimiento no asimilado del otro, así como defenderse del sufrimiento generado por los desencuentros interactivos duraderos y repetitivos vividos, mediante conductas de evitación y rechazo de la interacción (mirada, cuerpo, sueño excesivo) buscando refugio compensatorio en la autoestimulación sensorial y en el sueño.

La construcción de los modelos de apego por parte del bebé se basa en la puesta en marcha de lo que Stern llama representaciones de interacciones generalizadas, en el seno de las cuales, la ausencia, la diferencia y la separación ocupan un lugar central. El bebé, en efecto, extrae de sus diversas experiencias interactivas una especie de media, de resultante ficticia, jamás cumplida como tal pero, sin embargo, profundamente inscrita en su psiquismo como una especie de abstracción del estilo interactivo de sus cuidadores de referencia, si entendemos bajo el término de abstracción una actividad de extracción de constantes. Después de cada encuentro interactivo efectivo en su realidad externa, el niño mide, de alguna manera, la distancia existente entre lo que él vive en ese instante y la representación dinámica y prototípica que se ha construido del adulto, distancia que le informa acerca del estado emocional de este –según las modalidades de concordancia afectiva o de sincronización de afectos– que le remite de hecho a la cuestión del tercero, es decir, «al otro del sujeto-objeto relacional», en palabras de André Green. La forma como la madre, presente en la interacción con su hijo, contiene al padre en su pensamiento como un tercero, modula, en cierto sentido, su estilo interactivo.

¿Qué importantes funciones se encuentran tempranamente alteradas para dar lugar al desarrollo progresivo del funcionamiento autista?

Como vemos por lo expuesto anteriormente, el inicio del proceso del funcionamiento autista en el niño sería una desviación psicopatológica del desarrollo normal del psiquismo temprano del bebé y tendría que ver con fallos básicos e invasivos (las dificultades en un área del desarrollo invaden, se extienden a otras áreas del desarrollo a causa de su interdependencia mutua) que afectan esencialmente a dos áreas fundamentales, tanto para su desarrollo psiquicocerebral, como para unirse-separarse-diferenciarse con/del otro, para el conocimiento del otro y de sí mismo, y para la relación-comunicación (no verbal y verbal) con los demás. Para compartir la experiencia vivida en la interacción con el otro hace falta que ese otro sea percibido y aprehendido como externo a sí mismo. Para que el otro sea percibido por el bebé como externo, hace falta que sea aprehendido a través de la integración perceptiva de los estímulos que le llegan de él por al menos dos canales sensoriales diferentes. Las dos áreas del desarrollo afectadas, interdependientes y estrechamente entrelazadas (las dificultades en el desarrollo de una función repercuten el desarrollo de la otra y viceversa) –fundamentales para el desarrollo psiquicocerebral adecuado del niño y del adulto–, serían las siguientes:

En primer lugar, persistentes dificultades para desarrollar la capacidad de integración de la sensorialidad ya que los estímulos (internos y externos) percibidos que le llegan por diferentes canales sensoriales, sin la ayuda interactiva empática (emocional y cognitiva) del otro que le cuida, en lugar de integrarse, quedarían separados, privilegiando la recepción por un solo canal sensorial a expensas de los otros. Nos encontraríamos entonces con un bebé en situación de riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista, un sujeto hipersensible, que parece sordo, ausente, enganchado a algún estímulo autosensorial pero que reacciona con pánico cuando oye un ruido inesperado ya que en este caso no podría hacerse una imagen global interna de la realidad percibida (primeras representaciones mentales, acceso al funcionamiento simbólico). Vemos la importancia que tiene el hecho de que en la comunicación con la persona que padece autismo, los estímulos le sean presentados de la forma adecuada (para que preste atención y los reciba) y a pequeñas dosis (en la medida que pueda tolerarlos) para que pueda integrarlos.

Para que se le facilite al bebé esta integración sensorial hace falta que el adulto cuidador sea capaz de despertar y estimular la capacidad de atención del bebé –condición necesaria para que pueda percibir y recibir, interiorizándolos, los estímulos que se le aportan en la interacción– colocándolo en la posición adecuada (facilitando el desarrollo de la percepción e integración de la sensorialidad propioceptiva, base de la constitución del esquema corporal, de la percepción de su cuerpo en el espacio y en relación con otros objetos o personas) y de forma que el bebé pueda ver la expresión del rostro de quien le habla (durante las primeras semanas de vida, es necesaria una distancia de unos 30 cm, de rostro a rostro, o de boca-oreja). Hace falta también que la comunicación del adulto cuidador con el bebé sea muy expresiva (el bebé está más atento a lo que se mueve que a lo que permanece estático y por eso, del rostro humano su atención se centra de forma preferente en el triángulo formado por los ojos y la boca) y con un «lenguaje bebé» (necesario durante el primer semestre de vida ya que

este tipo de lenguaje está adaptado a su capacidad de atención y percepción centrada en esta etapa de su desarrollo en la interacción emocional con su cuidador) que transmita claramente las emociones, que respete las bases de la comunicación no verbal, a saber: el ritmo (musicalidad del lenguaje), la prosodia (acento, tonos y entonación), la alternancia (ahora uno y luego el otro), la reciprocidad (compartir algo en común), y además, que su ritmo interactivo (vinculación-desvinculación) sea compatible con el del bebé.

Las dificultades importantes y duraderas en la integración sensorial, al no permitir la constitución de un continente psíquico (psicosomático, sensorial, emocional y mental) de las representaciones mentales de la realidad percibida, tienen como consecuencia que estas representaciones mentales (contenido psíquico) no tienen cabida, es decir, un lugar donde ubicarlas, y colocan al sujeto en una situación de dificultad o incapacidad para percibir la interioridad de los objetos y personas (vivencia de un espacio bidimensional en lugar de tridimensional) para unirse-separarse-diferenciarse del otro, para acceder al simbolismo (representación mental de los objetos y de las personas en su contexto), para inscribirse en una estructura narrativa, para acceder al lenguaje comunicativo (no verbal, y sobre todo verbal, a la lectura, y la escritura), para aprender de la experiencia y para establecer una interacción emocional e intersubjetiva con el otro.

La dificultad de integración sensorial, que se puede manifestar en algunos niños mayores como un miedo fóbico al estallido de globos, al ruido de los truenos, del aspirador, etc. y también, a ser abrazados, así como la dificultad para establecer relaciones empáticas con los demás, para jugar con los símbolos, con las palabras, para comprender la poesía, las adivinanzas, los chistes, los sueños, etc. pueden ser las secuelas del temprano funcionamiento autista que, aun en el caso de una buena evolución, suelen permanecer como síntomas cuando los tratamientos son tardíos, o más instrumentales (métodos, técnicas, disociadas de la relación-comunicación que es lo fundamental) que relacionales.

Desde siempre recuerdo que he odiado que me abrazaran. Aunque deseaba experimentar esa agradable sensación, me abrumbaba demasiado. Era como si me cubriera una gran ola de estimulación, y reaccionaba como un animal salvaje. En cuanto alguien me tocaba, necesitaba huir, se me fundían los plomos. Sentía una sobrecarga y tenía que escapar, a menudo con brusquedad.

Este texto citado está extraído del libro *Pensar con imágenes* de Temple Grandin, una persona afectada de síndrome de Asperger que es profesora de universidad en Estados Unidos, que ha triunfado en su profesión como investigadora en ciencia animal, además de ser un referente mundial en materia de autismo gracias a la publicación de su libro autobiográfico, que ya está en su segunda edición en lengua castellana (Grandin, 2006).

No hay acceso posible a la capacidad de intersubjetividad sin la integración sensorial, con la correspondiente percepción del otro como separado y diferente de sí mismo.

En segundo lugar, dificultades duraderas en la constitución del ser humano como sujeto y, por tanto, en el desarrollo de la capacidad de intersubjetividad, es decir, de compartir la experiencia interactiva vivida con el otro. Para lograr este importante objetivo, es esencial la ayuda empática del entorno cuidador. Las dificultades interactivas del entorno cuidador que no facilitan, e incluso obstaculizan, este proceso psíquico, colocan al sujeto-objeto de cuidados en una situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista generando además déficits emocionales, cognitivos y relacionales. Por eso, en la interacción con las personas que padecen de autismo es tan importante la forma de comunicarnos con ellos. Les facilitamos el acceso a la capacidad de intersubjetividad en la medida en que nuestra comunicación con ellos es congruente y muy expresiva, permitiéndoles captar fácilmente nuestros estados emocionales, nuestra forma de pensar, nuestras intenciones y nuestras motivaciones.

La intersubjetividad regula la intimidad entre las personas en interacción. La intimidad psíquica compartida legitima

nuestra pertenencia a alguien, a una díada, a una tríada, a una familia, a un grupo. En una situación social determinada estamos constantemente intentando ver dónde nos encontramos con respecto a los otros. Necesitamos saber dónde estamos en tal relación, en tal momento, y lo que va a ocurrir. Si no fuese así, no podríamos orientarnos y aparecería y se desarrollaría la sensación angustiosa de encontrarse aislado, separado y excluido de la relación con los demás.

La intersubjetividad, que sería, en un sentido amplio, la capacidad de compartir la experiencia vivida entre personas, es, además, el soporte de lo consciente, de lo inconsciente y del lenguaje en el ser humano. Es también la base de los conceptos de empatía, de la identificación y de la identificación proyectiva. No hay psiquismo sin interacción. El lenguaje, la conciencia de sí mismo, la conciencia reflexiva, la conciencia moral, el sí-mismo, la narración autobiográfica, son construcciones lentamente progresivas que se desarrollan en la interacción con los otros y con el psiquismo de los otros. Por otra parte, la intersubjetividad es el factor más importante para la adquisición y aprendizaje del lenguaje. Es necesario poder imaginar lo que siente, piensa y quiere el otro en relación con un referente determinado para poder ponerle palabras.

➤ **¿Cómo se desarrolla el funcionamiento autista en el niño?**

La «coraza o armadura» defensiva con la que intenta protegerse el niño con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre, y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se «cuela la luz» de la interacción positiva y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de comunicación intersubjetiva con el otro. La posibilidad o no de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé, depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un «corte» transversal de la situación existencial del bebé, pero son más fácilmente detectables cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

Los factores de riesgo interactivos presentes en la relación cuidador-bebé, así como los signos de alarma presentes en el bebé en su primer año de vida, tienen que ver con dificultades y desajustes duraderos de la interacción, con disfunciones y alteraciones del vínculo, con frecuentes desencuentros dolorosos, frustrantes, repetitivos y no reparados entre el bebé y su cuidador que les pueden llevar a conductas de evitación y rechazo; con la dificultad añadida de no poder estar atento, motivado y presente en la relación con el otro; dificultades expresadas en la

interacción tanto a través de la mirada como de la sonrisa, de las emociones y del cuerpo. Su gravedad estaría determinada por la intensidad, la duración, y la repetición de los signos de alarma y de los factores de riesgo, pero también, por su capacidad potenciadora de los unos con los otros, presentes en ambos partícipes de la interacción. Dependerá también de si el bebé no responde, o si responde muy débilmente cuando se le estimula, o solamente cuando se solicita su respuesta de forma persistente.

En un lado de la interacción estaría el bebé y en el otro los padres. Si a las dificultades para comunicarse y relacionarse con su entorno cuidador presentes en el niño, bien sea a través de su temperamento o de la presencia de un déficit de funcionamiento, o de una malformación orgánica, se añaden dificultades parecidas y presentes de forma repetitiva y duradera en los padres, podemos comprender la situación de riesgo evolutivo que esto representa para el bebé, que es el miembro más necesitado y vulnerable de los dos elementos de la interacción.

El también llamado proceso autístico, puede verse como un funcionamiento defensivo, no evolutivo, no relacional ni comunicativo con el que intenta protegerse activa y precozmente el bebé en su interacción con el entorno. Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño, a medida que se van estableciendo y consolidando van generando y aumentando toda una serie de deficiencias, cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales en su funcionamiento psíquico, al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad.

En el desarrollo del autismo temprano del bebé es de suma importancia diferenciar el proceso interactivo autistizante y el proceso defensivo autístico.

➤ El proceso interactivo autistizante

El proceso interactivo autistizante sería un factor de riesgo interactivo que se desarrolla –de forma inconsciente y no intencional– en el seno de la interacción temprana entre el bebé y su cuidador. Según este modelo interactivo, poco importa quién lo inicia. Sea el adulto, que se muestra insuficientemente disponible desde el punto de vista psíquico, o sea el niño, que muestra un comportamiento relacional especial, se crea rápidamente un círculo vicioso autoagravante ya que la inadaptación de las respuestas interactivas de uno de los elementos de la relación acentúa el desarrollo en el otro de respuestas también inadaptadas, encerrándose ambos en una interacción circular de difícil salida (Hochmann, 1990).

El proceso autistizante es un concepto que permite subrayar que el autismo infantil no es una enfermedad estrictamente endógena, sino que se coconstruye y se organiza en el marco de disfuncionamientos interactivos o de una espiral perturbada de intercambios entre el bebé y los adultos que le cuidan. El origen primario del disfuncionamiento puede situarse, según los casos, del lado del bebé o del lado del adulto cuidador. En todos los casos, el disfuncionamiento interactivo de uno de los miembros de la interacción desorganiza al otro que, debido a esto, va a responder de forma inadaptada, agravando a su vez las dificultades del otro y viceversa, en una peligrosa espiral de cronificación y agravación.

Formarían parte de este factor de riesgo interactivo-autistizante aquellos estilos interactivos entre el bebé y su entorno cuidador que no faciliten y obstaculicen el acceso y el desarrollo en el bebé de la capacidad de integración sensorial y de intersubjetividad, es decir, de la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. Este factor de riesgo interactivo autistizante puede poner en marcha, en bebés emocionalmente muy sensibles y predispuestos constitucionalmente, unos mecanismos de defensa autísticos que, instalándose progresivamente y de forma duradera en el psiquismo temprano del bebé, aumentan considerablemente el riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista, agravando el pronóstico evolutivo.

En otro tipo de bebés, menos sensibles emocionalmente y menos predispuestos constitucionalmente a compartir y/o a vivir intensamente el sufrimiento que provoca en ellos los desencuentros interactivos precoces, repetitivos, duraderos, y no reparados, con su entorno cuidador, también puede ocurrir que el proceso interactivo autistizante facilite el desarrollo de mecanismos de defensa de otro tipo –psicosomático o caracterial, por ejemplo–, y se den de esta forma evoluciones diferentes del bebé ante el mismo factor de riesgo interactivo.

El proceso defensivo autístico

El proceso defensivo autístico, que puede manifestarse clínicamente en el bebé de forma progresiva, regresiva y/o fluctuante entre ambos, se va desarrollando con el aumento progresivo en el niño de un funcionamiento psíquico –inconsciente y no intencional– que se manifiesta con las siguientes modalidades defensivas.

Las defensas autísticas

El proceso defensivo autístico (consciente e inconsciente) va constituyéndose progresivamente en el bebé como un mecanismo de protección emocional y de evitación de la interacción disfuncional con su cuidador. Este desencuentro interactivo cuidador-bebé, no reparado y repetitivo, va provocando dificultades más o menos graves y duraderas en el desarrollo de la capacidad de integración perceptiva de los estímulos que, a través de la interacción, le llegan al bebé desde los diferentes órganos de los sentidos; integración que va permitiéndole hacerse una imagen interna del cuidador como alguien separado y diferente de él. En el bebé, la falta de una adecuada integración sensorial impide que el otro de la interacción sea percibido como otro. Como consecuencia de ello, tampoco puede reconocerse como sujeto separado de él, no pudiendo acceder a la intersubjetividad que es la capacidad de compartir la ex-

perencia vivida en la interacción con el otro. Estas funciones que mencionamos (integración sensorial e intersubjetividad) son básicas y necesarias para la relación y comunicación humanas. Las dificultades de comunicación y relación con el otro, así como el sufrimiento que por ello experimenta el bebé, le llevan progresivamente a evitar y rechazar la comunicación –sobre todo emocional– con el otro, apoyándose cada vez más en dichas dificultades, y utilizándolas como escudo defensivo y protector. Defensas que para el bebé tienen como finalidad la no integración sensorial, la no separación del otro, y la no comunicación con el otro. Se crea así un círculo vicioso interactivo de difícil salida.

