

AUTISMO Y PSICOSOMÁTICA EN EL BEBÉ

– Juan Larbán –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de Niños,
Adolescentes y Adultos.
juan.larban@gmail.com
Ibiza



INTRODUCCIÓN

Según Ajuriaguerra, podemos definir la enfermedad o trastorno psicossomático como “una desorganización somática transitoria o permanente con un determinante psicológico, de naturaleza actual o regresiva que pone de manifiesto organizaciones psicológicas y biológicas precoces”. Vemos pues una vez más, al considerar la naturaleza regresiva del trastorno psicossomático, la importancia de las interacciones precoces del bebé con su entorno cuidador. Recordemos que el cuerpo del bebé ocupa un lugar totalmente central en el temprano desarrollo de su psiquismo en tanto que, como dice Golse (2004), “el cuerpo es la vía regia de acceso a los procesos de subjetivación, de simbolización, de semantización y de semiotización en la especie humana”.

VULNERABILIDAD SOMÁTICA

La noción de “vulnerabilidad somática” puede reemplazar a la de “psicosomática”. El concepto de vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De ahí que, cualquier enfermedad puede ser “psicosomática” o no serla, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto. La vulnerabilidad es un potencial y como tal se diferencia de la clásica noción de disposición determinista o que

alude a una suerte de tendencia definida, siendo en realidad más una probabilidad que puede cambiar de signo en determinadas circunstancias asociadas a nuevos vínculos intersubjetivos y/o nuevos ambientes facilitadores del desarrollo.

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DEL NIÑO (GENÉRICO EN ESTE TEXTO)

Algunas consideraciones sobre el hecho de que, en la balanza interactiva que decide 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 resiliencia o resistencia y recuperación del niño frente a las adversidades que la vida le depara, obstaculizando su desarrollo normal.

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 existente en la familia y entre el bebé y sus padres, etc.

Por otro lado, en esta balanza, también influyen 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

y de ejercer una función reparadora, el grado de apoyo social con el que cuentan los padres, el grado de satisfacción con la relación de pareja y calidad del apoyo que se brindan, etc. Todos ellos son factores que pueden mejorar el pronóstico evolutivo y aumentar el grado y capacidad de resiliencia o de resistencia del bebé, de los propios padres, de la familia y del entorno cuidador frente a las adversidades de la vida (Larbán, 2014, 2016).

BEBÉ Y ENTORNO CUIDADOR

El ser humano nace con cuatro necesidades bio-psicológicas básicas para su supervivencia y desarrollo que estarían al mismo nivel que la sexualidad. La satisfacción adecuada de estas necesidades por parte del entorno cuidador permite al niño el desarrollo de las capacidades correspondientes que le permiten el acceso a la constitución de su psiquismo temprano y a su devenir como sujeto.

Stern sitúa la intersubjetividad como sistema motivacional al mismo nivel que el apego y la sexualidad, jugando un papel importante para la supervivencia de la especie pues sino es así no sería un sistema motivacional.

Para la supervivencia de la especie humana no solamente es necesario el sistema motivacional de la sexualidad para la reproducción y perpetuación de la especie, sino que también lo es el apego. Sin vínculos de apego entre los miembros de un grupo, familia, tribu, etc. no hay pertenencia ni seguridad que una al grupo ante las amenazas ambientales (Bowlby, 1969). Por otra parte, la cohesión y la pertenencia grupal en un sentido identificativo no se pueden concebir sin la intersubjetividad que es lo que permite las identificaciones recíprocas que permiten al grupo vivir y convivir. Para que haya cooperación entre los miembros de un grupo, unos y otros tienen que poder saber lo que ocurre en la mente del otro

en un momento dado. Por otra parte, sin conciencia moral, sin la vergüenza, la culpabilidad, etc. no sería posible la supervivencia humana. Para tener emociones “morales” hace falta tener intersubjetividad porque hace falta ser capaz de verse con los ojos del otro. No se puede mantener la identidad de uno mismo sin la interacción con el otro. Sin el otro, el sí mismo no se forma y, si ya está constituido, se enajena, se diluye o se fragmenta.

El funcionamiento autista del niño tendría que ver con dificultades importantes en la integración de la sensorialidad, elemento fundamental para una adecuada percepción de la realidad, tanto interna como externa, así como de los estados emocionales del otro percibido como ser separado-diferenciado, que tienen como consecuencia los fallos básicos e invasivos en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad (experiencia subjetiva compartida con el otro).

Estas cuatro necesidades bio-psicológicas básicas del bebé serían:

1 – Necesidad de una vinculación adecuada con su entorno cuidador para asegurar su sano desarrollo

Dentro de esta necesidad de vinculación tiene una especial importancia para el bebé la necesidad de sentirse en un proceso de vinculación llamado seguro (Bowlby, 1998) con la persona significativa que le cuida y con la que se establece y desarrolla una interacción de dependencia, de pertenencia, seguridad y confianza mutuas, a través de la cual el bebé va regulando progresivamente el miedo y la curiosidad (Stern, 2005).

El apego seguro incrementa la resiliencia en el niño.

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 (Fonagy, 2004). Para que el vínculo de apego sea percibido como seguro por el bebé, es necesario que la disponibilidad y sensibilidad del cuidador permitan desarrollar en el niño un estado

emocional basado en la sensación de seguridad. 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.

2 - Necesidad de un espacio de desvinculación y de ensimismamiento, de repliegue sobre sí mismo, con la retirada relacional parcial y transitoria correspondiente

Necesidad psico-biológica de un espacio-tiempo “de soledad” a través del cual el bebé va consiguiendo la autorregulación psicósomática, la regulación de la interacción, la integración cuerpo-psyque y la integración de los estímulos tanto internos como externos. 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. 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).

