

# AUTISMO TEMPRANO

– Juan Larbán Vera –

**Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. (Ibiza)**  
[juan.larban@gmail.com](mailto:juan.larban@gmail.com)



## INTRODUCCIÓN

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, genérico en este texto (Acquarone, S., 2006; Houzel, D., 1993; Larbán, J., 2008; Maestro, S., Muratori, F. et al., 2001, 2002, 2005; Muratori, F., 2008, 2009, 2012; Palau, P., 2010; Palomo, R., 2006; Volkmar, F. R., Pauls, D., 2003; Zwaigenbaum, L., 2005).

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 subjetiva vivida en la interacción con el otro.

## LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

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

I- Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo/a. Entre un 30%-50% de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida.

II- Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo/a presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan dos años y dos meses de promedio.

III- La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de cinco años.

IV- 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.

V- 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.

VI- 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).

## TRASTORNOS MENTALES Y AUTISMO: MITO Y REALIDAD

Sobre los trastornos mentales, incluido el autismo, hay creencias que, habiendo arraigado en nuestra sociedad con la categoría de mitos, están influyendo muy

negativamente en la confrontación adecuada del problema y en su posible solución. El mito es una creencia que atribuye a personas o cosas una realidad de la que carecen (Larbán, J., 2011).

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

I- AUTISMO. LO GENÉTICO Y LO AMBIENTAL: Hoy día, la investigación genética pura (aislada de las otras ciencias que pueden enriquecerla y complementarla) que ha permitido un avance útil 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.), nos está llevando por camino equivocado al intentar asociar directamente los trastornos mentales a unas alteraciones genéticas determinadas a través de una relación de causalidad directa y lineal. 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.

La epigenética describe el conjunto de interacciones existentes entre los genes entre sí (genoma) y su entorno, que conducen a la expresión del fenotipo. Dicho de otro modo, el material genético existente en los genes se expresará, se manifestará y se hará visible o no en función de la interacción con el medio. Esos cambios de expresión genética 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.

II- AUTISMO, PSIQUISMO Y CEREBRO: Se sabe hoy día, gracias a los avances de la psicología y psicopatología del desarrollo, así como de las neurociencias, que el desarrollo psíquico y cerebral del ser humano está estrechamente unido, 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 bien los resultados experimentales que demuestran la existencia de la plasticidad cerebral son recientes, la hipótesis es antigua. Santiago Ramón y Cajal 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, entre paréntesis, la gran movilidad inicial de las expansiones de la neurona" (Ramón y Cajal, S., 1909-1911). Más recientemente, las investigaciones de Kandel (psiquiatra, psicoanalista 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, E. R., 2001).

Más recientemente, la investigación llevada a cabo por Ansermet, psiquiatra y psicoanalista, y por Magistretti, neurofisiólogo, ponen de relieve una vez más la estrecha interacción entre lo genético-constitucional-neuronal y la experiencia del sujeto en la interacción con su entorno y, en este caso, con el entorno cuidador; experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático, sino también la huella neuronal y, por tanto, el desarrollo cere-

bral del sujeto que la vive (Ansermet, F., Magistretti, P., 2006).

Los avances de la neurociencia del desarrollo han destacado 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 sólo el desarrollo del niño, sino también algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción (neuronas espejo).

La neurogénesis (producción y regeneración de las células del sistema nervioso central) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia como se creía antes, ocurre en el adulto y puede persistir en la vejez. Lo que se ha visto que ocurre también con el cerebro humano es el fenómeno llamado "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.

III- AUTISMO, EMPATÍA Y NEURONAS ESPEJO: 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. La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro tiene su correlato anatómico-fisiológico 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) sin confundirse con él. 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 (empatía 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 las intenciones y respuestas del otro, facilitando de esta forma el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos (Larbán, J., 2012).

Para Golse, la empatía (que posibilita el acceso a la intersubjetividad en el ser humano) sería "la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y, también, tomando como base y vehículo de transmisión de las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no" (Simas, R., Golse, B., 2008).