Veamos en qué consisten dichas defensas:

1. Defensas antirrelación-comunicación con el otro, manifestándose con repliegue sobre sí mismo y retirada relacional duradera con desconexión emocional, aislamiento relacional y «ausencia mental» autísticos.

El niño evolucionaría hacia un proceso autístico pasando de la actitud de ensimismamiento (posición evolutiva) hacia una actitud de retirada relacional duradera y repetida con aislamiento y desconexión tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del «bebé mentalmente ausente»; sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada y de los estímulos auditivos (por ejemplo cuando duerme en exceso buscando refugio en el sueño) como signos característicos de dicho funcionamiento autístico (defensivo y antievolutivo). Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, caso de persistir los factores de riesgo en la interacción. Este funcionamiento defensivo y no evolutivo impide en el bebé el desarrollo de la intersubjetividad y, por tanto, el desarrollo de la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia (resisten-

cia ante situaciones que dificultan su desarrollo y recuperación sin enfermar) del niño que lo padece debido a la negación de la necesidad de la interacción con el otro, interacción que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2. Defensas antiintegración, desmantelamiento sensorial o disociación de los diferentes estímulos sensoriales percibidos con refugio en la autoestimulación sensorial.

El «trabajo» que tiene que hacer el bebé, con la ayuda del entorno cuidador en su interacción con él, para integrar las partes con el todo y la sensorialidad con la motricidad, puede verse severamente afectado con semejante funcionamiento defensivo.

La realidad interna y externa, así como la interacción entre ambas, percibidas a través de la sensorialidad –que puede ser interoceptiva (visceral, psicosomática), propioceptiva (tono muscular, posición corporal en el espacio y también, en relación con los sujetos y objetos que contacta y que le rodean, así como la percepción del esquema corporal) y exteroceptiva (olfativa, gustativa, auditiva y táctil y algo más tarde la visual, debido a su complejidad)– por diferentes canales sensoriales, requiere un trabajo de integración (mantelamiento sensorial) que va haciendo que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial y emocional con la madre pase a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé gracias a las respuestas de la madre.

El bebé que se desarrolla sano, con la ayuda empática de su cuidador, gracias a la capacidad perceptiva llamada transmodal (percepción integradora de diferentes modalidades sensoriales) que se desarrolla desde los primeros días de vida, puede reunir en una imagen interna los diferentes estímulos que emanan del objeto-sujeto relacional, situándolos en su relación emocional con él y en su contexto.

Veamos un ejemplo: el bebé está siendo amamantado por su madre. De repente, un ruido inesperado rompe la armonía de la interacción. El bebé se asusta, y deja de mamar. La madre, si está atenta y receptiva a lo que ha ocurrido y a lo que le pasa a

su hijo, no lo forzará para que siga comiendo sino que, focalizando su atención en él, intentará tranquilizarlo con su actitud corporal, sus caricias, sus palabras, etc. Su hijo, atento a lo que le transmite emocionalmente la madre, puede entonces interiorizar como experiencia un conjunto de sensaciones agradables, tranquilizadoras, y no solamente el susto y la ruptura de la armonía interactiva que ha provocado en ese momento el desencuentro doloroso y frustrante con la madre. Esto es posible gracias a la integración perceptiva que el bebé hace, en estas circunstancias ambientales favorables, de los flujos sensoriales que le llegan, como estímulos por la vía interactiva visual, táctil, auditiva, desde su madre –mediante la comodalización perceptiva (modalidad perceptiva compartida entre la madre y su bebé) explicada en el capítulo de la integración sensorial– que en este caso sería «su objeto-sujeto relacional». Así, poco a poco el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y situándola en la relación emocional con el otro. De esta manera, el bebé puede no solamente comprender lo que está viendo, lo que está pasando, sino que también va aprendiendo de la experiencia al mismo tiempo que la va construyendo. En este caso, si como hemos dicho el entorno cuidador del bebé es un entorno facilitador, el bebé comprende que su madre no es el ruido que lo ha asustado, sino que es «eso», externo a él, que lo quiere, lo cuida, lo calma y lo tranquiliza. Se puede formar así la imagen interna de un objeto-sujeto relacional cuidador con las características de deseable, agradable y placentero, además de calmante, protector y tranquilizador. Si en lugar de esta respuesta congruente y adaptada a la necesidad del bebé, la madre no lo comprende y fuerza la alimentación de su hijo antes de calmarlo, siendo este patrón conductual el que predomina en la interacción cuidador-bebé, se van a producir entonces una serie de desencuentros interactivos que pueden perturbar severamente dicha interacción y el desarrollo del niño. Si se produce el desencuentro interactivo pero la madre se da cuenta y lo repara, el efecto traumático del mismo se atenúa, y la herida emocional no queda abierta y sin cicatrizar en el psiquismo del bebé.

Es muy conocida esta experiencia realizada con bebés de algunos días: el bebé chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes, y sin embargo es capaz de orientar su mirada de forma preferente hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes que se le presentan. Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles (succión) una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé. Este sería un ejemplo de percepción transmodal.

En situaciones repetidas, vividas como estresantes y amenazantes por el bebé, este utiliza precozmente un mecanismo de defensa basado en una dificultad inicial que padece y que es la dificultad de integrar los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales. El bebé se «protege» del efecto amenazante y desorganizador de los estímulos, tanto internos como externos, que no puede contener, ni asimilar, ni elaborar –sin la ayuda adecuada de su entorno cuidador–, desarrollando actitudes y conductas (refugio en la autoestimulación sensorial) contrarias a la integración de esos estímulos, que sería lo que se produciría en un bebé con un desarrollo sano. Actitudes que tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista la disociación perceptiva (desmantelamiento sensorial) de los estímulos recibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos, evitando así la interacción emocional con el otro.

Esta percepción a través de un solo canal sensorial, con su repetición y persistencia, lleva al niño finalmente y por momentos, no solamente a no sentir (de sentimientos), sino también a no sentir (de sensación) más que eso, en una especie de «anestesia» sensorial similar a lo que ocurre cuando ejercemos una presión fuerte y continuada con los dedos de la mano sobre un objeto duro; al cabo de un tiempo tenemos la sensación de que los dedos y el objeto están unidos e indiferenciados, y luego dejamos de sentir el contacto con

el objeto (anestesia sensorial). La hipersensibilidad a ciertos estímulos sonoros (aspiradora, secador de pelo, etc.) cuando irrumpen de forma violenta e inesperada en su mundo interno muestra hasta qué punto estos niños son hipersensibles a los estímulos de su entorno que, por estar disociados, cuando ocurren de forma inesperada penetran su armadura defensiva, desencadenando en ellos reacciones de pánico al no poder construir una imagen interna de la realidad percibida que le permita comprenderla y compartirla.

3. Defensas antiseparación del otro, identificación adhesiva (Meltzer, 1974) con el objeto-sujeto relacional, con el otro.

De la misma forma que el niño con funcionamiento autista utiliza la mirada de forma periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, ya que se sitúa en una relación dual y en un espacio bidimensional, así se relaciona también con los objetos y las personas; con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva tiene por objeto, entre otros, evitar la separación y diferenciación con el otro. La identificación adhesiva se sitúa en el origen del funcionamiento mental y en la construcción de la organización narcisista. Se relaciona con los fenómenos de imitación que toman en consideración elementos formales y superficiales de los objetos. El funcionamiento mental opera en dos dimensiones. La identificación adhesiva se relaciona con dificultades en la construcción de la fantasía de un espacio interno o mental, y de su equivalente en los objetos, que carecerían así de interioridad. Este tipo de mecanismo de defensa produce una dependencia absoluta del objeto, adhiriéndose a él, sin ningún tipo de existencia separada y sin ningún límite entre el objeto y la persona. Comporta la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, mostrando quien la padece gran sensibilidad hacia los agujeros y roturas, ignorando al mismo tiempo el interior y el estado afectivo interno del otro y de sí mismo. El coger la mano del otro para utilizarla como una prolongación de sí mismo puede considerarse como un ejemplo de identificación adhesiva.

En los casos en que los niños con funcionamiento autista utilizan, de forma inconsciente y en la interacción con el otro, la identificación proyectiva con predominio sobre la identificación adhesiva, su evolución es más favorable (Torras de Beà, 2006).

La identificación proyectiva es una modalidad de funcionamiento psíquico mediante el cual el sujeto atribuye al objeto-sujeto un aspecto del sí-mismo y los afectos consiguientes. Es la manera mediante la cual lo contenido pasa al objeto y al otro partícipe de la interacción. La identificación proyectiva positiva es aquella que favorece la relación empática entre el sujeto y el otro; por lo tanto permite una comunicación y entendimiento constructivo en tanto que el sujeto puede ponerse simbólicamente en el lugar del otro y puede lograr que el otro se ponga en su lugar (resonancia afectiva).

Estas modalidades defensivas son las responsables de los signos de alarma que a continuación describiré y que presentes en el bebé de forma repetitiva, acumulativa y duradera, potenciándose los unos con los otros, van llevando progresivamente al niño, protegiéndolo y encerrándolo en su mundo interno, hacia un funcionamiento autista.

Además de los factores de riesgo interactivo autistizante descritos anteriormente, para una adecuada y temprana detección del funcionamiento autista tenemos que evaluar, dentro de una continuidad evolutiva, los signos de alarma presentes en el bebé, observando cómo interactuando y potenciándose los primeros con los segundos se va generando un estilo de interacción cuidador-bebé y no otro. Interacción que al dificultar o impedir de forma repetitiva y duradera –como ya hemos visto– el desarrollo de unas importantes y esenciales funciones psíquicas y cerebrales –integración sensorial y acceso a la comunicación intersubjetiva con el otro– de las que depende la capacidad de comunicación y de relación del bebé, lo va llevando progresivamente hacia un proceso defensivo autístico.



TERCERA PARTE

Detección, diagnóstico y tratamiento del autismo temprano

Los factores de riesgo interactivo autistizante

Los factores de riesgo interactivo autistizante que pueden llevar precozmente al niño hacia un funcionamiento defensivo autístico serían los siguientes:

1. La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide, de forma duradera y repetitiva en el bebé, la integración sensorial, es decir, la integración perceptiva de los flujos sensoriales que le llegan al bebé por diferentes canales sensoriales desde el objeto-sujeto relacional.

Esta dificultad, potenciada por la imposibilidad de encontrar en la interacción los necesarios momentos de ensimismamiento y de desvinculación relacional transitoria que permiten al bebé la autorregulación y equilibrio psicosomáticos, la integración sensorial de los estímulos percibidos y la regulación de la interacción con su cuidador, sería un factor de riesgo interactivo autistizante y, también, de riesgo evolutivo hacia los trastornos psicosomáticos del lactante.

Pueden darse estos factores de riesgo cuando la persona que ejerce la función materna tiene dificultades importantes y durables para identificarse de forma empática con el bebé sin confundirse con él y responder así adecuadamente a sus necesidades vitales y evolutivas. Pueden presentarse estos factores de riesgo interactivo por parte del cuidador en el caso de trastornos graves del narcisismo, tales como adicciones, psicosis y

trastornos de personalidad cuando las proyecciones sobre el otro, evacuadoras de lo negado y rechazado de sí mismo, predominan sobre las identificaciones empáticas.

En el caso de un déficit importante de empatía, la madre tiene la sensación de vivir con él desencuentros frecuentes, repetitivos y duraderos y ocurre lo mismo, aunque no sea consciente de ello, en el caso de un exceso importante de empatía ya que tiene la creencia de conocerlo tan bien que «lo adivina», anticipándose excesivamente y de forma no realista a las necesidades del bebé debido al hecho de confundirse inconscientemente con él. Para estas personas, adivinar a su bebé es vivido sin el entrecomillado ya que, frecuentemente, en su mundo interno hay una fantasía inconsciente de fusión-confusión con el otro que es actuada mediante identificación proyectiva evacuativa (negación-proyección en el cuidador, e identificación con lo proyectado en el niño), sobre el bebé. Esto hace que, al no tener dudas sobre las necesidades del bebé, no se esté suficientemente atento al hecho de verificar lo acertado o no de la respuesta, en función de la demanda del bebé.

Lo proyectado en el otro, tratado como ajeno a uno mismo no puede ser reconocido como propio en el otro. La identificación del bebé con lo negado en el otro y por el otro, que ha sido proyectado inconscientemente sobre él, está en el origen de esos «cuerpos extraños» que, incorporados a su psiquismo sin poder ser integrados, constituyen lo que llamamos «núcleos psicóticos» de la personalidad del sujeto. El exceso de anticipación del cuidador puede impedir el desarrollo de la capacidad de anticipación en el niño. El bebé puede también rechazar esas proyecciones prolongando su necesidad de ensimismamiento, desconectando del exterior, aislándose y ausentándose de forma más o menos duradera de la relación con el otro, evitando la realidad exterior y su relación con ella, refugiándose tras sus defensas autísticas.

En ambos casos, el bebé puede tener tendencia a protegerse con defensas autistas ante un defecto o exceso de estímulos. En el primer caso, de carencia de estímulos, se protegería refugiándose en la autosensorialidad, procurándose él mismo

una autoestimulación sensorial. En el segundo caso, se aislaría y desconectaría de la relación con el otro como una forma de protegerse de proyecciones narcisistas inconscientes, constriñentes y anexantes, en palabras de Cramer y Palacio, que obstaculizan el proceso de separación-diferenciación-individuación del bebé. En la realidad clínica, ambos extremos –con la consiguiente dificultad para regular la integración sensorial y la empatía interactiva, base del desarrollo de la intersubjetividad, que a su vez, regula la intimidad del sujeto y entre sujetos– pueden fluctuar de un polo al otro, con las consiguientes dificultades para el bebé.

Las madres que han pasado por estas dificultades de comunicación empática, sea por exceso o por defecto en la relación con su hijo, suelen vivir frecuentes y repetitivos desencuentros relacionales y emocionales –no reparados– con su bebé que hacen que la interacción cada vez sea más frustrante y dolorosa para ambos. El bebé puede entonces protegerse de estos momentos repetitivos y durables de sufrimiento y frustración compartidos mediante mecanismos de defensa de tipo autístico.

2. La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide de forma duradera y repetitiva el acceso del niño a la intersubjetividad, tanto primaria (relación a dos) como secundaria (relación a tres), con la correspondiente imposibilidad de separarse y diferenciarse del otro. Proceso que le impide constituirse como sujeto con subjetividad propia, crear su propio mundo interno, relacionarse intersubjetivamente con el otro y, por tanto, compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. Esta dificultad sería un factor específico de riesgo interactivo autistizante.

En la práctica, estas situaciones interactivas de riesgo autistizante, descritas anteriormente, pueden darse en los siguientes casos: cuando la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé sufre de un estado psíquico de desconexión emocional y sensorial duradero, como mecanismo de defensa (de tipo «anestesia») para no sufrir más

(trastorno depresivo y/o, obsesivo grave) acompañado, o no, de períodos que cursan con angustia paralizante (agravación del cuadro depresivo y/u obsesivo desconectado y «parálisis» psicomotora además de «anestesia» emocional y sensorial), o bien, alternando con periodos de ansiedad intensa con agitación psicomotora e hiperactividad física y mental (defensas maníacas). Estado psíquico persistente y/o con tendencia a la agravación.

Las madres que han pasado por este estado psíquico en la interacción precoz con su bebé tienen la impresión repetitiva y durable de «estar, pero sin estar del todo presentes» en la relación con su hijo, viviendo, sin mostrarlo, un sufrimiento intolerable, impregnado de un grado de frustración y culpabilidad importantes. Esta «ausencia emocional» de la persona que ejerce la función materna es la que puede provocar en el bebé la activación de mecanismos de defensa autísticos con repliegue sobre sí mismo y ausencia relacional, refugio en el sueño y en actividades de estimulación autosensorial, así como la evitación de la interacción como una forma de protegerse del malestar y dolor emocional que el estado psíquico de la madre genera en él. La alternancia de este estado depresivo-obsesivo «desconectado» con periodos de angustia paralizante y ansiedad intensa, acompañada de agitación psicomotora, incrementa la situación de riesgo para el bebé al añadirse el factor de desorganización en los cuidados y la imprevisibilidad de las respuestas del entorno cuidador a sus necesidades y demandas. El bebé, en estas situaciones de alternancia anímica extrema de la madre, vive una interacción de gran inseguridad con ella, oscilando entre un déficit de estímulos, que le hacen recurrir a la autoestimulación sensorial, y un exceso de estímulos no integrables de los que tiene que protegerse, ausentándose de la interacción.