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 psicósomática). 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”.

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 (transmodal) 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 psicósomática y la integración mente-cuerpo), así 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 que 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 tienen por objeto evitar el desbordamiento sensorial y facilitar la integración sensorial, lo que Meltzer llama el mantelamiento sensorial (término evolutivo contrapuesto al de desmantelamiento sensorial, de carácter anti-evolutivo -consistente en la desintegración o anti-integración sensorial como defensa activa del bebé frente a una experiencia repetitiva y duradera, no reparada, desagradable y no integrable sin la ayuda del otro, centrando su atención en la recepción del estímulo percibido a través de un solo canal sensorial y dissociándolo del resto, para evitar la interacción emocional con el otro) tanto si los estímulos percibidos son vividos como agradables o desagradables por el bebé.

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 treinta centímetros de rostro a rostro o de boca a 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, su atención en el rostro humano 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 diádica emocional con su cuidador) 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) y, además, que su ritmo interactivo (vinculación-desvinculación) sea compatible con el del bebé.

Dificultades de integración sensorial pueden manifestarse en niños mayores y en adultos -que no se han curado del todo de su funcionamiento autista, pero que han hecho una buena evolución- en momentos de una interacción emocional intensa o de un abrazo cariñoso o sexual con el otro.

"Desde siempre recuerdo que he odiado que me abrazaran. Aunque deseaba experimentar esa agradable sensación, me abrumaba 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" (Grandin, 2006).



Este texto entrecomillado está extraído del libro "Pensar con imágenes", de la autora 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 y diseñadora de mataderos para animales, 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.

"La necesidad de estar solo tiene fundamentos psicológicos y biológicos y es vital para el ser humano. Si la necesidad de un espacio de soledad y de un lugar de paz no existiese, el bebé, que tiene tan poca memoria del otro, no tendría ningún medio para tranquilizarse sea en el sueño o despierto. Tendría todo el tiempo la impresión de impotencia y estaría constantemente reclamando al cuidador. En lugar de eso, la naturaleza nos ha hecho capaces a la vez de tejer vínculos sociales y de estar solos. El amplio tiempo de sueño sin interrupción que necesitan los bebés, y que queda como necesario a lo largo de la vida, constituye una protección natural de la necesidad de soledad. Incluso en momentos de vigilia, la necesidad de desvinculación del bebé es evidente" (Buchholz y Helbraum, 2000).

La interacción que no facilita, no permite, el acceso del bebé a la capacidad de ensimismamiento -con la importancia que ésta tiene para regular el flujo de estímulos e integrarlos, además de conseguir a través de ella el equilibrio psicósomático y la unión mente-cuerpo- sería un factor de riesgo específico de posible evolución hacia un funcionamiento autista, riesgo compartido con la evolución hacia las manifestaciones psicósomáticas

precozes del bebé. Esta capacidad de ensimismamiento del bebé permite, además de la autorregulación, la regulación de la interacción con el otro.

Vemos que la necesidad de ensimismamiento, de un espacio-tiempo de soledad, de retirada parcial y transitoria de la interacción con el otro, es tan importante en el ser humano como la de una vinculación adecuada con el otro. La capacidad de ensoñación, de ensimismamiento, de elaboración y de integración, protege al niño y al adulto del desplazamiento hacia el cuerpo de las situaciones de tensión y conflicto, así como de los trastornos psicósomáticos que también se desarrollan por falta de esta capacidad de autorregulación psicósomática (vulnerabilidad).

La constitución de una matriz, de un continente psíquico que supone para el bebé la presencia de ese tiempo-espacio de soledad y su utilización creativa, es un proceso necesario para conseguir la autorregulación psicósomática y la integración de lo psíquico con lo corporal. Es, también, un espacio necesario para la integración de los estímulos sensoriales que recibe y percibe, a través de canales sensoriales diferentes, tanto de su cuerpo y mundo interno como del exterior. Este espacio-tiempo de ensimismamiento, de soledad, es para el bebé un elemento importante para conseguir la constitución de un continente corporal y psíquico (psicósomático). En él tienen cabida progresivamente las sensaciones, las emociones y consecutivos pensamientos que las acompañan, el contexto en el que son vividas, las actitudes y su intencionalidad, la huella de las experiencias vividas y compartidas, así como las representaciones de los objetos y su relación con ellos y en su contexto; todo ello es fundamental para la creación y adecuado desarrollo de su psiquismo temprano (Larbán, 2010).

Según los mecanismos de defensa empleados por el bebé, podemos asistir desde las primeras semanas de su vida al nacimiento de un proceso evolutivo en el que pueden ir surgiendo los trastornos de naturaleza psicósomática, proceso somatizante, y/o los trastornos de naturaleza autística, proceso autistizante (Palau, 2010).

3 - Necesidad de intersubjetividad

El factor de riesgo más específico de una posible evolución hacia un funcionamiento defensivo-autístico sería la interacción que no facilita o no le permite al bebé el acceso a la intersubjetividad, que podríamos definir como la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro, tanto en el plano intencional o motivacional, como en el emocional y cognitivo, además de hacerlo también con el movimiento y la sensación de movimiento (Stern, 1991). La intersubjetividad regula la intimidad interpersonal (entre personas).

La empatía o, más concretamente, la comprensión del otro y la comunicación con el otro, serían tanto el origen como la consecuencia del acceso humano a la intersubjetividad, es decir, a la comunicación intersubjetiva, así como a la propia subjetividad.