### **HACIA UNA COMPRENSIÓN INTEGRADORA DEL AUTISMO**

Desde hace varios años, observo con preocupación cómo, por cuestiones ideológicas muy alejadas del pensamiento y actitud considerados como "científicos", 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". Del imperialismo de lo psicológico se está pasando en los últimos años, a través de un movimiento pendular a los que el proceso histórico nos tiene acostumbrados, a un imperalismo de lo biológico.

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 neuro-radio-imagen que algunas regiones cerebrales tales como el lóbulo temporal superior (LTS) -de adultos o niños ya de cierta edad y con funcionamiento autista- presentan alteraciones anatómicas y 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 psico-social 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, tanto el proceso madurativo del cerebro y del sistema nervioso central, como el adecuado desarrollo de sus múltiples y complejas funciones, así como 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. Los trabajos de investigación de los cognitivistas nos han mostrado que un objeto no puede ser percibido como externo a sí mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales (Streri, A., 1991; Streri, A., et al., 2000). El 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 humana (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 éste pueda ser percibido como externo 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 (Golse, B., Robel, L., 2009).

### EL MODELO RELACIONAL DE COMPREENSIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES INCLUIDO EL AUTISMO

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, potenciándose mutuamente, los aspectos físicos con los psíquicos a través de la interacción con el otro, que permite una reprogramación de lo biológicamente programado. Los

trastornos psíquicos y del desarrollo serían no el resultado de los desajustes y disfunciones interactivas, sino reorganizaciones adaptativas del programa inicial para seguir evolucionando.

En términos neurofisiológicos, se ha propuesto como fórmula sintética, como muy acertadamente nos recuerda el Dr. Juan Manzano, que el cerebro del recién nacido está programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida y para reprogramarse en función de esa relación.

Comparto con Manzano (2010) la forma de ver el desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas, así como su tratamiento.

El postulado que defiende 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



*El cerebro del recién nacido está programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida y para reprogramarse en función de esa relación.*

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. 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, farmacológicas, psicoterapéuticas u otras deberán integrarse, coordinarse y supeditarse a la dinámica relacional subyacente y tendrán siempre como objetivo el establecimiento de una relación y el de garantizar su continuidad, para permitir un nuevo cambio de la organización, de la estructura de la personalidad del paciente.

Este modelo -relacional, evolutivo y adaptativo- de comprensión del desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas defendido por Manzano 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 co-construido y desarrollado con el paciente y su familia. Con la ayuda relacional adecuada, hemos visto que se puede cambiar la estructura de la personalidad y el modo de relación (consigo-mismo y con los de-

más) desarrollando otra más funcional, menos sintomática, más evolutiva, más adaptada al entorno y más cercana a un desarrollo normalizado.

Como vemos a través de lo expuesto hasta aquí, la psicoterapia basada en la relación psicoterapéutica sería un elemento esencial, que no exclusivo, en el tratamiento de los trastornos psíquicos y el sufrimiento humano que generan, tanto en el paciente como en su familia y contexto social más cercano. Para nosotros, la relación psicoterapéutica se basaría en un proceso interactivo de vinculación interpersonal, intersubjetivo e intrasubjetivo, teniendo como fundamento la alianza terapéutica establecida entre una o más personas y su terapeuta.

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 contar y tener en cuenta los mecanismos de defensa, así como las resistencias del paciente y de la familia en el caso del niño, ajustándose progresivamente a ellas (Despars, J., Kiely, M.C. y Perry, C., 2001).

### ¿QUÉ ES EL AUTISMO?

Etimológicamente, autismo proviene del griego *Auto*, de *Autós*, que significa propio, uno mismo. Es curioso ver como su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño (genérico) 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 di-

ferente 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, que vamos incorporando a nuestro mundo interno aspectos del otro que vamos haciendo nuestros. Es de esta forma que 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, comprendiéndole 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.