El no reconocimiento y negación de sus dificultades por parte de la persona que ejerce la función materna empeora el pronóstico, pues hace que sea más difícil pedir ayuda. Además, lo negado, y sobre todo lo repudiado, tiene más posibilidades de ser actuado-proyectado sobre el bebé.

3. La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando este se halla afectado desde su nacimiento por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y duradera la relación y comunicación con su entorno cuidador y cuando, a su vez, esta situación, a largo plazo, no puede ser asumida por los padres que tienen dificultades importantes y duraderas para investirlo adecuadamente. En tal situación de duelo imposible del hijo ideal para aceptar e invertir el hijo real, la interacción padres-bebé sería un factor de riesgo que se convertiría progresivamente en específico (funcionamiento autista) al potenciar y ser potenciado por los anteriores.
4. La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando la persona que ejerce la función materna ha vivido situaciones traumáticas perinatales que no ha podido elaborar ni integrar, con el consiguiente posible riesgo de un efecto traumatógeno para el bebé y un efecto también perturbador en la interacción con su hijo.

En estos casos, la madre puede presentar una vivencia traumática insuperable que puede evolucionar, de forma intensa y duradera si no es ayudada adecuadamente por su entorno familiar y profesional, hacia un cuadro clínico de Trastrono por Estrés Post Traumático (TEPT). En esta situación, cuando es vivida con un sufrimiento intolerable, la madre, para protegerse de él, puede poner en marcha defensas fóbicas de huida y evitación de la relación próxima y emocional con el hijo que cuida, así como lo que este representa para ella. A su vez, el hijo intenta protegerse del sufrimiento intolerable y no integrable compartido con su madre poniendo en marcha mecanismos de defensa parecidos, evitando, y si el sufrimiento compartido persiste, rechazando la interacción.

Frecuentemente, estos síntomas presentes en la madre como consecuencia de un TEPT, se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos, y obsesivos. La interac-

ción madre-bebé se puede convertir, en estos casos, en conflictiva y ambivalente por ambas partes, con el consiguiente aumento del riesgo para la evolución y sano desarrollo del bebé. Los movimientos afectivos de acercamiento y alejamiento, que se dan inconscientemente y de forma no intencional, según las necesidades vitales y defensivas de uno y otro, aumentan las posibilidades de que se desarrolle una interacción desajustada y no sincrónica –a destiempo– entre la madre y su bebé, con el consiguiente desencuentro, que puede hacerse repetitivo entre ambos si la madre no es ayudada a superar su estado psíquico de Estrés Post Traumático. Este tipo de interacción, en el caso de bebés muy sensibles y receptivos, puede convertirse en un factor autistizante si dificulta o impide, de forma importante y duradera, su acceso a la necesaria integración sensorial y a la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro.

5. Cuando en la interacción padres-bebé la persona que ejerce la función paterna se encuentra ausente o poco presente en la interacción, cuando de forma repetitiva y duradera presenta comportamientos de celos, rivalidad, o actitudes descalificadoras y obstaculizadoras hacia los cuidados maternos con el hijo, y también, cuando no desarrolla, o desarrolla muy poco, la función paterna que consistiría en apoyar, contener, limitar y sostener la relación diádica de cuidados madre-bebé, con el consiguiente riesgo de ausencia de la triangulación relacional necesaria para el adecuado desarrollo del bebé, podemos entonces encontrar en una situación de riesgo interactivo autistizante. Riesgo que se acentúa y agrava al potenciar y ser potenciado por los otros factores de riesgo descritos.

Los signos de alarma en el bebé

Un excelente método de observación de bebés, que cuenta con el aval de muchos años de aplicación en la formación de los psicoanalistas, psicoterapeutas, y posteriormente en la formación de los profesionales de la salud mental infanto-juvenil y de adultos, que es muy útil también para las tareas de detección y prevención, es el creado y desarrollado por Esther Bick. Este método de observación de bebés es una herramienta esencial para la atención del bebé en su entorno natural.

Didier Houzel, psiquiatra infantil y psicoanalista francés, ha desarrollado una variante del método de observación de bebés de Esther Bick que ha permitido conseguir excelentes resultados, no solamente para la formación de profesionales que se ocupan de los niños pequeños, sino también como método de observación para detectar situaciones de riesgo evolutivo hacia el funcionamiento autista en el bebé y desarrollar intervenciones terapéuticas que lo eviten, o que lo corrijan, en sus estadios iniciales (Houzel, 1993, 2002).

La observación del bebé

Houzel, nos introduce en la observación de bebés situándola en tres niveles:

- La Observación Perceptiva: involucra todo lo que puede ser del orden de la conducta del niño y su entorno. ¿Qué podemos observar en este nivel? Trabajando con niños pequeños, podríamos preguntarnos: ¿cuál es el canal sensorial que el bebé privilegia como modo de comunicarse: el visual, motriz, sonoro? ¿Privilegia siempre el mismo canal sensorial en detrimento de otros canales? ¿Qué tipo de interacción corporal despliega? ¿Cómo es su mímica, sus gestos, su postura, su tono muscular? ¿Es un bebé rígido o, por el contrario, llama la atención su hipotonía? ¿O es un bebé que puede acomodar su cuerpo y su tono muscular a diversas situaciones? A nivel de las interacciones vocales: ¿balbucea, realiza murmullos, gorjeos, laleos, se canta? Todo esto va constituyendo las primeras creaciones sonoras, que si bien inicialmente obedecen a una búsqueda de sensaciones, al placer de la exploración y del autoerotismo, van promoviendo respuestas en el entorno y en estos movimientos sonoros de idas y vueltas comienzan a desplegarse las primeras vocalizaciones y el desarrollo del lenguaje. ¿Cómo se maneja con las interacciones visuales?: ¿qué tipo de mirada utiliza frecuentemente? ¿Atenta, evasiva, distante, reciproca?
- La Receptividad Empática y Emocional: la cual le permite al observador experimentar dentro de sí mismo aquello que el niño puede estar experimentando en ese mismo momento.
- La Receptividad Inconsciente: la cual se manifiesta en la contratransferencia o la transferencia del observador a través de sentimientos, representaciones, ideas, incluso manifestaciones físicas, que en un primer momento pueden parecer vacías de sentido, pero que en un análisis más profundo resultan plenas de significación. Aspecto que es el más difícil de ejercitar y sostener, y para el cual se requiere de una experiencia grupal de supervisión, para darle un sentido al significado latente.

Estamos hablando de un método de observación de bebés y niños pequeños en su contexto natural (medio familiar), tanto en situaciones normales como de riesgo.

Los signos de alarma

Houzel y colaboradores, a partir de su experiencia en el ámbito de la observación de bebés, han propuesto reagrupar los diferentes signos de alarma de la siguiente forma:

- Signos psicomotores: ausencia de ajuste o acoplamiento postural o de «diálogo tónico», ausencia de anticipación mimética, hipertonías o hipotonías paradójicas y sin causa pediátrica.
- Anomalías de la mirada: retraso en la instauración de una mirada penetrante, prevalencia de la mirada periférica sobre la central, conductas de evitación de la mirada.
- No aparición de los tres elementos organizadores del psiquismo temprano del niño según Spitz: 1. Sonrisa intencional o social, 2. Angustia del extraño y 3. Conductas de negación y oposición con la manifestación del no, por parte del niño.
- Anomalías del grito: demasiado monocorde y monótono sin aparición de la especialización funcional (no diferenciado).
- Trastornos del sueño: insomnios tranquilos o beatíficos, es decir, sin llamada y sin reivindicación de la presencia del cuidador.
- Trastornos alimentarios diversos: anorexia primaria masiva, o evocadora, de presencia más rara.
- Ciertas fobias variables y atípicas con respecto a la edad del niño.

Ninguno de estos signos de alarma es específico del funcionamiento autista en el niño, sin embargo, es el agrupamiento y la persistencia de algunos de estos signos lo que debe atraer la atención del observador.

Los signos de alarma observados en el bebé: perspectiva evolutiva

Es importante señalar que los signos de alarma no solamente deben evaluarse en función de su presencia o ausencia, sino también, y sobre todo, por su intensidad y por su frecuencia.

Los signos de alarma presentes en el bebé hasta los tres meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos:

1. ***Ausencia o poca presencia de la sonrisa intencional o social. No suele participar en la interacción emocional con el otro. Muestra alteraciones de la capacidad de sonreír como expresión de placer en el intercambio relacional con el otro. No es la sonrisa beatífica de satisfacción de una necesidad fisiológica. Es la primera señal interactiva, relacional y comunicacional, con carácter intencional, expresada por el bebé. Se presenta a partir de la 6.^a semana. Si a los 3 meses no aparece en el bebé y en la interacción con su cuidador, nos encontramos ante una situación de riesgo de comienzo de funcionamiento autista. La sonrisa intencional a esta edad es un signo de paso de la imitación a la identificación. Su ausencia, o poca presencia, indicaría la dificultad de establecer una relación intersubjetiva con el otro. La intersubjetividad, base de la empatía, es un elemento fundamental para la comprensión interpersonal. La aparición y permanencia de la sonrisa intencional evidencia en el bebé tanto el desarrollo de la integración sensorial como su capacidad de relación intersubjetiva con el otro, además de ser el inicio del intercambio emocional.
2. **Frecuentemente está con la mirada fija, ausente y como desconectado del exterior. Aislamiento más que ensimismamiento. Ve pero no mira. La mirada no es instrumento comunicativo y de intercambio emocional. No sigue con la mirada. Ausencia de mirada profunda y central. Mirada

huidiza, de evitación y periférica. El niño no se refleja en el espejo de la mirada de quien lo cuida ya que evita y rechaza mirarlo.

3. ****El niño se muestra muy bueno, muy fácil de tratar, duerme mucho y es muy tranquilo. En estas condiciones es muy probable que el bebé se refugie en el sueño como mecanismo de retirada relacional y recurra a mecanismos de autoestimulación sensorial cuando está despierto, tales como regurgitaciones o balanceos, en lugar de reclamar la atención de su cuidador. No pide con su llanto cuando se supone que tendría que tener hambre. Cuanto mayor es el niño, menos necesidad de sueño tiene y más importante es para él la necesidad de desarrollar su curiosidad, explorar su cuerpo y entorno inmediato para aprender de ellos. La avidez relacional que muestra el bebé sano a esta edad es también muy importante. Los signos de aislamiento y repliegue relacional duraderos indican un posible refugio en la autoestimulación sensorial por parte del bebé.**
4. ****Oye, pero no atiende cuando se le solicita o se le llama. Sordera ficticia. Debido a sus dificultades de integración sensorial, el niño puede pasar del aislamiento sensorial auditivo a una hipersensibilidad dolorosa ante un ruido inesperado (aspirador, truenos, portazo, petardos, etc.).**
5. ****No reclama, no pide llorando, o su llanto es apagado e inexpresivo. No comparte. No hace con el otro, y si lo hace a veces, no es por propia iniciativa sino por la insistencia del otro. El grito es monocorde y monótono, no diferenciado. (Ausencia o poca frecuencia de reciprocidad, de momentos de acceso a la intersubjetividad).**
6. ****Ausencia o poca frecuencia de movimientos anticipatorios como estirar los brazos al ir a cogerlo o pidiendo ser cogido. No hace gestos anticipatorios que comuniquen una demanda de relación. No hay deseo de relación.**
7. ****Ausencia o muy poca autorregulación del tono muscular corporal. Existencia de hipertonía y/o hipotonía manifiesta al manipularlo y sobre todo al intentar acogerlo en el regazo. Puede expresar un desajuste, un desacoplamiento pro-**

fundo y duradero en la interacción cuidador-bebé. Se puede producir una evolución hacia el rechazo a ser cogido en brazos.

8. ****Poca o nula curiosidad exploratoria de sí mismo, del otro, y de su entorno.** No reclama la presencia de cuidadores ni de objetos. No suele utilizar las manos ni para explorar, ni para coger, ni para recibir, solamente para autoestimular sus sensaciones. No juega con su cuerpo ni lo explora (manos, pies, etc.).
9. ***Existe una falta de balbuceo o bien el balbuceo es muy limitado.** En la interacción con el cuidador no imita los sonidos cuando este le habla. Frecuentemente rechaza el contacto con el otro. No participa en la interacción cuando se le habla con sonidos tales como gorjeos y laleos. No le gusta, no ríe cuando le hacen cosquillas.
10. ***Hay hipersensibilidad y baja tolerancia a la frustración con ausencia de progreso en la capacidad de esperar la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, como por ejemplo el hambre.** Una vez saciado parece no necesitar más (relación, comunicación, caricias, juegos, etc.) y se duerme o se retrae aislándose. Ausencia o poca presencia de la capacidad de anticipación y de atención.
11. ***Trastornos del sueño con irritabilidad y con dificultades para ser consolado en los brazos de quien lo cuida.** Posible desajuste relacional en la interacción bebé-entorno cuidador, que en caso de prolongarse en el tiempo aumentaría el riesgo.

La participación activa del bebé en el proceso de evitación de la relación y de la comunicación, tanto visual (evitación y rechazo del contacto visual) como auditiva y corporal, a través del sueño como refugio y como mecanismo de defensa contra los estímulos no asimilables, mecanismos de defensa tanto más visibles cuanto más nos acercamos a los 3 meses, sería el indicador más fiable para realizar un diagnóstico diferencial hacia una posible evolución de tipo autista en el bebé.

Los signos de alarma presentes en el bebé hasta los seis meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos. La persistencia, duración y agravación de los signos de alarma presentes en la etapa anterior, por su carácter repetitivo y cronificador empeora el pronóstico evolutivo. En este caso, habría que añadirles un asterisco más.

A los signos de alarma antes indicados se pueden añadir, en esta etapa evolutiva, los siguientes signos de alarma:

12. ****Apariencia de felicidad y de no frustración debido a su estado de no diferenciación en la relación con el otro. Si el otro no existe como diferente, no hay expectativas con respecto al otro, no hay demanda, y por tanto, no hay frustración.
13. ****Presencia de movimientos corporales estereotipados, repetitivos e invariables como balanceo, gimoteo, aleteo de manos, con los que el bebé intenta, a través de la sensación que le producen estos movimientos, llegar a un estado de no cambio, en el que no existe ni el tiempo ni el espacio. Así se tranquiliza y, al mismo tiempo, evita la incertidumbre cargada de angustias catastróficas que vive en la relación con el otro, relación cargada de emociones imprevisibles y, también, relación no tangible, sujeta siempre al riesgo del cambio, del desencuentro.
14. ***Ausencia o poca presencia de interacción lúdica en la relación padres-bebé. Inexistencia o poca presencia de un espacio de juego espontáneo y sin reglas preestablecidas. Inexistencia de juego creativo en el que las reglas se van poniendo y desarrollando a medida que se va jugando: juego de los cinco lobitos, atrapa el bichito, cucu tras tras. Los juegos de presencia-ausencia, soporte material y lúdico para la simbolización, están ausentes en estos niños que no juegan aunque se les solicite para ello. No juegan ni chupetean el pezón de la madre o la tetina del biberón. La falta de interés y de participación en estos juegos tiene que ver con su

incapacidad relacional y comunicacional así como su consecutivo y posterior rechazo como mecanismo de defensa. Incapacidad y rechazo hacia lo que estos juegos tienen de simbólico (presencia-ausencia) y de sorpresa ante el cambio inesperado, etc.

15. ****Ausencia o poca presencia de vinculación lúdica progresiva con algún objeto del entorno que, sustituyendo a quien le cuida, le proporciona seguridad, le tranquiliza y le sirve de compañía en su ausencia. Objeto con el que el niño sano puede encontrar una equivalencia sensorial similar a la vivida con su cuidador, que adquiere entonces la característica de protosímbolo, es decir, de objeto que le sirve de base al bebé para calmarse y consolarse en ausencia de su cuidador, siendo investido posteriormente por él en tanto que objeto que representa y simboliza al cuidador ausente. Al representar y simbolizar la función materna ausente, el niño puede desplazar progresivamente esa cualidad a otros objetos y situaciones, creando un espacio transicional en el que va discriminando y diferenciando el yo del no-yo, y luego, el yo, del otro, así como los límites de su mundo interno y del externo, al mismo tiempo que va ganando en espacio personal y en autonomía (Winnicot, 2002). Los niños con riesgo de funcionamiento autista solo utilizan objetos, si los buscan, como fuente de excitación autosensorial, relacionándose con ellos de forma repetitiva y estereotipada. No son objetos a descubrir, explorar y jugar con ellos. Este tipo de vinculación con objetos –no madre– se inicia al final del primer semestre y se desarrolla sobre todo en el segundo semestre de vida del niño.**
16. ****Dificultades persistentes con la alimentación. Ausencia de placer, ilusión y sentido en el acto de comer. Frecuentemente utilizan los alimentos como estímulo autosensorial, guardándolos en la boca. Relación con la alimentación muy rara y perturbada. Unas veces comen con gran voracidad y otras no comen. Frecuentemente no chupan ni succionan. La regurgitación y masticación alimenticia repetida, constituyen una modalidad de estimulación autosensorial equi-**

valente al balanceo, golpeteo de cabeza, aleteo de manos, etc.