La intersubjetividad puede ser considerada como un sistema motivacional como lo es el vínculo de apego. Tiene fundamentos psico-biológicos (neuronas espejo, osciladores adaptativos), mientras que la psicología del desarrollo pone de relieve los fundamentos psicológicos.

El grado de empatía que tiene y desarrolla un sujeto determinado no es constante y depende, además, de la personalidad e historia del sujeto. La persona sana tiene en mayor o menor grado esa capacidad de empatía.

Déficits de empatía, sobre todo emocional más que cognitiva, así como de intersubjetividad se dan también en otros trastornos psiquiátricos de base narcisista como ocurre con las personalidades psicósomáticas, las personalidades límite o fronterizas y las psicopáticas o caracteriales, también llamadas disociales o antisociales.

La intersubjetividad y, como consecuencia de ella, la empatía, se activan y desactivan en función de la intencionalidad de uno mismo y del otro, así como de la investidura del objeto de atención y del contexto. La desactivación de la intersubjetividad, que hoy día se sabe tiene también una base neuronal, sirve para poner límites a la empatía evitando así verse desbordado, inundado por el otro y confundido con él.

La psicoterapia es, en gran parte, un mecanismo de regulación del campo intersubjetivo entre paciente y psicoterapeuta (Stern, 2005).

Las interacciones entorno cuidador-bebé, facilitadoras del acceso a la intersubjetividad y potenciadoras de su desarrollo en el bebé, aumentarán su resiliencia y lo alejarán de una situación de riesgo evolutivo hacia un posible funcionamiento autista. La falta de acceso a la intersubjetividad hace que los niños con funcionamiento autista no puedan prestar atención a lo que pasa en la mente del otro y actúan como si imaginasen que el otro no pudiese tener la misma experiencia que él y, por eso, lo tratan como a un objeto físico.

Del mismo modo, las interacciones entorno cuidador-bebé que dificultan el proceso de relación intersubjetiva, sea por dificultades que tienen que ver con la actitud, con la expresión, con la comunicación de sensaciones y emociones y su intencionalidad o por la incapacidad de establecer una comunicación empática adecuada con el bebé (ni por exceso, ni por defecto), pueden favorecer, aumentar y potenciar los factores y situaciones de riesgo en cuanto a la posibilidad del desarrollo de un proceso defensivo-autístico en el niño.

El desarrollo de la capacidad de intersubjetividad está en la base del aprendizaje humano, del acceso al simbolismo y del lenguaje verbal; depende de la capacidad de identificación empática del cuidador con su bebé, de ponerse en su lugar, “como si” estuviese en su interior, pero de forma parcial y transitoria para no confundirse con él. Proceso interactivo que, a su vez, facilita el desarrollo progresivo de dicha capacidad en el bebé, facilitándole la relación intersubjetiva con el otro y, entre otros progresos del bebé, la aparición de la sonrisa intencional o social que hoy día se sabe que aparece en el bebé que se desarrolla normalmente a partir de las 4 semanas de vida y no de los tres meses, como se pensaba antes.

En la medida que el cuidador de referencia es capaz de ponerse en el lugar del bebé, de identificarse con él de forma parcial y transitoria, sin confundirse con él, le está permitiendo al bebé no

solamente sentirse comprendido en sus necesidades, sino también sentirse reconocido en sus peculiaridades como sujeto. Se podría decir que esta experiencia compartida de “vivir virtualmente” lo que vive el otro está en la base de la empatía.

Podríamos decir que la empatía es la capacidad de una persona para vivenciar la forma en que siente otra persona y compartir sus sentimientos “como si” fuesen propios. El “como si” que hemos puesto entre comillas es lo que hace que no nos confundamos con el otro. La empatía o comunicación empática ya se puede medir mediante técnicas de neuroimagen y de espectrometría, permitiendo ver el impacto de las emociones en el cerebro y cómo las emociones expresadas por un individuo en interacción con otro afectan a quien escucha.

Para la construcción de la imagen de sí mismo con la correspondiente integración de su esquema corporal, proceso necesario para constituirse como sujeto, el bebé necesita verse y reconocerse a través de la actitud y de la mirada empática del otro que le cuida sin confundirse permanentemente con él y, posteriormente, de forma progresiva, también ante el espejo (6-18 meses). Comprenderemos el obstáculo importante que supone para el desarrollo de esta función en el niño, básica también para lograr acceder a la experiencia subjetiva compartida, la evitación de la comunicación y, sobre todo, la evitación y rechazo de la mirada en la interacción con el otro.

DESARROLLO DE LA INTERSUBJETIVIDAD

El bebé es capaz, desde los treinta minutos de vida, de un gesto de imitación -que no es reflejo-, tal como la protrusión de la lengua en la interacción con el otro (Meltzof y Moore, 1977). En las primeras semanas de vida es capaz de imitar movimientos del rostro y sonidos. Desde los primeros momentos de su vida, el bebé puede reaccionar ante los momentos de displacer, dolor y sufrimiento con conductas de descarga emocional (gritos, llanto), pero también con actitudes y conductas de evitación, de oposición y de rechazo. Sería, para él, su forma de decir “no”.

A partir de las 4-6 semanas, puede empezar a interactuar con el otro con intencionalidad -que no es mera imitación- y dentro de los comienzos de una relación intersubjetiva a través de la sonrisa intencional o social. Desde los dos meses, es capaz de sincronizarse con los movimientos y posturas de la madre. Se supone con ello que va desarrollando la capacidad de sentir dónde está el otro, su posición en el espacio, así como intuir en qué dirección va orientado el movimiento del otro. Ocurre lo mismo en cuanto a sincronización con las primeras vocalizaciones, ya que requiere por parte del bebé cierto grado de capacidad de anticipación intuyendo lo que el otro va a hacer y cuándo lo va a hacer.