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 posi-

va y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción y en 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 hacen en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

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 (Larbán, J., 2008 y 2010).

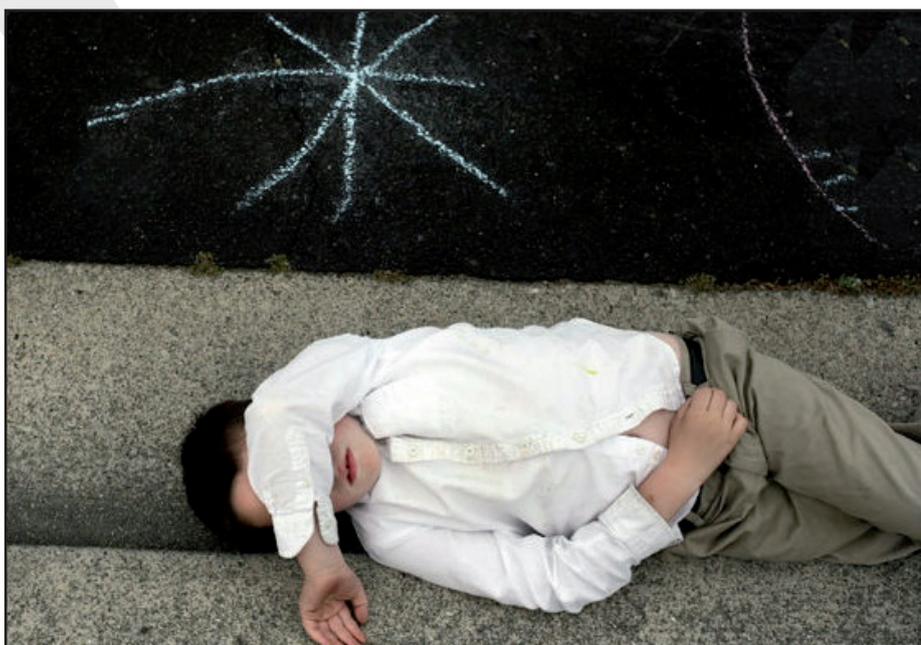
¿Qué ocurre con estos niños con funcionamiento autista que rechazan la comunicación con el otro, siendo ésta tan necesaria para su supervivencia y desarrollo, tanto psíquico como cerebral?

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 (primer año de vida) 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 psíquico-cerebral, como para unirse-separarse-diferenciarse con/del otro, para el conocimiento del otro y de sí mismo y, también, para la relación-comunicación (no-verbal y verbal) con los demás. Las dos áreas del desarrollo afectadas, que son fundamentales en estos primeros meses de evolución para el desarrollo

psíquico-cerebral adecuado del niño, serían por el orden indicado, las siguientes:

I- Dificultades importantes y duraderas 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 cuidador, quedarían disociados, privilegiando la recepción por un sólo canal sensorial a expensas de los otros. Nos encontramos, entonces, con un bebé hipersensible, que parece sordo, ausente, enganchado a algún estímulo auto-sensorial, pero que reacciona con pánico cuando oye un ruido inesperado, ya que el bebé en este caso no podría hacerse una imagen global interna de la realidad percibida (primeras representaciones mentales). El bebé, a través de una competencia que desarrolla desde los primeros días de vida, la capacidad de percepción transmodal -mantelamiento sensorial, según Meltzer (Meltzer, D., 1975)- puede, con la ayuda del entorno cuidador, integrar estímulos tales como un ruido que le asusta con la voz tranquilizadora, la mirada, las caricias de la madre y la forma de acogerlo en su regazo (estímulos percibidos que le llegan por canales sensoriales diferentes), en un esbozo primitivo de representación mental del objeto madre-consuelo o madre-tranquilizadora, por ejemplo. Así, poco a poco, el bebé no solamente integra su sensorialidad, sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y en la relación emocional con el otro. De esta forma, el bebé, poco a poco, va viendo, va sabiendo de qué va lo que está pasando, lo que está viviendo y va aprendiendo de la experiencia a medida que la va construyendo.