17. **Ausencia o poca presencia de placer en el baño. No juega, no chapotea.
18. ***Insensibilidad o muy poca sensibilidad al dolor. Esto es debido a la falta de integración de las sensaciones corporales con las emociones.
19. **Con frecuencia presenta conductas agresivas y autoagresivas cuando se interrumpe su aislamiento y aparente estado de felicidad.

En esta etapa evolutiva, el niño, si evoluciona adecuadamente, va desplazando su interés, que estaba muy centrado en la interacción con su cuidador de referencia, hacia objetos externos que espera explorar y descubrir con su ayuda, compartiendo con él esta experiencia del interés por el otro, por lo otro, que no es el nosotros, ni el tú, ni el yo.

Los signos de alarma presentes en el bebé hasta los doce meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos. La persistencia, duración y agravación de los factores de riesgo presentes en las etapas anteriores, por su carácter repetitivo y cronificador empeora el pronóstico evolutivo. En este caso, habría que añadirles un asterisco más.

A los factores de riesgo antes indicados se pueden añadir, en esta etapa evolutiva, los siguientes signos de alarma:

20. ****Ausencia o poca presencia de conductas relacionales con el otro; como por ejemplo:
 - a) El niño gatea sin girarse para comprobar la presencia de la madre o del educador.
 - b) El niño no lanza objetos esperando que el adulto los recoja. En el niño sano, esta actividad se convierte en un juego que le permite ser parte activa en el proceso de separación y encuentro que de forma simbólica repite y re-

produce el niño con la ayuda de la madre al separarse de los objetos que lanza al suelo y volver a encontrarse con ellos cuando la madre los pone de nuevo en sus manos. Juego simbólico de presencia-ausencia de la madre y del objeto que la representa.

- c) Cuando hace una acción, no se gira para mirar, esperando el asentimiento complaciente del adulto.
21. ****Ausencia o poca presencia de momentos de atención compartida hacia objetos externos en la interacción con el otro y con predilección por focalizar su atención sobre el mundo de los objetos más que sobre las personas.
22. ****No suele señalar para formular demandas. El niño con funcionamiento autista no señala para comunicar que le falta algo ni que lo necesita porque sus defensas le impiden la diferenciación-separación y le protegen de la toma de conciencia de la ausencia, de la falta del otro o de lo otro. Al no poder tener conciencia de que le falta algo (sensación intolerable para él), no puede pedirlo. Al evitar y rechazar la comunicación con el otro, no le demanda, no le pide.
23. ****No presenta signos de comprender la intencionalidad de los gestos, actitudes y movimientos del otro cuando se dirige hacia él. Como ocurre, por ejemplo, cuando el adulto cuidador tiene la intención de cogerlo en brazos, de dejarlo en su cuna, de darle o pedirle una cosa, antes de iniciar el movimiento para realizar la acción. Desde los 7 meses, el niño que se desarrolla normalmente es capaz de captar la intencionalidad de la actitud del otro, algo que va más allá de la mera imitación del movimiento del otro, de lo que hace el otro, ya que implica un proceso de identificación con el otro, es decir, hacer suyas las emociones, pensamientos, intenciones, etc., a través de la identificación empática interactiva con el otro.
24. ****No suele mostrar extrañeza ni parece extrañar a la madre ante un adulto desconocido. La no diferenciación le impide y le evita el sentir extrañeza ante el desconocido y también extrañar a la madre, pues para él no hay separación de ella.

25. ****No suele responder cuando se le llama por su nombre. Sin continente psíquico no hay contenido, no hay representaciones mentales de los objetos ni de las personas, ni de sí mismo. Porque no se reconoce, no responde a su nombre.
26. ****No suele hacer ni reproducir sonidos que indiquen un comienzo de comunicación preverbal. De nuevo vemos aquí que la incapacidad de comunicar, de comunicarse, lleva al niño con funcionamiento autista a rechazar y negar la necesidad de relacionarse, de comunicarse no verbalmente con el otro. Esto conlleva la imposibilidad de adquirir una comunicación preverbal que conduce al niño con desarrollo sano a iniciarse en la comunicación verbal con el otro.

A través de los sonidos que emite, el niño comunica verbalmente y, al mismo tiempo, incorpora e interioriza el continente que encuadra la comunicación y el contexto en el que se produce, que es lo que le da sentido. El continente, lo que contiene la comunicación, la estructura que lo sustenta tiene que ver con el ritmo, la alternancia, la reciprocidad y la correspondencia.

27. ****No suele expresar emociones ni reclama atención. Otro signo que indica no relación y no comunicación emocional. Esto se debe a la dificultad de estos niños para conectar el sentir de sensación con el sentir de sentimiento. Al evitar o rechazar la comunicación, sobre todo emocional, con el otro, no desarrolla o desarrolla con dificultad la capacidad de expresión emocional que normalmente se adquiere a través de la interacción emocional con el cuidador que con su actitud, mirada, caricias, etc., le sirve de espejo al bebé para reconocerse como un ser parecido y a la vez separado y diferente de él, haciéndose así una imagen interna del otro que le cuida y de sí mismo. Ya hemos visto que para reconocer al otro como separado y diferente de sí mismo hace falta que se produzca al menos la integración de la percepción sensorial de los estímulos, que le llegan al bebé por dos canales diferentes.

El niño que se va refugiando progresivamente en un funcionamiento autista fija su atención, a través de la autoestimulación sensorial, en un solo tipo de estímulo sensorial para evitar su integración y protegerse así de lo que vive como amenazante, demasiado doloroso o frustrante para él, en la interacción con el otro.

A esta edad, sus dificultades emocionales, cognitivas, comunicacionales e interactivas se hacen más evidentes. Las defensas activas antiintegración sensorial y antiemoción en la relación con el otro hacen todavía más patente esta dificultad interactiva en la interrelación del niño con su entorno cuidador y acentúa la ausencia de relación intersubjetiva con el otro. Los aspectos emocionales son muchas veces imprevisibles y desconcertantes, una razón más para que el niño con funcionamiento autista los evite y rechace.

28. ****El aislamiento y repliegue afectivo lleva al niño a una indiferencia ante los sonidos o a una excesiva sensibilidad ante algunos de ellos cuando penetran su barrera defensiva.
29. ****Suele utilizar los objetos de forma estereotipada. No juega con ellos ni los explora. Ya hemos visto el cómo y el porqué de esta actitud no lúdica, no exploratoria y de utilización no simbólica, cuando hablábamos anteriormente del espacio, los objetos y los fenómenos transicionales. A esta edad, esa incapacidad, reforzada por las defensas autistas, se hace más evidente, más patológica y con mayor nivel de riesgo de instalación en un funcionamiento autista.
30. ****Presenta un «gateo raro», estereotipado, en el que es difícil ver el componente intencional del movimiento del niño, ya que lo utiliza, solamente, o también, como fuente de autoestimulación sensorial.
31. ***Hipotonía. Retraso en la adquisición de la posición de sentado y de pie. Se suele corresponder con una inhibición psicomotora. Por ser un signo compartido con una evolución depresiva y con otros retrasos en el desarrollo psicomotor, no es específico de una posible evolución autista.
32. ***Ante el espejo, no suele sentir curiosidad por su imagen, la evita, e incluso rechaza el mirarla. Es un signo bastante

específico de funcionamiento autista. Sin embargo, a esta edad, no es tan grave como a los 18 meses ya que esta capacidad de interesarse, verse y reconocerse a través del espejo para incorporar en su mundo interno la imagen y la representación mental, a la vez real e idealizada de sí mismo, se va desarrollando entre los 6 y 18 meses. No obstante, en el niño que evoluciona con riesgo de funcionamiento autista, estas dificultades de verse y reconocerse surgen antes de verse reflejado en un espejo ya que, al evitar la relación y comunicación con el otro a través de la mirada, que para él haría la función de espejo, no puede verse reflejado en ella.

33. ***Los trastornos del sueño, aunque inespecíficos de la evolución hacia un funcionamiento autista, expresan, en el caso de un exceso de sueño, una modalidad de aislamiento y repliegue que, junto con otros signos antirrelación y anti-comunicación van en el sentido de las defensas autistas. El déficit de sueño, si el niño, aunque despierto, está con los ojos abiertos pero con la mirada perdida y ausente largo tiempo, también podría indicar un funcionamiento defensivo autista. Tanto más a estas edades, en que la necesidad de ensimismamiento es menor.
34. ***A esta edad el niño con riesgo de funcionamiento autista puede experimentar estados de miedo e incluso pánico ante ciertas situaciones desconocidas o determinados ruidos (electrodomésticos, petardos...). Situaciones y ruidos que «penetran» por las brechas de su armadura defensiva, lo desorganizan y asustan ya que, al no poder integrar los estímulos sensoriales que le llegan del objeto-sujeto relacional, no puede hacerse una idea de lo que está pasando.
35. ***Ante un adulto desconocido el niño reacciona frecuentemente con llanto y pánico difícil de calmar y contener por la madre o su cuidador habitual. En este caso, la reacción de pánico y llanto indica un esbozo de diferenciación y amenaza de separación para el niño con el consiguiente riesgo de ausencia y de pérdida de la persona que le cuida. Situación y vivencia que puede ser intolerable para el niño y que puede llevarlo, según sea su evolución y la reacción de su entorno

cuidador para consolarle y tranquilizarle, a una continuidad progresiva de su proceso de apertura o hacia un movimiento regresivo de repliegue relacional con refuerzo de sus defensas y barrera autista tras la que puede encerrarse de nuevo. Depende también una u otra evolución, de la fortaleza y seguridad del vínculo que el niño puede tener con quien le cuida.

36. ***No aparecen las primeras palabras comunicativas o, si aparecen, son poco frecuentes y escasas; palabras como por ejemplo: «a-j-o», «m-a-m-a», «p-a-p-a», etc., que progresivamente, en la interacción con quien le cuida se convierten en «ajo», «mamá», «papá». En la misma interacción, la madre contextualiza y da sentido a las vocalizaciones de su hijo convirtiéndolas en mamá y papá. El hijo las repite y las integra en la interacción dándoles sentido y descubriendo posteriormente su significado gracias a las reacciones de la madre en su relación con él. Este signo de alarma es compartido por otros niños con retraso en la adquisición de lenguaje que no tienen funcionamiento autista.
37. ***Suele tener unas relaciones interpersonales apagadas, con bajo tono vital. Este signo de alarma es compartido con los niños que evolucionan con otros procesos no autistas como, por ejemplo, procesos depresivos, retrasos mentales etc.

En este momento evolutivo del segundo semestre de vida del niño/a, podemos ver cómo la presencia de los factores de riesgo interactivo, así como de los signos de alarma de una posible evolución hacia un funcionamiento autista, por su persistencia, repetición, sumación y potenciación, van alejando al niño de un desarrollo sano y normalizado, a la vez que lo van encerrando cada vez más en un rígido sistema defensivo que, al mismo tiempo que lo protege, lo aísla, generando toda una serie de deficiencias básicas y fundamentales (perceptivas, emocionales, cognitivas, relacionales...) que dificultan e impiden su constitución y desarrollo como sujeto, así como su relación y comunicación con los demás.

➤ La evolución del proceso autístico en el niño

La evolución del funcionamiento autista en el niño puede ser progresiva, regresiva y fluctuante entre ambas.

Los niños con evolución progresiva del funcionamiento autista serían aquellos que, desde las primeras semanas, muestran una evolución hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el psiquismo del bebé.

Los niños con evolución fluctuante del funcionamiento autista serían los que alternan algunos momentos de acceso a la intersubjetividad primaria (primer semestre), es decir, a la comunicación social y emocional con el otro gracias sobre todo a la insistencia del cuidador, con otros de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación «interobjetiva» (con objetos), más que intersubjetiva con el otro. Estos niños, en el segundo semestre son incapaces, la mayor parte del tiempo, de acceder a la capacidad de intersubjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto-sujeto externo. Respecto al lugar y papel del tercero, hay que señalar que no es solo y exclusivamente el papel del padre, sino que este papel puede representarlo cualquiera de los dos padres en relación con los fantasmas de exclusividad de tipo fusional de su pareja con el bebé.

El mundo psíquico del niño evoluciona, normalmente, desde un mundo dominado por la interacción, a un mundo dominado por la intersubjetividad primaria (relación diádica) en el primer semestre, y hacia la intersubjetividad secundaria (re-

lación triádica), desde el segundo semestre. Este importante progreso evolutivo, el acceso a la intersubjetividad secundaria, permitirá al niño sano desarrollar la capacidad de relación no solamente con el otro y con lo otro, que ocupa el lugar de un tercero, sino también, su integración grupal y social.

Los niños con evolución regresiva del funcionamiento autista, serían esos niños que durante el primer año de vida logran acceder de forma fluctuante (que suele pasar desapercibida para su entorno) a cierto grado de intersubjetividad primaria y secundaria pero con «anclajes» poco sólidos y duraderos en su psiquismo. Estos niños, con una débil capacidad de resiliencia, muy buenos niños, que se presentan como «apagados», con poca iniciativa relacional en el plano social y dependiendo mucho del adulto cuidador para ello, ante situaciones traumáticas de pérdidas, que afectan a la cantidad y calidad de la presencia interactiva con ellos de su cuidador de referencia, hacen una regresión psíquica, con pérdida de las adquisiciones logradas hasta entonces en los aprendizajes, en el lenguaje y en la relación social, se repliegan en sí mismos y se encierran progresivamente en un funcionamiento autista.

Sucesión de pérdidas externas e internas tales como una ausencia prolongada y/o repetida del cuidador o cuidadores de referencia para el niño, pérdidas vividas por el cuidador que desembocan en un proceso de duelo de tipo depresivo con desconexión emocional, pérdida del lugar y la presencia de un tercero, etc. pueden desencadenar en el niño, para protegerse del sufrimiento, vacío y desorganización internos, una vuelta al funcionamiento defensivo de tipo autístico. Su frágil vinculación con el otro y con lo otro, diferente del nosotros, de lo que somos tú y yo, así como su dificultad para mantener una imagen interna del otro ausente, hacen de estos niños unos sujetos muy vulnerables a este tipo de pérdidas. La capacidad de recuperar lo perdido en el niño depende en estos casos de la comprensión empática del entorno cuidador y de la forma como aportan, o no, la seguridad relacional necesaria para que el niño que se encierra en un funcionamiento autístico pueda superar sus miedos y angustias catastróficas y abrirse de nuevo a la inte-

racción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior. En bastantes de estos casos de pérdidas, hay niños que, en lugar de hacer una regresión a estados evolutivos anteriores, ponen en marcha defensas de tipo obsesivo que tienen por objeto el control de la relación y del entorno para evitar nuevos cambios que los sometan a nuevas pérdidas que no pueden integrar y que los desorganizan.

Según esta visión interactiva del desarrollo sano y patológico del bebé, parece lógico y legítimo pensar que el funcionamiento autista del niño, visto como un mecanismo de defensa utilizado por él para evitar el displacer y sufrimiento generado en la interacción con su entorno cuidador, pueda ser tratado ayudando a la madre, a los padres, a los cuidadores, a cambiar el tipo de interacción que, en la relación con el bebé, está facilitando, sin querer, su instalación en un proceso autístico. Proceso que de persistir puede generar, como ya hemos visto anteriormente, déficits psíquicos, emocionales y sociales que una vez instalados en el psiquismo del niño son más difíciles de tratar.