Desde su nacimiento, el bebé es capaz de discriminar el contacto físico y verbal con su madre del contacto y relación con otras personas de su entorno, incluida la relación con el padre. Esa capacidad de discriminación y diferenciación progresiva va asociada con el desarrollo de la vinculación de apego y la capacidad de ensimismamiento, así como del grado de resiliencia en el bebé.

Hacia los 5-6 meses, se hace cada vez más manifiesto el grado de apego seguro que tiene el bebé con su cuidador principal y de referencia, mostrando inquietud e inseguridad cuando se le separa de él. Hacia los 7-9 meses, ya es manifiesta, cuando todo va bien, la llamada angustia del extraño que es la reacción angustiosa de temor ante el extraño que quiere cogerlo en brazos; reacción del bebé ante la pérdida del objeto de su seguridad y cuidados al separarse de él.

Hacia los siete meses, comienza el bebé a hacer señalamientos. El señalamiento no significa solamente que el bebé quiere el objeto que señala. Expresa también el deseo de compartir lo que ve con la madre; es por eso que la mira cuando señala un objeto (señalamiento protodeclarativo). El niño con riesgo de funcionamiento autista puede hacer señalamientos para llamar la atención del adulto cuidador indicando lo que quiere o necesita, pero le es más difícil hacerlo para compartir lo que ve con el otro. Este paso evolutivo de un tipo de señalamiento a otro marca frecuentemente el paso

de la intersubjetividad primaria (diádica y dialógica) a la intersubjetividad secundaria (triádica y con triangulación relacional con el otro y con lo otro que no soy yo ni nosotros). Es un indicador muy importante del progreso del niño con riesgo de funcionamiento autista y de su evolución hacia un desarrollo normal.

La persona que ejerce la función materna también comparte con el bebé las experiencias emocionales internas. Cuando el bebé se cae, por ejemplo, reaccionará, si no se ha hecho daño, con risa o llanto: su reacción emocional estará expresada en función de la reacción emocional de la madre que él capta al mirarla. El bebé mira el rostro de la madre para saber lo que ella piensa de la situación y cuál es su estado afectivo para regular el suyo propio. Hacia los nueve meses, las intenciones del otro cobran gran importancia para el bebé. Detectar las intenciones de los otros es una de nuestras importantes tareas cotidianas en nuestras relaciones familiares y sociales. Al mismo tiempo y en espejo, también detectamos las intenciones propias.

Al año de vida, se ha demostrado -a través de una experiencia consistente en la introducción de un objeto en un vaso (Meltzoff, 1995; Rochat, 1999)- la capacidad que tiene el bebé para detectar las intenciones del otro y no solamente la de imitar los movimientos del otro. El experimentador toma un objeto y, en lugar de meterlo en el vaso, lo deja caer justo al lado. Vuelve a hacerlo y "falla" de nuevo en la introducción del objeto en el vaso. El niño, que no había visto nunca meter el objeto en el vaso, sale y vuelve al día siguiente. Se le da el vaso y el objeto y mete el objeto en el vaso. El niño no ha visto nunca antes este acto, pero ha tenido la intuición de la intención del otro y era este elemento el que era primordial para él. Ha captado la intención del otro y es eso lo que ha privilegiado como elección y lo que ha repetido en lugar del acto de dejar caer el objeto. En una experiencia parecida, el experimentador no logra levantar un peso y al día siguiente el niño realiza el acto que el experimentador no había conseguido hacer. Los investigadores han introducido en el experimento un elemento de con-

trol, un robot en lugar del experimentador. El niño había imitado la intención y no el acto del experimentador, cosa que no hace con el robot ya que, para él, un robot no tiene intenciones.

Entre los dos y cuatro años, el niño, con sus iguales, realiza juegos de trampas, engaños, etc. que suponen el desarrollo en el niño de la capacidad de saber lo que el otro va a pensar y anticipar así el resultado de su trampa o mentira. Vemos, pues, que la intersubjetividad supone la capacidad de estimar, evaluar y anticipar la experiencia y respuesta del otro. Además, los niños de tres a cuatro años ya hablan entre ellos de sus estados internos.

INTERSUBJETIVIDAD PRIMARIA Y SECUNDARIA

El concepto de "intersubjetividad" (Trevarthen, 1982) 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, por la cara, 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 ella 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.

Hallazgos recientes basados en la neuro-bio-psicología del apego, la regulación afectiva del niño y el psicoanálisis convergen en la influencia del exterior sobre la estructuración psicológica del sujeto y la importancia de carencias en el mismo durante la infancia. El mundo psíquico del niño evoluciona 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 (relación triádica), des-

de el segundo semestre. El cuidador de referencia para el bebé, lo repetimos una vez más, constituye un soporte básico del sentimiento de seguridad, imprescindible para un buen apego, en la medida que va reconociendo el estado del niño y sus necesidades evolutivas.

En el estadio inicial de su vida y desarrollo, el bebé no puede reconocer sus estados emocionales y aprende observando las manifestaciones de afecto de la “madre”, asociadas a situaciones y a conductas vividas en la interacción con ella.

En la evolución del niño sano, en el primer semestre de vida y en la interacción con el otro, las interacciones que predominan son las dialógicas, contingentes y sincrónicas que van dejando cada vez más espacio para interacciones recíprocas (segundo semestre) donde hay alguien que da junto con alguien que recibe.

En la etapa evolutiva de 6-12 meses, el niño sano disminuye considerablemente su necesidad de repliegue y ensimismamiento para vincularse con iniciativa propia y de forma cada vez más activa e intensa con su entorno formado por objetos y por personas. El niño con riesgo de funcionamiento autista, por el contrario, acentúa y aumenta sus conductas de rechazo y evitación del vínculo (relación y comunicación) con su entorno cuidador y, en especial, con las personas más que con los objetos.

La “intersubjetividad primaria” se activa muy pronto después del nacimiento, desarrollándose durante el primer semestre de vida e instaurándose el juego “protoconversacional” entre el bebé y su cuidador (Bateson, 1979). Este último término comprende tanto la sutil búsqueda de respuesta del infante como la aceptación por parte de los progenitores o cuidadores de que el bebé está tratando de expresar algún tipo de mensaje.

Los primitivos mecanismos de aprendizaje subyacentes son, en el primer semestre, los de detección de relaciones de contingencia. La madre, a través de una identificación empática (parcial y transitoria) con el estado emocional de su bebé, produce un reflejo externo del mismo, contingente (dependiente, 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 éste.

Debido al “marcaje”, el bebé no atribuye al adulto la emoción percibida (“desacoplamiento referencial”). 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 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 (Bernardi y Goldstein, 2007).

Posteriormente, desde el segundo semestre de vida, se desarrolla una “intersubjetividad secundaria” tendente a

desarrollar una capacidad de compartir propósitos de acción con el otro, desarrollando una verbalizable “Teoría de la Mente”. 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 (Trevvarthen, 1998).

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 Trevvarthen, una de las expresiones más importantes de la intersubjetividad secundaria, o concienciación persona-persona-objeto, y esto tiene consecuencias significativas en cómo los adultos se comportan y hablan al niño (Trevvarthen y Hubley, 1978; Hubley y Trevvarthen, 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.

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. 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).

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, permiten 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.

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 que Muratori llama "maternaje verbal", del tipo "lenguaje-niño-directo", a diferencia del "lenguaje-adulto-directo", 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.

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 las grandes "performances" posibles del ser humano (Aiken y Trevarthen, 1997).

La técnica de la doble grabación de vídeo (expresión del bebé y de la madre) les ha permitido a estos investigadores registrar claramente las delicadas y veloces variantes en las expresiones de la diáda, 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 las 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. Los órganos expresivos en conjunto elaboran estados sincrónicos y alternantes, basados en variantes "cinemáticas", "fisiognómicas" y "energéticas". 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 pre-verbal"). 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).

4 - Necesidad de resiliencia

Kotliarenco y colaboradores (Kotliarenco et al., 1997) plantean que el vocablo resiliencia tiene su origen en la palabra latina *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Esta significación haría alusión a la regresión que acompaña las situaciones traumáticas en el ser humano. Puede ser una regresión -vuelta atrás o retroceso- para, desde ahí, saltar hacia adelante, avanzar o, también, puede ser una regresión llamada "maligna" que hace que la persona en las situaciones mencionadas se quede sin recursos y atrapado en ella.

El término fue adaptado por Rutter (1986) 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.

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2003) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de treinta años con una cohorte de 698 niños, nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Al cabo de esos treinta años, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982, 1992). Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux, 2001). Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento

y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño traumatizado, “herido”, no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

Se podría definir la resiliencia 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.

Se ha definido la resiliencia como “un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural”.

De este modo, la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo (Rutter, 1993) entre éstos y su medio.

La resiliencia podría verse como la capacidad de resistencia y recuperación que permite al individuo desarrollarse de forma sana, afrontando sin enfermar situaciones tales como las traumáticas y estresantes, así como las crisis psicológicas y vitales, tanto las evolutivas como las circunstanciales.

La capacidad de resiliencia es la que incrementa los factores de protección de la salud mental del niño, incluso en circunstancias desfavorables para su adecuado desarrollo. En el desarrollo de dicha capacidad de resiliencia intervienen tanto factores constitucionales (psicobiológicos) como ambientales (psicosociales) (Cyrułnik y Seron, 2004).

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 (Cyrułnik, 2001). La resiliencia nunca es absoluta, total y lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux et al., 2001).

Una de las cuestiones que más interés despierta en torno a la resiliencia es la determinación de los factores que la promueven, aunque este aspecto ha sido escasamente investigado (Bonanno, 2004). Se han propuesto algunas características de personalidad y del entorno que favorecerían las respuestas resilientes tales como la seguridad en uno mismo, la propia capacidad de afrontamiento, el apoyo social, tener un propósito significativo en la vida, creer que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor, creer que se puede aprender de las experiencias positivas y también de las negativas, etc. También se ha propuesto que el sesgo positivo en la percepción de uno mismo (self-enhancement) puede ser adaptativo y promover un mejor ajuste ante la adversidad (Werner y Smith, 1992; Bonanno, 2004). Un estudio realizado con población civil bosnia que vivió la Guerra de los Balcanes mostró que aquellas personas que tenían esta tendencia hacia el sesgo positivo presentaban un mejor ajuste que aquellas que no contaban con dicha característica (Bonanno, Field, Kovacevic y Kaltman, 2002).

En estudios con niños, uno de los factores que más evidencia empírica acumula en su relación con la resiliencia es la presencia de padres o cuidadores competentes (Richard y Martínez, 1993; Manciaux et al., 2001).

Posiblemente, la resiliencia en cuanto a realidad humana sea tan antigua como la propia humanidad; sin embargo, el in-

terés científico por ella es mucho más reciente. Aparecen entonces dos elementos básicos de la resiliencia: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión; dicho en otras palabras, la superación de las crisis, el dolor, la muerte, la pobreza, como situaciones límite ante las cuales se resiste el ser humano, como luchador innato y superviviente de la esperanza. El otro elemento lo constituye la capacidad de construir o reconstruir su propia vida, a pesar de las circunstancias difíciles. La capacidad de resiliencia sería otro sistema motivacional que regula la resistencia de la persona ante la adversidad y las situaciones traumáticas, además de regular la capacidad para recuperarse de los efectos negativos o traumáticos de la experiencia y de la huella dejada en él por la experiencia vivida.