Manifestaciones clínicas tardías del proceso autístico

Algunos niños y adultos en tratamiento de orientación psicoanalítica, a través del vínculo transferencial nos permiten entrar en contacto con mecanismos de defensa y núcleos autísticos que permanecían latentes en la estructura de su personalidad. En un interesante libro de reciente aparición sobre los procesos mentales primarios, varias destacadas profesionales que se ocupan de este ámbito en España nos muestran, de forma muy ilustrativa y didáctica, tanto las implicaciones psicopatológicas como las consideraciones técnicas que hay que tener en cuenta a la hora de abordar terapéutica y educativamente a las personas afectadas por núcleos autísticos de funcionamiento mental primarios y no mentalizados. Las ansiedades catastróficas primitivas que no se elaboran en el

momento oportuno se encapsulan pudiendo reaparecer, en situaciones de inestabilidad y cambios, tanto en otros momentos de la infancia como de la adolescencia y edad adulta. Estos núcleos serían la expresión de áreas de la personalidad indiferenciadas que dificultan el desarrollo y la maduración humana (Corominas, 1998; Corominas, Fieschi *et al.*, 2008; Viloca y Mundó, 2011).

En mi práctica clínica he tenido varios casos de adultos, sobre todo mujeres, que en tratamiento psicoterapéutico han mostrado un funcionamiento autista que arrastraban desde su infancia, sin haber sido diagnosticados ni tratados, y evolucionando con apoyos que yo llamo ortopédicos e instrumentales, que ellos mismos habían desarrollado por su cuenta, permitiéndoles una evolución dentro de una apariencia de normalidad; es decir, con trabajo y familia, aunque con dificultades de integración y relación social debidas a obstáculos importantes en la relación y comunicación intersubjetiva con el otro, así como en la comunicación empática, sobre todo emocional, con los demás.

Viñeta clínica

Katia es una mujer en la cuarentena, casada y con hijos mayores. Superviviente de una infancia marcada por abusos sexuales repetidos por parte de su padre, e incomunicación con su madre, habiendo vivido siempre con una sensación de abandono, confusión y desamparo internos, cuyo sufrimiento intolerable y carente de sentido la ha llevado a protegerse con defensas que han ido formando parte de su identidad, de su personalidad, de su forma de ser.

Estas defensas, rígidas y no evolutivas, con su crecimiento personal y el paso del tiempo han pasado a formar parte importante de su patología y a ser fuente considerable de su sufrimiento, algo que, por otra parte, estaban destinadas a evitar.

El motivo inicial de la demanda de ayuda es su miedo a volverse loca.

En el curso del proceso psicoterapéutico hemos podido ver que su miedo, objeto de la demanda, era algo muy fundado. En varias ocasiones ha presentado síntomas psicóticos.

Su funcionamiento psíquico está más próximo del registro psicótico que neurótico. No obstante, esta persona, a costa de gran esfuerzo, ha podido abrirse camino en la vida e integrarse social y laboralmente pero pagando un alto precio por ello. La negación y borrado de aspectos importantes y traumáticos de su vida la han llevado a una sensación de fragmentación, de falta de continuidad, de marcas, de huellas y de referencias sólidas en las que apoyarse tanto en su interior como en el exterior.

Las referencias espaciotemporales, su continente corporal y psíquico están constantemente a punto de desmoronarse. Su búsqueda de un marco estable y fiable en que apoyarse y su desconfianza ante la idea de poder encontrarlo, la llevan a tener horror del cambio, vivido como una amenaza catastrófica. Lo negado, desconectado y borrado de su vida, junto con la tendencia inconsciente a la repetición para lograr un cambio a la vez temido y nunca alcanzado, han llevado a esta mujer a vivir en situaciones existenciales y vitales de reactivación y agravación de sus experiencias traumáticas infantiles.

Tras dos años de proceso psicoterapéutico, la paciente puede poner palabras e imágenes a sus vivencias en un proceso visible de búsqueda de sentido a lo que está viviendo. En su poema «¿Sentir-se?», sin título para ella, expresa de forma conmovedora su confusión, sensación de inexistencia, sentimiento de soledad y de aislamiento y, también, su miedo a existir y sentirse existir, mostrando además el efecto devastador del olvido amnésico utilizado, como mecanismo de defensa, sobre su sentimiento de continuidad y de identidad, así como su dificultad para reconocerse.

Dos años más tarde, tras varios meses de trabajo psicoterapéutico sobre las defensas y restos de su psicosis autista infantil, que se manifestaban con frecuencia como resistencia a la vinculación y conexión en la comunicación, relación y trabajo terapéuticos, la paciente me escribe el segundo poema que esta vez sí lo titula ella misma «Fuera». En su testimonio expresa

tanto el deseo de encuentro, de implicación con el proceso terapéutico y el terapeuta, como el miedo a las consecuencias del «fallo», de la ausencia de dicho encuentro, desencadenante de angustias catastróficas de caída sin fin, de disolución física y psíquica de su ser, de confusión y pérdida de identidad.

Frente a este sufrimiento, a estas ansiedades catastróficas, se erigen las defensas autistas antirrelación y anticomunicación, que la paciente tan magistralmente comunica a su terapeuta a través de su poema Fuera (de sí misma y de la relación con el otro). Ausentarse de sí misma, desconectar para ser mera sensación en contacto con el objeto. Aislarse, esconderse, dejarse aspirar por una mancha-agujero negro en la que a la vez busca una referencia, un punto de apoyo, una presencia interna que le permita sentirse existir. Un continente corporal y psíquico sin límites, transparente, que intenta llenar con un contenido mágico, conjuratorio, ritualizado pero también inconsistente... fugaz magia invirtiendo lo vivido. Finalmente, el juego, movimiento con el que el tiempo se hace circular, donde no hay cambio, no hay antes ni después, solo repetición, para deslizarse entre mundos sin sentido y conseguir... a la era verdadera, pin, pan, pum, fuera.

Poco tiempo después de trabajar sobre este poema, la paciente, por primera vez, se inscribe en un espacio-tiempo lineal, donde hay un antes y un después, y por lo tanto, pasado, presente y futuro, y anticipando una ausencia suya, me pide un cambio de día para no perder su sesión.

Poemas de Katia

¿Sentir-se?

A veces dudo, / Si realmente, / Mi voz suena, / O es un latido, / De mi pensar. / A veces pienso, / Al extender mi mano, / Sin lograr contacto, / Que es un reflejo, / De una sombra, / Al pasar. / Y al escribir palabras, / Sin dejar huella, / A un vacío, / Una pregunta sin contestar. / A veces temo, / Al notar mi pulso, / Que es un eco, / Redoblando sin parar. / A veces sueño, / Al oír mi nombre, / Que es un recuerdo, / Un tachado, / Un borrar. /

Fuera

Curva, / Sentir su trayectoria con la mano, / Reconocer el movimiento de su forma, / Frío tacto abrazando piel quemada. / Escondrijo, / Trazando el camino de sus líneas, / Dedos buscando hueco negro escondido, / Aspirando vida frágil a su fondo. / Transparencia, / Murmurando melodías repetidas, / Tocando talismanes investidos, / Fugaz magia invirtiendo lo vivido. / Juego, / Canjeando con el tiempo movimiento, / Deslizando entre mundos sin sentido, / A la era verdadera, / Pin, Pan, Pum, / Fuera. /

➤ El diagnóstico clínico

Un diagnóstico adecuado es lo que permite poner en marcha un tratamiento acertado.

El diagnóstico del funcionamiento autista se basa en la conducta observada en la interacción. La interpretación de la significación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico. La experiencia del profesional también es muy importante. Sin embargo, en un primer momento hay que considerar que el diagnóstico de autismo sea una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos similares y, si la situación lo requiere, se hará un diagnóstico interdisciplinar. Se tendrá que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente interactuando con ellos y en la interacción con el profesional. Se harán pruebas psicológicas si se considera necesario y se elaborará una historia biográfica y clínica del curso del trastorno desde el comienzo, además de la historia evolutiva del niño y de su familia. Así puede diagnosticarse el autismo de forma bastante fiable.

Últimamente se están utilizando escalas de evaluación para precisar el diagnóstico de autismo en un proceso similar a cuando anteriormente se empleaban los tests proyectivos (costumbre que lamentablemente ha sido abandonada tanto por los profesionales de la psiquiatría como por los de la psicología quienes, habitualmente, tras un periodo importante de

formación en psicopatología y de prácticas supervisadas, se encontraban en condiciones de utilizarlos con las garantías suficientes) para precisar un diagnóstico psicopatológico. Me temo que esta práctica diagnóstica, de mucho valor si se efectúa, por profesionales adecuadamente formados, no solamente en la utilización de dichas escalas sino también en psicología evolutiva y en psicopatología del desarrollo, pueda ser desvirtuada y mal utilizada de forma que primen los intereses económico-estadísticos sobre los de un diagnóstico clínico efectuado con garantías suficientes para el paciente y su familia. La realidad clínica que voy percibiendo me va confirmando lamentablemente en estos temores ya que se está hablando de la creación de equipos interdisciplinares que serían rápida y específicamente formados en la utilización diagnóstica de estas escalas pero poco o nada se dice del tipo de preparación-formación psicológica y psicopatológica que van a tener.

➤ **La intervención temprana, terapeuticoeducativa y rehabilitadora, en el trastorno autista**

¡Nunca es demasiado pronto para intervenir adecuadamente!

Ya hemos visto que la base del desarrollo sano en el niño, así como el proceso de desarrollo del trastorno autista –sin negar la importancia de los factores genéticos y constitucionales, es decir, el temperamento del niño–, tiene mucho que ver con la crianza, con el estilo de interacción que se va estableciendo entre el entorno cuidador y el bebé a lo largo de su primer año de vida. Desde esta perspectiva, la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los signos de alarma presentes en el niño y de los factores de riesgo presentes en la interacción con él, sería posible en el primer año de vida, como lo demuestra el importante porcentaje de padres que observan alteraciones precoces en el desarrollo y en la comunicación con sus hijos durante este periodo. Además, la experiencia clínica basada en el estudio e investigación del estilo de interacción precoz entorno cuidador-bebé y, más específicamente, padres-bebé, muestra que este tipo de intervención temprana es posible. Para conseguirlo, habría que cambiar los parámetros tardíos en los que nos apoyamos actualmente los profesionales para efectuar la detección y el diagnóstico, y utilizar los que hemos indicado anteriormente –las dificultades duraderas y repetitivas tanto para la integración de la sensorialidad como para el desarrollo de la intersubjetivi-

dad- como factores precoces de riesgo interactivo que propician la evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

Detección y diagnóstico

Ya hemos visto anteriormente que la investigación llevada a cabo por Sandra Maestro y Filippo Muratori, profesores de psiquiatría infantil en la Universidad de Pisa en Italia, muestran que entre los seis meses y el año, en un porcentaje muy importante de casos (87%), se puede detectar y diagnosticar la evolución hacia un funcionamiento autista de carácter progresivo y fluctuante-progresivo. Quedarían excluidos de este seguimiento evolutivo y evaluativo durante el primer año de vida del niño, el 13% restante de niños que entre los 15 y 24 meses pueden presentar un funcionamiento autista de tipo regresivo. Funcionamiento que se presenta frecuentemente como reactivo y asociado a una cascada de pérdidas importantes para el niño tal y como indicábamos anteriormente al referirnos a la evolución regresiva del funcionamiento autista en el niño.

Actualmente, la detección del funcionamiento autista del niño se hace, como muy pronto, a los 18 meses utilizando el m-CHAT, escala de evaluación de factores de riesgo -validada estadísticamente y adaptada para su utilización en España- que tiene en cuenta solamente los signos de alarma presentes en el niño, basándose para la exploración clínica en la tríada de Wing que, como ya hemos visto, indica las consecuencias de un trastorno psicopatológico mucho más precoz que, de tenerlo en cuenta, permitiría detecciones mucho más tempranas en el primer año de vida del niño.

Tratamiento

Conviene saber que antes de los tres años, y cuanto antes mejor, el tratamiento preferente y el que da mejores resultados es el psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, ayu-

dando a cambiar el estilo interactivo que alimenta el trastorno autista e impidiendo que el funcionamiento autista se instale en el psiquismo temprano del niño (prevención secundaria) y todo ello, siempre teniendo en cuenta, en un sentido más amplio, el entorno cuidador del bebé, para evitar el grave riesgo de cronificación que corre el niño afectado por esta patología. Es a partir de los tres años cuando el trastorno interactivo autista se interioriza y pasa a formar parte de la personalidad del niño. Los tratamientos son mucho más costosos en todos los sentidos y con resultados menos satisfactorios cuanto mayor sea la edad del niño. Las intervenciones a partir de esta edad, y cuanto más tarde peor, pertenecerían al ámbito de la prevención terciaria, es decir, implicarían intervenciones interdisciplinares y multiprofesionales y tendrían como objeto, no solamente el tratamiento sino también la rehabilitación psicosocial de las secuelas y evitar la cronificación del trastorno autista en el niño.

La formación de los profesionales

La formación de los profesionales tendría que proporcionarles una buena comprensión global e integradora de lo que es el proceso de maduración y desarrollo normal-sano del bebé y del niño pequeño para poder detectar sus desviaciones hacia una evolución psicopatológica. También tendría que darse una adecuada formación en psicología y psicopatología perinatal, así como del bebé y del niño pequeño, que incluya la experiencia basada en la práctica clínica y no solamente en la formación teórica. A este respecto, tengo que señalar el Máster universitario en psicología y psicopatología perinatal e infantil que ha puesto en marcha ASMI, Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, filial de la WAIMH, Asociación Mundial para la Salud Infantil, junto con la Universidad de Valencia (<<http://www.asmi.es/>>).

Además, sería necesaria una adecuada formación en observación de bebés inspirándose en el método desarrollado por Esther Bick (Hilda Botero, 2008).

En su libro *La atenta observación de bebés*, publicado en 2002, Miller y colaboradores, destacados profesionales de la Tavistock Clinic de Londres –donde Esther Bick ha desarrollado este original método de trabajo que Martha Harris abrirá en 1960 a todas las profesiones medicosociales–, a través de ocho ejemplos de observación de bebés en su medio natural, que es la familia, muestran cómo la experiencia de observar atentamente el desarrollo emocional del bebé puede ayudar a comprender mejor el proceso de desarrollo del ser humano. Comprender mejor permite comunicar mejor y adquirir mayores y mejores habilidades para el abordaje y manejo de situaciones que constituyen lo cotidiano de los profesionales de la salud, de los servicios sociales, de la enseñanza, en su trabajo con los niños, los adolescentes y sus familias. También es un libro muy interesante para los padres que deseen ampliar su comprensión sobre el desarrollo de los bebés. Por último, sería necesaria una formación específica que incida sobre intervenciones psicoterapéuticas basadas en el vínculo, en la interacción precoz padres-bebé. Intervención psicoterapéutica que, como hemos visto, implica tanto la interacción real como la fantasmática (fantasía inconsciente) que se desarrolla entre los padres y el hijo.

La intervención psicoterapéutica centrada en la interacción entorno cuidador-bebé

Si es efectuada dicha intervención lo más precozmente posible, como por ejemplo la que se podría hacer desde los servicios de neonatología hospitalarios, permitiría no solamente ver el «nacimiento» del riesgo evolutivo hacia un funcionamiento defensivo autístico en el bebé sino que, con la intervención adecuada, se podría impedir, en muchos casos, su evolución psicopatológica. En estos casos de intervención psicoterapéutica muy precoz, la posibilidad de movilizar, revisar, recordar y actualizar, tanto en la madre como en los padres, las vivencias que han podido tener un efecto traumático para ellos tanto en el momento

del embarazo, del parto, del puerperio como las derivadas de la propia maternidad y paternidad, se hace mucho mayor y mejor. Las defensas que obstaculizan el desarrollo de una interacción sana y evolutiva, así como los conflictos psíquicos que inconscientemente se reviven, se proyectan sobre el bebé y se actúan en la interacción con él, por ser recientes y no cronificados, son susceptibles de movilización y modificación a través de una adecuada intervención psicoterapéutica que ayude a cambiar el estilo interactivo. Además, la situación de crisis psicológica que viven en estos momentos iniciales de su experiencia los padres y el hecho de vivir el inicio de una interacción repetitiva, problemática y frustrante con su bebé, los hace más receptivos al sufrimiento que viven y su disponibilidad para pedir y recibir ayuda, así como para aprovechar la ayuda que se les ofrece, es mucho mayor que cuando el trastorno interactivo y las actitudes defensivas se instalan y se cronifican en ellos, entre ellos, y con su hijo.