Estos cuatro sistemas de funcionamiento psíquico basados en las necesidades biopsicológicas del bebé, aunque separados uno de otro, son necesarios para la supervivencia del ser humano.

Tanto la necesidad del vínculo de apego seguro como la de intersubjetividad, así como la necesidad de soledad y la de resiliencia son sistemas motivacionales con base neurofisiológica y psicobiológica que pueden activarse y desactivarse teniendo, además, como ya hemos visto, una función reguladora.

La motivación humana puede ser contemplada desde una perspectiva evolucionista mediante los sistemas motivacionales que guían la conducta humana hacia la consecución de un objetivo determinado (alimentación, cuidado de la prole, defensa del territorio, etc.) en función de la interacción con el medio ambiente.

FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS E INESPECÍFICOS

Todas estas capacidades y funciones, que se desarrollan en el bebé a partir de una necesidad biopsicológica básica cuya adecuada satisfacción depende de la persona que le cuida, están profundamente alteradas e incluso frecuentemente ausentes en los casos más graves en que el niño desarrolla un funcionamiento o proceso defensivo de tipo psicótico y autístico. Sin embargo, presentes de forma

durable en el bebé sano, incrementan y potencian sus competencias y su desarrollo psíquico a la vez que aumentan su resiliencia y su salud mental.

Las dificultades repetidas y durables del entorno cuidador para facilitar el desarrollo adecuado en el bebé de estas funciones básicas y esenciales en un momento crucial de su evolución, momento necesario para construir determinadas funciones esenciales tanto para su desarrollo psíquico como psicossomático, pueden colocar a éste en la necesidad de protegerse de forma defensiva tanto de la ausencia del aporte de estímulos, refugiándose entonces en la auto-sensorialidad y el sueño, como del exceso de estímulos intrusivos y de persecución, que obligan al bebé a desconectar y aislarse, así como a ausentarse de la relación y comunicación con el otro, en lugar de ensimismarse momentáneamente para luego volver de nuevo a la interacción como hace el niño con un desarrollo sano.

Lo que en psicoanálisis se llama “barrera paraexcitación” estaría profundamente alterada en los niños que desarrollan un funcionamiento defensivo autístico. Dicha barrera protectora y filtradora de estímulos, tanto internos como externos, sería como una piel psíquica porosa, yo-piel (Anzieu, 1994) o una envoltura psíquica (Houzel, 2005) que, en condiciones normales y gracias al filtrado inicial de estímulos proveniente de la persona que ejerce la función materna, se iría formando progresivamente en el bebé. Constituiría el continente psicossomático precoz, piel física y yo-piel o “piel psíquica” (0 a 6 meses), que va permitiendo al bebé constituirse como sujeto separado del otro y llenarse progresivamente del contenido, consciente e inconsciente, corporal y psíquico, de la experiencia compartida con el otro que, una vez interiorizada e integrada, pasa a formar parte de la experiencia y mundo interno propios del bebé.

La vinculación de apego inseguro, incrementando los miedos e inseguridades a costa de la curiosidad natural y espontánea del bebé, aunque no es específica de una posible desviación hacia un funcionamiento autista, sí podría serlo de una serie de vulnerabilidades y posibles



desviaciones psicopatológicas que podrían facilitarlos.

La combinación del apego inseguro con la dificultad duradera para desarrollar la capacidad de ensimismamiento, que sería como la “llave de paso” hacia la patología psicossomática precoz, podría ser también la llave de paso hacia el funcionamiento autista precoz en el bebé, ya que potenciaría y agravaría la dificultad de compartir la experiencia vivida con el otro. La imposibilidad duradera de acceder a la intersubjetividad sí que sería un factor de riesgo más específico de una posible evolución hacia un funcionamiento autista en el niño.

VULNERACIÓN INTERACTIVA; PSICOSOMÁTICA Y AUTÍSTICA

Vulneración quiere decir acción de vulnerar o ser vulnerado. El término vulnerar proviene del latín “vulnerare” que significa herir, causar daño o perjuicio a alguien o a algo, infringir una ley o disposición.

En el caso que nos ocupa, nos referi-

mos a la vulneración de la resiliencia y de las expectativas del bebé en cuanto a sus necesidades evolutivas por parte del cuidador, situación que puede tener como consecuencia la aparición de trastornos psicossomáticos y autísticos. Si el bebé se ve privado de este espacio de ensimismamiento por un exceso de vinculación, de presencia y de intrusión por parte de la persona que ejerce la función materna o por los cuidados de una persona que no es sensible ni receptiva a esta necesidad (falta de empatía emocional y cognitiva) o por un cuidador desconectado emocionalmente de la interacción con él (empatía cognitiva pero no emocional) éste va a tener que ensimismarse, replegándose sobre sí mismo, aislándose del exterior (trastorno autista por falta de empatía emocional y cognitiva) o ensimismarse, desconectando emocionalmente de la interacción con el otro en el caso de un trastorno psicossomático (falta de empatía emocional, pero no cognitiva) construyendo así los esbozos de lo que puede

llegar a ser la barrera defensiva psicossomática o autista que evite la interacción emocional con el otro, en el primer caso, y la comunicación y la relación con el otro, en el segundo caso.