Viñeta clínica

Eva es una niña de 10 meses de edad cuando la veo la primera vez acompañada de sus padres y a demanda de su pediatra, que sospecha signos de autismo en ella ya que evita y rechaza frecuente y activamente la comunicación con la mirada. Esta sintomatología, junto con actitudes de repliegue sobre sí misma con aislamiento relacional y débil respuesta a los estímulos humanos externos, evoluciona sin franca mejoría y con fluctuaciones, desde las pocas semanas de vida de la niña.

En la primera entrevista con Eva y sus padres, me encuentro con una madre de aspecto depresivo y un rostro muy poco expresivo. Tiene dificultades importantes para interactuar espontáneamente con su hija. Relata que desde hace varios meses, antes del nacimiento de su hija, se encuentra desanimada, que incluso hacer las cosas que le gustan supone un gran esfuerzo para ella. «Al principio lloraba, estaba muy nerviosa, no podía dormir y sufría mucho, pero ahora, no siento, me encuentro como anestesiada. Casi no sufro, pero tampoco disfruto. Me

siento muy mal por no sentir, por no poder emocionarme... Sufro mentalmente y me veo culpable y no muy buena madre porque me pasa eso también cuando cuido de mi hija. Cuando me quedé embarazada no era un buen momento para mí pues había perdido mi trabajo, y nuestra situación económica en la familia no era muy buena entonces. Durante el embarazo me convertí en una persona muy sensible, débil y llorona. Me irritaba y me sentaba mal casi todo. No disfrutaba de la maternidad aunque me esforzaba en ello». Recuerda lo mal que lo pasó de niña, con muchas privaciones y muy pocos recursos económicos. «Mi madre tenía que trabajar y tenía muy poco tiempo para cuidarnos a los cinco hermanos que éramos. Yo era la mayor y desde muy pequeña tuve que cuidarme de mis hermanos pequeños. Se puede decir que casi no tuve infancia. Mi padre tenía problemas con el alcohol y era muy inestable en su trabajo. No me podía quitar de la cabeza el recuerdo del tercero de mis hermanos, una niña, que murió de meningitis pero yo siempre he pensado que murió, sobre todo, por falta de cuidados adecuados».

Durante su relato, María expresa ese sufrimiento mental del que habla sin poder conectar con sus emociones. En la interacción con su hija, hay frecuentes momentos de desencuentro interactivo en los que la niña muestra cada vez más inquietud e incomodidad en el seno del regazo materno. La madre lo percibe y se pone muy nerviosa y angustiada. Intenta calmarla pero no lo consigue. El rechazo interactivo corporal y visual se hace cada vez más evidente y activo en su hija Eva. Esto hace que la madre esté cada vez más desbordada, ansiosa y agitada. Al padre, muy atento y presente a lo largo del relato de la madre, lo veo en varias ocasiones emocionado y nervioso. Intenta tranquilizar y apoyar a la madre queriendo coger a su hija en brazos. La madre no lo permite.

En este momento, de forma empática, pongo palabras a lo que están padeciendo y viviendo unos y otros, expresando, en primer lugar, el sufrimiento intolerable y sin fin de la madre que en su estado psíquico y emocional actual no puede consolarse, ni tampoco obtener el consuelo ni la expresión emocional que necesita. La madre se relaja un poco y sus ojos se humedecen ligeramente.

Conecto lo ocurrido en su infancia y en su familia de origen, las privaciones, la muerte de su hermana y su pensamiento de que había muerto por falta de cuidados adecuados, con su temor de que ocurra algo parecido ahora, en su propia familia, y con su hija.

Les digo que Eva, muy sensible a pesar de las apariencias, tal y como está ocurriendo aquí, está percibiendo y compartiendo con su madre el angustioso sufrimiento que esta tiene en su interior poniéndose nerviosa también. Intenta protegerse de ese sufrimiento compartido desconectando emocionalmente como lo intenta hacer inconscientemente la madre cuando habla de sentirse como anestesiada. Eva intenta protegerse del sufrimiento compartido como puede, con los pocos medios que tiene, evitando y rechazando el intenso malestar que siente huyendo de la relación y comunicación con su madre, a la que tanto quiere y necesita. A su edad solo puede evitar el sufrimiento compartido de forma no verbal y a través de la retirada relacional manifestada con el cuerpo y la mirada en la relación con su mamá.

Continúo diciendo que su marido, Manuel, ha intentado ayudarla sin conseguirlo ya que, muy atento y sensible a lo que la madre contaba, a duras penas podía contener sus emociones. «Probablemente, al querer coger a Eva en sus brazos, intentaba descargarla a usted de la tensión emocional y el peso de la responsabilidad de los cuidados de la hija, compartiéndolos con usted. Comprendo que para usted en ese momento, dejarle a Eva era como un abandono y dimisión de sus funciones que hubiese supuesto una herida todavía más dolorosa en su amor propio y en su función de madre».

La madre llora entonces desconsoladamente. Le digo al padre que en estos momentos lo mejor que podemos hacer para apoyar emocionalmente a su esposa es acompañarla en lo que está viviendo, sin distraerla, ni preguntándole ansiosamente qué es lo que le pasa. Ya nos lo contará ella si lo desea cuando pueda ponerle palabras a lo que está viviendo. Conforme la madre va recuperándose emocionalmente, Eva va tranquilizándose, el padre, la familia... y el psicoterapeuta, también.

Cuando el padre coge entonces a Eva en sus brazos, con el consentimiento de la madre, la interacción padre-bebé es, en

el plano de la comunicación emocional, algo mejor, ya que Eva responde a veces de forma fugaz a los estímulos y demandas relacionales que le presenta su padre. Sigue la mayor parte del tiempo desconectada pero no hay un rechazo tan activo ni tan intenso de la interacción con él.

La interacción conmigo se establece en primer lugar a través de los sonidos de displacer que Eva emite y a los que le respondo de forma empática, resonando con ella, y devolviéndoselos parecidos y al mismo tiempo modificados en función de lo que imagino que puede estar sintiendo ella. Se va estableciendo progresivamente entre los dos, al final de la primera entrevista y en las sucesivas, una interacción auditiva, un diálogo sonoro, una comunicación preverbal, con su correspondiente ritmo (musicalidad sonora) su alternancia (ahora tú y luego yo) y su reciprocidad (experiencia compartida) en la que poco a poco voy poniendo palabras, hablándole de lo que hace y de lo que imagino siente. Progresivamente, su capacidad de prestar atención se hace mayor y la comunicación se va haciendo lúdica, y también visual y gestual. Conforme la madre va saliendo de su proceso depresivo, va incluyéndose en este tipo de interacción, cada vez más lúdica y placentera, con su hija.

Tras esta primera entrevista, el trabajo psicoterapéutico padres-bebé consiste en una serie de consultas psicoterapéuticas –en el sentido de Winnicott– con intervalos variables (semanal, quincenal, mensual) en función de la evolución de la familia y de sus necesidades. En cuanto al encuadre, ha sido flexible y cambiante en función de mis demandas y las de ellos. He visto frecuentemente a los padres y la hija, a la madre con la hija, al padre con la hija en tres ocasiones, a la madre a solas varias veces, al padre a solas en tres ocasiones y en dos ocasiones han asistido los cuatro miembros de la familia incluido el hermano, que llamaré David, tres años mayor que Eva.

En cuanto al trabajo psicoterapéutico efectuado diré brevemente que ya estaba perfilado en la primera entrevista y que, al cabo de varias consultas y no más de tres meses de evolución, Eva ya había experimentado una notable mejoría en su capacidad interactiva y en todos los ámbitos relacionales y emocio-

nales afectados. El tratamiento en este caso duró 14 meses. La mejoría clínica experimentada por Eva y su familia permitió el final del tratamiento y la preparación de la despedida en este plazo de tiempo. Los signos del funcionamiento defensivo autístico de Eva se hicieron cada vez menos frecuentes, menos intensos y duraderos hasta desaparecer progresivamente del todo. Se realizó un seguimiento evolutivo a los tres, cuatro, seis y ocho años de Eva, constatando la continuidad de su mejoría y la solidez de su evolución. El acceso de Eva al simbolismo y al lenguaje hablado se hizo normalmente aunque con algo de retraso. La integración de Eva en la guardería y en la enseñanza primaria se hizo sin dificultades importantes. El curso de sus aprendizajes era bueno y la capacidad de relación social y emocional cada vez mejor cuando la vi por última vez a los 8 años.

Con María, la madre –que estuvo con tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos) durante siete meses–, durante el proceso psicoterapéutico pudimos trabajar el proceso de separación-diferenciación entre el pasado y el presente, entre su hija y su hermana muerta; pudimos desbloquear el proceso de duelo tanto por la pérdida de su trabajo como por la pérdida traumática que fue para ella la muerte de su hermana, así como de la situación ideal en la que le hubiese gustado tener y criar a su hija. Se pudo trabajar sobre su sentimiento de culpabilidad respecto a su idea de la muerte de su hermana «por falta de cuidados adecuados», que ella sentía que era la encargada de proporcionárselos. Comprendimos juntos que a ella le hubiese gustado cuidar de su hermana, y posteriormente de su hija, como no habían podido hacerlo con ella sus padres. Se dio cuenta de lo difícil que es dar lo que no tienes. Durante el poco tiempo que duró la lactancia al pecho (un mes) la madre vivió momentos difíciles y angustiosos pues pensaba que su hija chupaba de unos senos vacíos y que la poca leche que tenía era mala y podía perjudicarla. Consultó con el pediatra, que le aconsejó pasar al biberón. Así lo hizo, y se sintió entonces muy aliviada pues su hija comía mejor y ganaba peso normalmente. Los sentimientos de envidia y rivalidad que ella vivía con respecto a su marido al ver que se relacionaba mejor con su hija

que ella, también fueron elaborados. Un poco más difícil fue para ella reconocer esos mismos sentimientos proyectados sobre su hija, ya que veía que esta era cuidada por su padre como no la habían cuidado a ella. Su mejoría clínica, además de la de su autoestima, la de su imagen como persona, mujer y madre, así como la mejoría de su hija y de la relación de pareja, hicieron posible este trabajo.

Manuel, el padre de Eva, pudo implicarse todavía más en los cuidados de su hija, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento de su esposa y mientras ella, por su situación de crisis psicoemocional, no podía asumir la responsabilidad de los cuidados maternos hacia su hija. A instancias mías, el matrimonio consiguió que la madre de María (con la que tuve una entrevista) estuviese también más presente e implicada en los cuidados de su nieta y de su hija durante este periodo crítico de la evolución de María que, gracias a estos cuidados, pudo hacer una regresión parcial y transitoria que luego le permitió cuidarse mejor de ella y de su hija.

El hermano mayor, David, en las dos veces que asistió a las sesiones, pudo comprender mejor lo que estaba pasando en su familia, la necesidad que tenía su madre de cuidados, la necesidad de que sus padres se cuidasen intensivamente de su hermana y la importancia de que esto no supusiese el no cuidarse también de él.

El modelo relacional de comprensión y abordaje del autismo

Según el modo relacional de comprender el autismo (que va más allá del modelo deficitario-cerebral imperante hoy día, que requiere para su tratamiento de medidas instrumentales frecuentemente no relacionales que se podrían llamar ortopédicas por la utilización que se hace de ellas, y que en ciertos casos permiten un avance en la sintomatología del niño afectado pero sin resolver nada de lo que concierne a su psicopatología autística que ya hemos visto es fundamentalmente de base relacional),

las intervenciones terapeuticoeducativas más tardías –que se corresponderían con medidas de prevención terciaria, es decir, tratamiento para evitar la cronificación y rehabilitación de los déficits que se desarrollan como secuelas del funcionamiento autista– sean de tipo logopédico, psicomotor, psicoeducativo o psicofarmacológico, tendrían que coordinarse, integrarse y, sobre todo, supeditarse a una dinámica relacional, privilegiando las interacciones emocionales y lúdicas, contando con la participación activa de los padres en el tratamiento, así como de todos aquellos profesionales que forman el entorno cuidador del niño.

Es preocupante ver cómo se desaprovecha el efecto terapéutico y rehabilitador de la integración sensorial tal y como se practica en nuestro entorno, al ser aplicada como una técnica instrumental, inspirada en el modelo medicobiológico, alejada del modelo relacional, y destinada exclusivamente a paliar las manifestaciones de los déficits cerebrales que ¿origina? el trastorno autista. Se les aplica a los niños afectados un tipo de estimulación sensorial que no está integrado en la dinámica relacional subyacente, en lugar de privilegiar esos momentos de vinculación y desvinculación emocional interactiva, esenciales para conseguir dicha integración sensorial sin ánimo de provocarla, tal y como hemos visto en el capítulo sobre la integración sensorial del bebé. Además, hay que tener en cuenta los efectos negativos que tiene sobre el niño la estimulación, que ejercida fuera del contexto emocional y relacional adecuado, no puede ser integrada, condición necesaria para que le sirva de experiencia y de aprendizaje.

Juan Manzano, en un interesante artículo publicado en 2010 con el título «El espectro del autismo hoy: un modelo relacional», basándose en su amplia experiencia clínica, y revisando lo publicado recientemente en las revistas científicas de más impacto, nos muestra cómo tanto los estudios de neuroanatomía como los de genética y biología molecular han aportado hasta ahora deficientes y pobres resultados en cuanto a la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de los TEA. No obstante, el punto de vista neurocientífico actual se está aproximando cada vez más a una comprensión del desarrollo humano, de naturaleza esencialmente relacional, en el que se integran, poten-

ciándose mutuamente, los aspectos físicos con los psíquicos a través de la interacción con el otro cuidador, que permite una reprogramación de lo biológicamente programado. Los trastornos del desarrollo, incluido el autismo, serían no el resultado de los desajustes y disfunciones interactivas precoces sino reorganizaciones adaptativas del programa inicial para seguir evolucionando.

El postulado que defiende Juan Manzano es el de considerar que el niño, desde su nacimiento e incluso antes, es un organismo, un todo, una estructura viva, programada y adaptada al entorno cuidador que espera encontrar, entrando inmediatamente en relación con él, para reprogramarse en función de la experiencia de esa relación. Ese otro que va a encontrar es otro organismo, la madre, o la persona que va a ejercer la función materna, que a su vez está programada para entrar en relación con el bebé y reprogramarse ella también en función de esta relación. Desde un punto de vista neurofisiológico, considera que el cerebro del recién nacido está programado para entrar en relación con una persona que le ayude a reprogramarse en función de la interacción con ella. El desarrollo es, por consiguiente, concebido como la modificación adaptativa del programa innato en contacto con el otro. En términos psicodinámicos, desde el nacimiento el niño dispone de una parte organizada de la personalidad (un yo) con una cierta representación de «sí mismo» y una relación diferenciada de «sí mismo», con la madre o equivalente.

La estructura de la personalidad del bebé va a cambiar en esta relación. Cualesquiera que sean los factores que intervienen (lesionales, genéticos, conflictos, etc.), los trastornos del desarrollo no son jamás una simple expresión de esos factores sino reorganizaciones –o ajustes– del programa para continuar el desarrollo a pesar de las alteraciones. Entre estas reorganizaciones o ajustes se encuentran los trastornos del espectro del autismo. Como se trata de ajustes adaptativos del programa no son jamás rígidos ni inmutables. Por el contrario, pueden evolucionar de nuevo en la interacción. Puesto que el desarrollo es relacional el tratamiento es también necesariamente relacional. Las diversas medidas pedagógicas educativas, farmacoló-

gicas, psicoterapéuticas u otras, tendrán siempre como objetivo el establecimiento de una relación y garantizar su continuidad, para permitir un nuevo cambio de la organización, de la estructura de la personalidad (Manzano, 2010).

Este modelo –relacional, evolutivo y adaptativo– de comprensión del desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas defendido por Manzano, similar al que propongo a lo largo de este texto, nos permite tener una visión más comprensiva con los síntomas y trastornos en tanto que representan un trabajo de reorganización adaptativa que desarrolla la persona afectada para vivir con menos sufrimiento, en situaciones adversas que no puede cambiar.

Desde esta perspectiva, nos vemos obligados a pensar la ayuda terapéutica como un proceso evolutivo coconstruido y desarrollado con el paciente y su familia. Con la ayuda relacional adecuada, hemos visto que a estas edades se puede cambiar la estructura de la personalidad y el modo de relación (consigo mismo y con los demás) desarrollando otra más funcional, menos sintomática, más evolutiva, más adaptada al entorno, y más cercana a un desarrollo normalizado.

En este artículo mencionado, Juan Manzano nos dice que, según su experiencia, donde mejor se consiguen evoluciones muy positivas de los niños con TEA es en los centros de día o equivalentes. Tras explicar las características de dichos centros de día en Suiza, denominados en su caso medicopedagógicos, nos muestra que, en la investigación realizada junto con Francisco Palacios, de un colectivo de 100 niños tratados y con seguimiento evolutivo desde los 7 a los 21 años en los centros medicopedagógicos de día del Cantón de Ginebra, en Suiza, han podido ver que una evolución positiva es posible. Un 53% de los niños (Grupo A, de evoluciones «positivas») ha evolucionado hacia la normalidad y trastornos de la personalidad sin déficit, es decir, llevando una vida normal. Un 24% del colectivo estudiado (Grupo B, de evoluciones «negativas») presenta características opuestas al grupo anterior, con un porcentaje de psicosis deficitaria del 24% y de psicosis esquizofrénicas del 8%. Del tercer colectivo (Grupo C, de evoluciones «intermedias») un 23% presenta trastornos de la

personalidad con déficit, y con unas características intermedias entre los grupos A y B (Manzano y Palacio, 1983).

Stanley Greenspan (1941-2010) psiquiatra infantil estadounidense e investigador del vínculo emocional del bebé con su entorno cuidador y sus tempranas alteraciones psicopatológicas, incluido el autismo, ha escrito, en colaboración con Serena Wieder, un interesante e importante libro, *Comprender el autismo*, en el que de forma muy clara, sencilla y didáctica, apoyándose en múltiples ejemplos y situaciones de la vida cotidiana, nos permite comprender mejor, desde una perspectiva vincular y emocional, el funcionamiento autista del niño. La filosofía del tratamiento de Greenspan hace hincapié en crear vínculos emocionales entre el adulto y el niño. Como destacada autoridad mundial sobre el trabajo clínico con bebés y niños que presentan problemas emocionales y de desarrollo, su trabajo ha tenido un gran impacto en el tratamiento del autismo, cuya aplicación del método creado y desarrollado por él, conocido popularmente como el método «Floortime» –que implica una participación activa de los padres– gira en torno a un concepto denominado «tiempo de atención básica compartida», en el que se trata, entre otros objetivos, de estimular y potenciar el desarrollo e integración de la percepción sensorial, así como de la capacidad de intersubjetividad, mediante la interacción lúdica y emocional entre el niño afectado y sus cuidadores (Greenspan y Wieder, 2008).

Es fundamental el deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño o, en un sentido amplio, con la persona que presenta un funcionamiento defensivo autístico, comprendiendo y respetando sus temores pero sin ser cómplice de ellos, ajustándose a la evolución de sus defensas, buscando la forma de interesarlo en lo que le proponemos, y siempre teniendo más en cuenta los intereses de él que los nuestros; esta actitud facilita la interacción y permite el establecimiento de una rudimentaria alianza terapéutica, que es la base en la que se apoya todo progreso terapéutico y educativo del niño-adulto, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de ayuda y de crianza.

La alianza terapéutica se fundamenta en la interacción empática que se establece entre dos personas o más, con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el seno de una relación de ayuda, el desarrollo de un proceso coconstruido en el seno de una interacción evolutiva y en espiral que, aunque asimétrica –entre quien da y quien recibe ayuda–, supone una relación de comprensión y de interdependencia recíproca, además de una colaboración y respeto mutuos. La base de esta alianza terapéutica sería, en un sentido amplio, la comprensión empática con las características antes descritas, que permite al terapeuta, o al que presta ayuda, comprender lo que siente y lo que piensa el otro «como si» estuviese en su interior. A su vez, este proceso interactivo permite, sin pedírselo, que el otro, a su vez, intente comprendernos de la misma forma.

Con respecto a la empatía y la comprensión empática, cabe destacar al escritor británico Marc Haddon, especializado en literatura para niños y adolescentes. Trabajó durante un tiempo con personas que tenían deficiencias físicas y mentales, lo que le ayudó a crear su primera novela, *El curioso incidente del perro a medianoche*. En este interesante relato de intriga se vive en primera persona, a través de su personaje principal, la aventura e investigación (la muerte del perro de la vecina) llevada a cabo por Christopher, un adolescente afectado por síndrome de Asperger. El autor escribe la novela de forma que podamos identificarnos con el personaje central y comprenderlo *como si* estuviésemos en su lugar. Un detalle significativo; los capítulos del relato no están numerados de la forma habitual sino siguiendo el orden de los números primos, uno de los intereses obsesivos de Christopher que destaca en matemáticas.

Para ilustrar lo expuesto hasta ahora voy a relatar lo ocurrido con un niño y una niña con funcionamiento autista en un espacio de supervisión.

Viñeta clínica 1

José es un niño de 12 años que padece de autismo severo con graves déficits emocionales, cognitivos y relacionales. No tie-

ne acceso al lenguaje hablado y su capacidad de comunicación no verbal es muy limitada. Presenta desde hace años un movimiento estereotipado como consecuencia de la búsqueda de un refugio en la autoestimulación sensorial que consiste en agitar, con movimientos rápidos y repetitivos, un trozo de cuerda que tiene casi siempre en una de sus manos. No hay forma de que se desprenda de este objeto para poder participar en las actividades grupales de creatividad, musicoterapia o psicomotricidad, con la importante limitación que ello representa. El equipo que se ocupa de él, plantea la cuestión de cómo conseguir que deje la actividad de autoestimulación con la cuerda, que utiliza desde hace años, para establecer una relación-comunicación con ellos que le permita un adecuado aprovechamiento de las actividades puestas a su servicio. Tras un tiempo de reflexión y elaboración grupal, se pudo dar a la utilización de la cuerda un sentido relacional. Uno de los monitores, tras explicarle que iban a jugar con *su cuerda*, cogió el extremo libre de la misma y, tras comprobar que este primer paso era aceptado por José, empezó un juego de suave tira y afloja con *su cuerda*; al ver que José, poco a poco, participaba en el juego, introdujo una nueva variante, es decir, empezó a soltarla y a cogerla, continuando con el tira y afloja. Tras un tiempo con este juego, José pudo dejar por momentos *su cuerda*, como lo hacía el monitor, para recogerla después. Al cabo de un tiempo, José pudo dejar *la cuerda* durante las actividades grupales para recogerla de nuevo al terminarlas. Este juego, primer paso de una interacción emocional, lúdica y simbólica con el otro, marcó para José y su evolución un antes y un después, ayudándole a salir progresivamente del aislamiento autista que padecía.

Viñeta clínica 2

Ana es una niña de 10 años que padece de un autismo severo con graves déficits emocionales, cognitivos y relacionales. Tampoco tiene acceso al lenguaje hablado y su capacidad de comunicación no verbal es muy limitada. Tras un tiempo de tratamiento, va abriéndose de forma muy limitada y esporádica

a la relación y comunicación con su entorno cuidador. El equipo que se ocupa de ella, comenta en una supervisión que Ana ha empezado a manifestar una conducta extraña que preocupa mucho a los padres y al entorno educativo; conducta que se esfuerzan por corregir «educativamente» mediante técnicas conductuales por considerarla impropia e inadecuada para relacionarse socialmente con los demás. La conducta de Ana es la siguiente; cuando alguien se le acerca demasiado, la toca, o rompe sin querer su distancia relacional de seguridad, Ana se aparta, y escupe en el suelo. Antes, en situaciones similares, Ana se replegaba sobre sí misma y se aislaba todavía más, como respuesta a ese contacto vivido como intrusivo para ella. Al comprender que esta conducta, considerada reprochable, significaba para ella un gran progreso evolutivo pues tenía un significado interactivo equivalente al «No quiero que te acerques, que me toques», etc., la actitud del equipo terapéutico, de los padres y del equipo educativo cambió, permitiéndole a Ana una mejor y más favorable evolución.

Para terminar, voy a referirme ahora brevemente a las declaraciones efectuadas por Alberto Lasa que, como presidente de SEPYPNA, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, realizó en su XVIII Congreso Nacional, celebrado en 2005 en La Coruña, sobre el tema «El tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia (autismo, psicosis infantiles, y trastornos generalizados del desarrollo)». De forma tan condensada que hay que leer su texto con suma atención para no perder ningún detalle, Alberto Lasa nos comunica, a través de los 12 breves apartados en los que estructura su declaración, su, a mi juicio, oportuna reflexión, su acertada crítica, y su experimentada opinión sobre este tema. Para acceder al citado documento, utilizar el siguiente enlace: <<http://www.sepypna.com/documentos/a-coruna-tratamiento-trastornos-mentales-graves-infancia-adolescencia/>>.

➤ Resumiendo y concluyendo

Ante la detección de una situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista del niño, no podemos esperar a que sea mayor para hacer el diagnóstico, tampoco podemos esperar sin intervenir terapéuticamente, ni a los resultados diagnósticos ni a la comprobación de su causalidad genética, que también debe investigarse. Todavía menos, esperar a que aparezcan tratamientos genéticos y biológicos eficaces. La realidad es la existencia de una situación de riesgo que se puede cambiar y una evolución patológica y gravemente discapacitante que, en muchos casos, se puede evitar.

Los tratamientos que dan mejores resultados (que pueden cumplir entonces una función preventiva primaria y secundaria, evitando en muchos casos la aparición y el desarrollo del funcionamiento autista), son los que se realizan con los padres durante la gestación, en el primer semestre de vida del niño y, si no es posible, dentro de su primer año de vida. Un tratamiento psicoterapéutico adecuado, basado en la interacción precoz padres-hijo, ayuda a modificar su estilo interactivo, interrumpiendo el proceso evolutivo autista patológico (proceso de graves consecuencias), permitiendo al niño un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos.

BIBLIOGRAFÍA

- ACQUARONE, S. (2004): *Infant Parent Psychotherapy*. Londres: Karnac.
- ACQUARONE, S. (2006): *Signs of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.
- ACQUARONE, S. (2010): *Upa lala: ayudando a los que ayudan. Comprender las ansiedades de los profesionales que trabajan con los niños y sus familias*. Argentina: Lumen.
- AIKEN, K. y TREVARTHEN, C. (1997): «Self/other organization in human psychological Development», *Development and psychopathology*, 9, pp. 653-677. Estados Unidos: Cambridge University Press.
- AINSWORTH, M.D.S.; BLEHAR, M.C.; WATERS, E. y WALL, S. (1978): *Patterns of attachment: A study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ANSERMET, F. y MAGISTRETTI, P. (2006): *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz. (<<http://www.asmi.es/arc/doc/neurociencias.pdf>>)
- BATESON, M. C. (1979): «The epigenesis of conversational interaction». En M. Bullowa, (ed.) *Before speech: the beginnings of human communication*, pp. 63-77; Londres: Cambridge University Press.
- BOWLBY, J. (1989): *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BOWLBY, J. (1972): *Cuidado maternal y amor*. México: Fondo de Cultura Económica.

- BOWLBY, J. (1998): *El apego*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- BRAZELTON, T. B. (1981): «Comportement et compétence du nouveau-né», *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2, pp. 375-396. París: PUF.
- BRAZELTON, T. B. *et al.* (1981): «Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson», *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2, pp. 398-418. París: PUF.
- BRAZELTON, T. B. (1989): *El saber del bebé*. Barcelona: Paidós.
- BRAZELTON, T. B. y NUGENT, Kevin, J. (1997): *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Paidós.
- BUCHHOLZ, E. y HELBRAUM, E. (2000): «Un modèle développemental et psychobiologique du besoin de “temps de solitude” chez l'enfant», *La psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 1, pp. 286-307. París: PUF.
- BYDLOWSKI, S. y GRAINDORGE, C. (2007): «Naissance et développement de la vie psychique», EMC (Elsevier Mason SAS, París), *Psychiatrie*, 37, pp. 160-A-10. (<http://www.adisamef.com/fondo%20documental/salud_mental_infante_juvenil/31_nacimiento_vidapsiquica.pdf>)
- CERRO, M.A. y TRENCHI, N. (2007): «El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista (TEA)». *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*. 9, pp. 33-41. Barcelona: Fundación Orienta.
- COROMINAS, J. (1998): *Psicopatología arcaica y desarrollo: Ensayo psicoanalítico*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- COROMINAS, J.; FIESCHI, E.; GRIMALT, A.; GUÀRDIA, M.; OROMI, I.; PALAU, M. y VILOCA, Ll. (2008): *Processos Mentals Primaris*. Barcelona: Fundación Orienta.
- CRAMER, B. (1990): *De profesión bebé*. Barcelona: Urano.
- CRAMER, B. y PALACIO-ESPASA, F. (1993): *La pratique des psychothérapies mères-bébés: Études cliniques et techniques*. París: PUF.
- CYRULNIK, B. (2002): *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- DIEZ NAVARRO, M.C. (2007 y 2008): *Mi escuela sabe a naranja*. Barcelona: Graó.

- ESTELLER, M. (2008): «Los genes no lo son todo», *El País* (20-07-08).
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E. y CORBOZ-WARNEY, A. (1999, 2001): *Le triangle primaire. Le père, la mère et le bébé*. París: Odile Jacob.
- FIVAZ-DEPEURSINGE, E. (2005): «La communication intersubjective du bébé dans le triangle primaire», *Psychothérapies*, XXV, 4, pp. 235-239. Ginebra: Médecine et Hygiène.
- FONAGY, P. (2004): *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espax.
- FRAIBERG, S.; ADELSON, E. y SHAPIRO, V. (1983): «Fantômes dans la chambre d'enfants», *La psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, pp. 57-98. París: PUF.
- FREUD, S. (1939): XXIII *Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939)*. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu, 1980.
- GALLESE, V. (2001): «The shared manifold hypothesis from mirror neurons empathy», *Journal of Consciousness Studies*, 8, pp. 33-50.
- GOLSE, B. (2003): «A propos de prévention et de prédiction: l'avenir des souvenirs», *La psychiatrie de l'enfant*. XLVI, 2, pp. 455-470. París: PUF.
- GOLSE, B. (2004): *Du corps à la pensée*. París: PUF.
- GOLSE, B. (2005): «El bebé, el niño y la violencia de acceso al lenguaje», *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 5, pp. 67-81. Barcelona: Fundación Orienta.
- GOLSE, B. y ROBEL, L. (2009): «Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. Recherches en Psychanalyse». (<<http://recherchespsychanalyse.revues.org/index146.html>>)
- GREENSPAN, S. I. y WIEDER, S. (2008): *Comprender el autismo: Un recorrido por los trastornos del espectro autista y el síndrome de Asperger a lo largo de todas las etapas escolares hasta la edad adulta*. Barcelona: Plaza.
- GRANDIN, T. (2006): *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona: Alba.
- HADDON, M. (2004): *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona: Salamandra.