En ambos casos, el bebé se protege como puede del efecto caótico y desorganizador que tiene el entorno sobre él. Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional y dolor psíquico vividos con una desconexión emocional, pero sin evitar la interacción con el entorno cuidador, nos encontramos entonces con una situación de riesgo de posible evolución hacia los trastornos psicossomáticos precoces en el bebé. Cuando el bebé se protege utilizando como defensa la evitación y el rechazo de la interacción, tanto a través de la mirada como a través de las dificultades que este presenta para ser calmado, o las dificultades que presenta para atraer su atención así como para lograr un buen ajuste corporal y tónico-postural en el regazo materno, cuando tiene tendencia a refugiarse en el sueño y se duerme en momentos tales como después del amantamiento -momentos en los que los bebés suelen estar muy atentos y presentes en la interacción con la madre-, entonces, estamos ante un posible riesgo de inicio de un proceso defensivo-autístico en el niño.

FACTOR ESPECÍFICO DE VULNERABILIDAD PSICOSOMÁTICA

Y FACTOR ESPECÍFICO DE RIESGO AUTÍSTICO
El término "vulnerabilidad" proviene del latín "vulnus", que significa herida y, en su uso amplio, alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado. En tanto que noción general, es un término usado como tendencia a padecer o como factor de riesgo. El funcionamiento psíquico de riesgo o de vulnerabilidad psicossomática podría ser entendido como un déficit simbólico producto de una no correspondencia entre las posibilidades reales del niño y la consistencia o adecuación de los cuidados prestados por el entorno cuidador, así como los intercambios que éste proporciona en el proceso del desarrollo evolutivo normal. Desde esta perspectiva, los trastornos psicossomáticos del bebé, tales como vómitos, diarreas, así

como reacciones anoréxicas, etc., de origen psicógeno, podrían ser considerados como equivalentes somáticos de los mecanismos de defensa autísticos en el sentido de proteger al bebé de un exceso de estímulos no filtrados ni elaborados en la interacción con él por parte del entorno cuidador. A través de la reacción anoréxica, el bebé se protegería de la incorporación-interiorización de esos estímulos. También se protegería de ellos poniendo en marcha mecanismos de evacuación o de expulsión como serían las diarreas y los vómitos.

A diferencia del bebé que evoluciona hacia un funcionamiento o proceso defensivo-autístico, el bebé con trastornos psicossomáticos no tiene conductas de evitación de la comunicación y relación a través de la mirada; es un bebé que te mira pero lo hace con la mirada ausente. Su mecanismo de defensa es la desconexión emocional en la interacción con el otro. Sin cambio en su modo de funcionamiento y en sus defensas, el bebé logra estructurar y estructurarse en un continente a la vez corporal y psíquico (psicossomático), pero al precio de hacerlo con un vacío de contenido afectivo. El bebé con trastornos psicossomáticos precoces, duraderos y graves, logra acceder a una experiencia parcial de intersubjetividad o de relación intersubjetiva en la que falta la capacidad de compartir la experiencia emocional -en este caso no-vivida- con el otro. En su mundo interno tienen cabida las representaciones mentales del objeto-sujeto relacional que atrae su atención, pero de forma dissociada o separada de los afectos que las acompañan.

En los casos de traumatismo perinatal vivido por la madre como tal y con efecto traumatógeno para el bebé, el hijo se defiende del malestar, dolor emocional y sufrimiento psíquico que la situación interactiva genera en él mediante los mecanismos de defensa primitivos de que dispone, originándose en él, y teniendo como fuente sus defensas, los trastornos psicossomáticos y autísticos (Palau, 2009 a, 2009 b). Tienen los mismos efectos sobre el bebé los microtraumatismos repetitivos y acumulativos. Es mérito de Masud Khan (1980) el haber introducido

la noción acumulativa del trauma y diluir el concepto de trauma puntual. Khan introduce la cronicidad de las sucesiones prospectivas y retrospectivas de confirmación y rectificación de la vivencia sobre los acontecimientos y sobre sus efectos. Esta noción de repetición permite comprender que no es suficiente con una única situación traumática, así como no siempre son éstas evidentes sino silenciosas e imperceptibles, sucediéndose en formas diversas y en una espiral que las une.

El concepto de microtraumatismo o traumatismo acumulativo y repetitivo es especialmente útil para comprender el efecto traumático y traumatógeno que tienen para la madre y su bebé los desencuentros repetitivos, dolorosos y frustrantes, no reparados, vividos en la interacción entre ambos.

Clínicamente, en niños mayores y en adultos con vulnerabilidad somática se observa en su funcionamiento psíquico lo siguiente: una dificultad para enfrentarse a situaciones estresantes, una baja tolerancia al desamparo o a las pérdidas significativas, una significativa presencia de comportamientos de riesgo, una gran pobreza de recursos mentales, automatismos repetitivos, una distancia afectiva y carencia representacional.

Podríamos incluir aquí lo que clásicamente se ha definido en medicina psicossomática como funcionamiento psíquico alexitímico en las personas con vulnerabilidad somática para darnos cuenta de lo importante que es la ayuda prestada al bebé y sus padres para que los trastornos psicossomáticos precoces no se cronifiquen y pasen a formar parte de su personalidad.

ALEXITIMIA

La alexitimia sería la incapacidad para identificar y expresar emociones. Se podría definir como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar lo que sienten, entenderlo o describirlo.

Origen del término alexitimia

Durante la década de los cincuenta y sesenta del siglo pasado, los psiquiatras Pe-

ter E. Sifneos y John C. Nemiah, del Beth Israel Hospital, en Harvard, vieron que una gran cantidad de pacientes con trastornos psicossomáticos tenía muchas dificultades para hablar de sus emociones. Además, adquirirían una postura rígida, se centraban en los detalles funcionales y no usaban la fantasía. En 1972, Sifneos acuñó el término alexitimia para designar estas características.