- HILDA BOTERO, C. (2008): «¿Qué es la observación de bebés? Algunas consideraciones». *Psicoanálisis*, XX, 2, pp. 103-124.
- HOCHMANN, J. (1990): «L'autisme infantile: déficit ou défense?». En *Soigner, éduquer l'enfant autiste?*, pp. 33-55. París: Masson.
- HOUZEL, D. (1993): «El tratamiento precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, pp. 73-95. SEPYPNA. (<<http://www.asmi.es/arc/doc/houzel-tratamiento-precoz-autismo.pdf>>)
- HOUZEL, D. (2002): *L'aube de la vie psychique*. Thiron: ESF.
- HUBLEY, P. y TREVARTHEN, C. (1979): «Sharing a task in infancy», *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, Vol. 4, ed. I. C. Uzgiris. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 57-80.
- KAHN, M. (1963): «El concepto de trauma acumulativo». En *La intimidad del sí-mismo*, pp. 47-66. Madrid: Saltes, 1980.
- KANDEL, E. R. (2001): «The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses», *Science*, 294, pp. 1030-1038.
- KANDEL, E. R. (2007): *En busca de la memoria: Nacimiento de una nueva ciencia de la mente*. Buenos Aires: Katz.
- LARBÁN, J. (2006): «Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41-42, pp. 147-160, SEPYPNA (<<http://www.sepypna.com/articulos/ser-padres-interacciones-precoces/>>).
- LARBÁN, J. (2007): «El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43-44, pp. 171-195, SEPYPNA (<<http://www.sepypna.com/articulos/proceso-evolutivo-ser-humano/>>).
- LARBÁN, J. (2008): «Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y*

- del Adolescente*, 45/46, pp. 63-152, SEPYPNA (<<http://www.seypna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>>).
- LARBÁN, J. (2010 a): «Ser cuidador: El ejercicio de cuidar», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, pp. 55-99. SEPYPNA (<<http://www.seypna.com/articulos/ser-cuidador-ejercicio-cuidar/>>).
- LARBÁN, J. (2010 b): «El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas». *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 75, pp. 35-67. IEPPM (<<http://www.asmi.es/arc/doc/EL%20PROCESO%20AUTISTICO%20EN%20EL%20NINO%20-%20INTERVENCIONES%20TEMPRANAS.pdf>>).
- LARBÁN, J. (2011): «Autismo: Mito y Realidad», *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, pp. 113-123. Barcelona: Fundación Orienta (<<http://es.scribd.com/doc/66217375/AUTISMO-Mito-y-Realidad>>).
- LASA, A. (1993): «Sobre los fundamentos del psiquismo». *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, pp. 5-12. SEPYPNA (<<http://www.seypna.com/articulos/fundamentos-psiquismo/>>).
- LIPTON, B. (2007): *La biología de la creencia*. Barcelona: Palmyra.
- MAESTRO, S.; CASELLA, C. *et al.* (1999): «Study of the onset of autism through home movies», *Psychopathology*, 32 (6): pp. 292-300.
- MAESTRO, S.; MURATORI, F. *et al.* (2001): «Early Behavioural development in Autistic Children: The first two years of live through home movies», *Psychopathology*, 34, pp. 147-152.
- MAESTRO, S.; MURATORI, F. *et al.* (2002): «Attentional Skills During the First 6 Month of Age in Autism Spectrum Disorder», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 10, pp. 1-6.
- MAESTRO, S.; MURATORI, F. *et al.* (2005): «How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life autism», *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 4, pp. 383-396.
- MANCIAUX, M.; VANISTENDAEL, S. *et al.* (2001): «La resiliencia: estado de la cuestión». En Manciaux, M. (comp.): *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa, 2003 (Original: 2001).

- MANZANO, J. *et al.* (2002): *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.
- MANZANO, J. (2010): «El espectro del autismo hoy: un modelo relacional», *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, pp. 133-141. SEPYPNA (<<http://www.sepyrna.com/articulos/espectro-autismo-hoy-modelo-relacional/>>).
- MANZANO J. y PALACIO F. (1983): *Estudio sobre la psicosis infantil*. Madrid: Científico Médica.
- MARCELLI, D. (1992): «Le rôle des microrhythmes et des macrorhythmes dans l'émergence de la pensée chez le nourrisson», *La psychiatrie de l'enfant*, XXXV, 1, pp. 58-82. París: PUF.
- MARCELLI, D.; PAGET, A. y BLOSSIER P. (1996): «Les origines du travail de penser entre mère et bébé», *La psychiatrie de l'enfant*, XXXIX, 1, pp. 6-40. París: PUF.
- MARCELLI, D. (2000): «L'attente trompée ou le manquement maternel», *La psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 1, pp. 24-54. París: PUF.
- MELTZER, D. (1974): «Adhesive identification». En D. Meltzer, *Sincerity and Other Works* (editado por A. Hahn). Londres: Karnac, 1994, pp. 335-350.
- MELTZER, D. (1975): *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós S. A, 1984.
- MELTZER, D. (1990): *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires: Genérico.
- MURATORI, F. y MAESTRO, S. (2007): «Early Signs of Autism in the First Year of Life». En S. Acquarone (ed): *Sings of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.
- MURATORI, F. (2008): «El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria», *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 12, pp. 39-49. Barcelona: Fundación Orienta (<<http://es.scribd.com/doc/86601319/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-I>>).
- MURATORI, F. (2009): «El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II)». *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 13, pp. 21-30. Barcelona: Fundación

- Orienta (<<http://es.scribd.com/doc/86602014/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-II>>).
- MURATORI, F. (2012): «L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire», *La psychiatrie de l'enfant*, LV, 1, pp. 41-82. París: PUF.
- PALAU, P. (2009 a): «El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?», *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 73, pp. 41-60. IEPPM (<<http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiological.pdf>>).
- PALAU P. (2009 b): «Abordaje psicoterapéutico de lo psicossomático y de lo autístico primario, en las primeras semanas de vida: interacción traumatógena y defensas psicopatológicas tempranas». Ponencia presentada en las II Jornadas Pitiusas Pro salud Mental sobre «La crisis psicológica en el ser humano y en sus diferentes contextos», organizadas por ADISAMEF en octubre de 2008 en Ibiza (<http://adisamef.com/jornadas09/ponencias_2009/pascual_palau.pdf>).
- PALAU, P. (2010): «Psicosomática y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición». *Revista de psicoterapia y psicosomática*, 74, pp. 39-70. IEPPM (<<http://es.scribd.com/doc/88593286/Psicosomatica-y-autismo-en-el-nino-pequeno-interaccion-afectos-y-audicion>>).
- PALOMO, R.; BELINCHÓN M. y OZONOFF, S. (2006): «Autism and family home movies: a comprehensive review», *Journal of developmental behavioural paediatrics*, 7, pp. 59-68.
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2011 a): «El magnetismo de las neuroimágenes», *Papeles del Psicólogo*, 32(2), pp. 98-112.
- PÉREZ-ÁLVAREZ, M. (2011 b): *El mito del cerebro creador: Cuerpo, conducta y cultura*. Madrid: Alianza.
- PETEIRO, J. (2010): *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez.
- PIONTELLI, A. (2002): *Del feto al niño*. Barcelona: Espaxs.
- RAMÓN Y CAJAL, S. (1909-1911): *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*, París: A. Maloine.
- RIZZOLATTI, G.; FADIGA, L.; GALLESE, V. et al. (1996): «Premotor cortex and the recognition of motor actions». *Brain. Res. Cogn. Brain. Res.*, 3, pp. 131-141.

- RIZOLATTI, G. y ARBIB, M. A. (1998): «Language within our grasp», *Trends Neurosci.* 21, pp. 188-194.
- RUIZ-FLORES, BISTUER, M. (2010): «Lo mío es genético», *Prensa Pitiusa. Artículo de opinión*, 160, pp. 20 y 161, p. 20.
- RUTTER, M. (1986): «Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder», *British Journal of Psychiatry*, 147, pp. 598-611.
- SEGOVIANO, M. (2008): «Transmisión Psíquica Escuela Francesa», *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 3.
- SIMAS, R.; GOLSE, B. (2008): «Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas», *La psychiatrie de l'enfant*, LI, 2, pp. 339-356. París: PUF.
- SPITZ, R. A. (1970): *Primer año de vida del niño, génesis de las primeras relaciones objetales*. Barcelona: Aguilar.
- SPITZ, R. A. (2001): *No y sí: Sobre la génesis de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- STERN, D. (1978): *La primera relación: madre-hijo*. Madrid: Morata.
- STERN, D. (1991): *El mundo interpersonal del lactante*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- STERN, D. (1999): *El nacimiento de una madre: cómo la experiencia de la maternidad te cambia la vida para siempre*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- STERN, D. (2002): *Diario de un bebé*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- STERN, D. (2005): «Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment?», *Psychothérapies*, XXV, 4, pp. 215-222. Ginebra: Médecine et Hygiène.
- STRERI, A. (1991): *Voir, atteindre, toucher*. París: PUF.
- STRERI, A. et al. (2000): *Toucher pour connaître*. París: PUF.
- TARRAGÓ, R. (2008): «Vínculo afectivo y prematuridad: Prevención de trastornos de personalidad». Ponencia presentada en las I Jornadas Pitiusas Pro Salud Mental organizadas por ADISAMEF, Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Eivissa y Formentera, sobre «Los trastornos mentales severos en la infancia, adolescencia y edad adulta» celebradas en Ibiza, en octubre de 2008 (<<http://adisamef.com/jornadas08/ponencias2008/16-remei-tarrago08.pdf>>).

- TIZÓN, J. L. (2009): «Editorial», *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 14, pp. 7-8. Barcelona: Fundación Orienta.
- TIZÓN, J. L. (2012): «Entrevista (1 y 2)». *Temas de psicoanálisis. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*, 4, pp. 1-38; 1-45 (<http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-al-dr-jorge-l-tizon-i-2/>; <http://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2012/06/PDF-TIZ%C3%93N-F.pdf>).
- TORRAS DE BEÀ, E. (2006): «El trastorno autista: Una perspectiva actual», *Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 8, pp. 67-71. Barcelona: Fundación Orienta (http://www.asmi.es/arc/doc/El+trastorno+autista_Una+perspectiva+actual.pdf).
- TORRAS DE BEÀ, E. (2008): «Organización social y cambio: su influencia sobre la salud mental», *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, pp. 93-100, Barcelona: Fundación Orienta (http://www.adisamef.com/fondo%20documental/salud_mental_infante_juvenil/33_organizacion_social_y_cambio_%20eulalia_torras.pdf).
- TORRAS DE BEÀ, E. (2011): *La mejor guardería, tu casa*. Barcelona: Plataforma.
- TREVARTHEN, C. (1998): «The concept and foundations of infant intersubjectivity». En Bråten, S. (ed.). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, Cambridge: Cambridge University Press.
- TREVARTHEN, C. y HUBLEY, P. (1978): «Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year». En *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (editado por A. Lock). Londres: Academic Press, pp. 183-229.
- TREVARTHEN, C. (1982): «The primary motives for cooperative understanding». En G. Butterworth y P. Light (Eds.). & *Social cognition: Studies of development of understanding*. Brighton: Harvester Press.
- TREVARTHEN, C. (1993): «The function of emotions in early infant communication and development». En J. Nadel y L. Camaioni (Eds.) & *New perspectives in early communicative development*, Londres: Routledge.

- TREVARTHEN, C. y AIKEN, K. (1994): «Brain development, infant communication, and Empathy disorders: intrinsic factors in child mental health», *Development and Psychopathology*, 6, pp. 597-633. Estados Unidos: Cambridge University Press.
- TREVARTHEN, C. (1998): *Intersubjectivity, The Encyclopedia of Cognitive Sciences*. Estados Unidos: Cambridge MA: MIT Press.
- TRONICK, E.; ALS, L. *et al.* (1978): «The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, p. 1
- VENTER, C. (2000): *El País* (25-6-2000).
- VENTER, C. (2008): *La vida decodificada*. Madrid: Espasa.
- VILOCA, LL. (2003): *El niño autista: Detección, evolución, y tratamiento*. Madrid: CEAC.
- VILOCA, LL. y MUNDÓ, L. (2011): «Trastornos de la personalidad. Estructuras y sensorialidad primitiva: evoluciones psicopatológicas», *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 18, pp. 105-112.
- VOLKMAR, F. R. y PAULS, D. (2003): «Autism», *Lancet*, 62, pp. 1133-41.
- WADDINGTON, C. H. (1956): «Genetic assimilation of the bithorax phenotype», *Evolution*, 10, pp. 1-13.
- WADDINGTON, C. H. (1980): *Biología, hoy*. Barcelona: Teide.
- WINNICOTT, W. D. (1965): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1991): *Exploraciones psicoanalíticas I*. Barcelona: Paidós.
- WINNICOTT, D. W. (1993): *Conversando con los padres*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- WINNICOTT, D. W. (1994): *Conozca a su niño*. Barcelona: Paidós Ibérica. (<http://www.adisamef.com/fondo%20documental/salud_mental_infante_juvenil/47_winnicott_conozca_a_su_ninyo.pdf>).
- WINNICOTT, D. W. (1998): *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós Ibérica.

- WINNICOTT, W. D. (2002): *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa (<http://es.scribd.com/doc/85683286/WINNICOTT-Realidad-y-Juego>).
- ZWAIGENBAUM, L.; BRYSON, S. *et al.* (2005): «Behavioral manifestations of autism in the first year of life», *International journal of development neuroscience*, 3, pp. 143-152.



SOBRE EL AUTOR

Juan Ángel Larbán Vera (Zaragoza, 1946) estudió Medicina en la Universidad de Zaragoza y se formó en Psiquiatría y Psicoterapia de Niños, Adolescentes y Adultos en Suiza. Ejerció como médico en varias clínicas psiquiátricas y fue profesor universitario y jefe clínico en clínicas psiquiátricas en Suiza. Luego trabajó como jefe del servicio de salud mental infantojuvenil de Ibiza y Formentera.

Desde 1995 hasta septiembre de 2012 fue asesor, docente y supervisor de la Asociación pitiusa de personas y familiares con enfermedad mental y de niños con autismo y otros trastornos del desarrollo, APFEM. Desde 1992 trabaja en consulta privada de psiquiatría y psicoterapia de niños, adolescentes y adultos. Actualmente es presidente de la Asociación para la docencia e investigación en salud mental de Ibiza y Formentera ADISAMEF, desde su creación en 2008. Es profesor del máster oficial universitario de Psicología y psicopatología perinatal e infantil realizado por ASMI, Asociación para la Salud Mental Infantil desde la gestación, filial española de la WAIMH, Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil, en colaboración con la Universidad de Valencia.

Es director científico y organizador de numerosas jornadas de formación, seminarios y congresos sobre salud mental y ha impartido numerosas conferencias dirigidas a profesionales del área sociosanitaria y educativa, así como charlas informativas dirigidas a padres y al público en general, con el objetivo

de divulgar y sensibilizar en temas de salud mental. Ha participado en programas de radio, televisión y artículos de prensa con la misma finalidad. Ha publicado también varios artículos en revistas especializadas. Ha colaborado en la planificación, creación y desarrollo de recursos de salud mental comunitarios, tanto públicos como privados.

Es miembro de varias asociaciones científicas, psicoterapeuta acreditado ante la FEAP (Federación española de asociaciones de psicoterapeutas), la SEPYPNA (Sociedad española de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente) y la AEPP (Asociación española psicoanalítica).

Es asesor científico de la editorial de psiquiatría.com, de la revista *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente* editado por SEPYPNA y de la editorial Octaedro.

ÍNDICE

Sumario 5

Agradecimientos 7

Prólogo 9

Introducción 17

Primera parte: Desarrollo del psiquismo temprano 21

El hijo en el deseo de los padres 23

La prevención antes del parto 28

El desarrollo prenatal del bebé: vida intrauterina 31

Padres-hijo durante el embarazo 34

La prevención después del parto 37

Transmisión psíquica inconsciente: transmisión
intergeneracional y transgeneracional 45

Vivencias traumáticas perinatales y su
transmisión inconsciente 48

Factores inespecíficos de riesgo interactivo patológico 57

Vínculo de apego: tipos de apego 59

Resiliencia psicológica y factores de resiliencia 64

El entorno cuidador del bebé 67

Crianza y educación en la primera infancia 83

El desarrollo postnatal del bebé 89

Las funciones parentales y el desarrollo del bebé	93
Las competencias precoces del bebé	102
Las interacciones tempranas entorno cuidador-bebé	106
Las proyecciones y las identificaciones	112
El origen del pensamiento en el bebé	116
La memoria temprana	119
La integración sensorial	121
La intersubjetividad	129
Acceso del niño al lenguaje verbal, a la lectura y a la escritura	137
Los cuentos de hadas y el desarrollo del psiquismo infantil	139
 Segunda parte: Desarrollo del autismo temprano	 145
 Autismo, intersubjetividad primaria y secundaria	 147
Trastornos del espectro autista y autismo	149
Evolución histórica del concepto de autismo	151
Autismo y Teoría de la Mente	153
Prevalencia de los trastornos del espectro autista	155
Hacia una comprensión integradora del autismo	161
Autismo: aspectos genéticos	164
Lo genéticoconstitucional y lo ambiental en el caso del autismo: mito y realidad	171
¿Qué es el autismo?	188
¿Cuál es la causa del autismo?	190
Autismo, empatía interactiva y desarrollo psíquico cerebral	192
¿Qué importantes funciones se encuentran tempranamente alteradas para dar lugar al desarrollo progresivo del funcionamiento autista?	195
¿Cómo se desarrolla el funcionamiento autista en el niño?	200
El proceso interactivo autizante	202
El proceso defensivo autístico	204

Tercera parte: Detección, diagnóstico y tratamiento del autismo temprano	211
Los factores de riesgo interactivo autistizante	213
Los signos de alarma en el bebé	219
La evolución del proceso autístico en el niño	233
El diagnóstico clínico	240
La intervención temprana, terapeuticoeducativa y rehabilitadora, en el trastorno autista	242
Resumiendo y concluyendo	259
Bibliografía	261
Sobre el autor	273