Características de la alexitimia

1. Dificultad para identificar emociones y sentimientos. Estas personas tienen problemas para diferenciar una emoción de otra. Por ejemplo, no saben con seguridad si lo que sienten es miedo o ira. Esta incapacidad no se da sólo respecto a los propios sentimientos, sino que también tienen dificultades para identificar las emociones en los demás (en sus voces, expresiones faciales, posturas).

2. Dificultad para describir emociones y sentimientos. Les resulta imposible describir lo que sienten y describir a otras personas todo lo referente al ámbito subjetivo y de los afectos.

3. Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales que acompañan a la activación emocional. Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardíaco, etc. Los alexitímicos atribuyen estas manifestaciones fisiológicas a síntomas vagos o los confunden con la emoción misma. Cuando siente emociones intensas, esta persona describe simplemente un malestar físico de un modo impreciso.

4. Reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico. Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma de hablar es monótona, parca y sin matices afectivos. Apenas gesticulan ni introducen cambios en el tono de voz, se sientan de forma rígida y su semblante es inexpresivo.

5. Preocupación por los detalles y acontecimientos externos. En su lenguaje apenas existen referencias abstractas y simbólicas, sino que se limitan a describir detalles concretos, sin un marcado tono afectivo.

CONCLUSIONES

Si queremos evitar que los trastornos precoces de naturaleza psicossomática y/o autística del bebé se instalen en su psiquismo temprano en formación, cronificándose, tenemos que conseguir que se detecten y traten adecuadamente antes de los tres años de vida que es cuando, interiorizados y formando parte de su mundo interno, van estructurando su personalidad, con las dificultades que ello implica entonces para revertir dichos procesos que tendríamos que tratar como secuelas a medida que el niño se va haciendo mayor (Larbán, 2008) ●

BIBLIOGRAFÍA

Aiken, K., y Trevarthen, C. (1997): Self/other organization in human psychological Development. *Development and psychopathology*, 9, 653-677.

Anzieu, D. (1994). *El yo piel*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza. Una unidad necesaria*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu editores.

Bateson, M. C. (1979). The epigenesis of conversational interaction: a personal account of research and development. En M. Bullowa. (Editor), *Before speech: the beginnings of human communication* (p. 63-77). London: Cambridge University Press.

Bernardi, R., y Goldstein, S. (2007). La relación terapéutica vista desde el campo de la psicoterapia y desde las neurociencias. En VII Congreso de la FUPSI, *Federación Uruguaya de Psicoterapia*.

Bonanno, G.A., Field, N.P., Kovacevic, A., y Kaltman, S. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 184-196.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59, 20-28.

Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte, Vol 1, L'attachement*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.

Buchholz, Es., y Helbraum, El. (2000). Un modèle développemental et psychobiologique du besoin de «temps de solitude» chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, 43 (1), 286-307.

Cyrułnik, B., y Seront, C. (2004). *La résilience ou comment renaître de sa souffrance*. Paris: Ediciones Fabert, collection «Penser le monde de l'enfant».

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Espaxs.

Golse, B. (2004). *Du corps à la pensée*. Paris: Presses Universitaires de France – PUF.

Grandin, T. (2006). *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona: Editorial Alba.

Hubley, P., y Trevarthen, C. (1979). Sharing a task in infancy. En C. Uzgiris. (Editor), *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, 4 (p. 57-80). San Francisco: Jossey-Bass.

Houzel, D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: Editions In Press.

Khan, M. (1980). El concepto de trauma acumulativo. En M. Masud, y R. Khan (Editores), *La intimidación del si-mismo* (p. 47-66). Madrid: Editorial Saltés. (Orig. 1963).

Kotliarenco, M. A., Càceres, I., y Fontcilla, M. (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.

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, 63-152.

Larbán, J. (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicossomática*, 75, 35-67.

- Larbán, J.** (2014). *Vivir con el autismo: una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Larbán, J.** (2016). *Vivre avec l'autisme. Une expérience relationnelle. Guide á l'usage des soignants*. Paris: Éditions Érès.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., et al.** (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux. (coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).
- Meltzoff, A. N., y Moore, M.K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff, A.N.** (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by eighteen month-old children. *Developmental Psychology*, 3, 838-850.
- Palau, P.** (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, 39-70.
- Palau, P.** (2009a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.
- Palau, P.** (2009b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60.
- Richters, J.E., y Martínez, P.E.** (1993). Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Rochat, P. (Editor).** (1999). *Early social cognition*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rutter, M.** (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M.** (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Stern, D.** (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Stern, D.** (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychothérapies*, 25 (4), 215-222.
- Trevarthen, C., y Hubley P.** (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. En J. Lock. (Editor), *Action, Gesture and Symbol* (p. 183-229). London: Academic Press.
- Trevarthen, C.** (1982). The primary motives for cooperative understanding. En G. Butterworth, y P. Light. (Editores), *Social cognition: Studies of development of understanding* (p. 34-53). Brighton: Harvester Press.
- Trevarthen, C.** (1993). The function of emotions in early infant communication and development. En J. Nadel, y L. Camaioni. (Editores), *New perspectives in early communicative development* (p. 48-81). London: Routledge.
- Trevarthen, C.** (1999). Intersubjectivity. En R. Wilson, y F. Keil. (Editores), *The encyclopedia of cognitive sciences* (p. 413-416). Cambridge MA: MIT Press.
- Vanistendael, S.** (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux. (Editor), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).
- Werner, E.E., y Smith, R.S.** (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E., y Smith, R.S.** (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.