Es muy conocida la 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 de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros



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. (Fotografía de Timothy Archibald).

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.

Las dificultades importantes y duraderas en la integración sensorial, al no permitir la constitución de representaciones mentales (subjetivas) de la realidad (interna y externa) percibida por el bebé, lo colocan en la situación de incapacidad para establecer una interacción intersubjetiva con el otro.

II- Dificultades también importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad, es decir, el desarrollo de la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro, de compartir la experiencia subjetiva con el otro, tanto en lo intencional de las acciones y motivaciones del otro, como en la sensación de movimiento que comporta una determinada acción del otro y, también, en lo cognitivo, es decir, en la forma de pensar y, sobre todo y fundamentalmente, en lo emocional, esto es, en la forma de sentir del otro (Stern, D., 1991, 1999 y 2005). Para lograr este importante objetivo, “el trabajo” del bebé tiene que ser facilitado de forma empática por el entorno cuidador.

Las dificultades interactivas del entorno cuidador-bebé que no facilitan e incluso obstaculizan los procesos psíquicos e interactivos indicados anteriormente colocan al bebé en una situación de riesgo de posible evolución hacia un funcionamiento autista, generando además déficits emocionales, cognitivos y relacionales. 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 funcionamiento autista que, 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 (Grandin, T., 2006; Haddon, M., 2004).

Las manifestaciones clínicas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan en la “tríada de Wing”, 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 se desarrollaría en el primer año de vida del niño.

#### **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 progresiva hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el funcionamiento psíquico 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 intersubjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto externo. El mundo psíquico del niño evo-

luciona 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 (relación triádica), desde el segundo semestre (Trevvarthen, C., Hubley, P., 1978; Hubley, P., Trevvarthen, C., 1979). 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 interacción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior.

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 etiopatogénicamente, ayudando a la madre, a los padres, a cambiar el tipo de interacción que, en la relación con su hijo, está facilitando, sin querer, su instalación en un proceso autístico. Proceso que, de persistir, puede generar déficits psíquicos, emocionales y sociales que una vez instalados en el niño son más difíciles de tratar.

La fluctuación de los signos y síntomas del bebé considerados aisladamente como factores de riesgo evolutivo hacia un posible funcionamiento autista hacían prácticamente imposible el desarrollo de una herramienta adecuada y eficaz para su detección temprana. Sin embargo, el estudio de la evolución de los factores de riesgo 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 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, J., 2008).

### ¿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, incluido el autismo, intervie-



*Dificultades también importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad, es decir, el desarrollo de la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro.*

nen tanto los factores de vulnerabilidad psicológicos y biológicos, incluidos los constitucionales y genéticos, como los factores de riesgo psicológicos y sociales, 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 y la salud mental del sujeto (Larbán, J., 2011, 2012a y 2012b).

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 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 (Larbán, J., 2007).

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 y repetitivos 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 (Larbán, J., 2008). 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 (genérico), 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 (Larbán, J., 2006).

*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**

La interacción evolutiva padres-bebé es en espiral. La interacción circular, repetitiva y no creativa, es cronificante y cronificadora. En la interacción 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 (fantasmática). Incluimos también en la interacción, la comunicación no verbal, la pre-verbal 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.

El proceso interactivo autistizante (Hochmann, J., 1990) 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 auto-agravante 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. El proceso autistizante es un concepto que permite subrayar que el autismo infantil no es una enfermedad estrictamente endógena, sino que se co-construye 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, sea del lado del bebé, sea 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.

### **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 psicósomáticos, 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 psicósomáticos del lactante.

Pueden darse estos factores de riesgo cuando la persona que ejerce la función materna, en la interacción con su bebé, 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.

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 (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 nuestra 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. Puede también el bebé 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 auto-sensorialidad, 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 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, descri-

tas 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 auto-sensorial, 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 actual-proyectado sobre el bebé.

3- La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando éste 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.

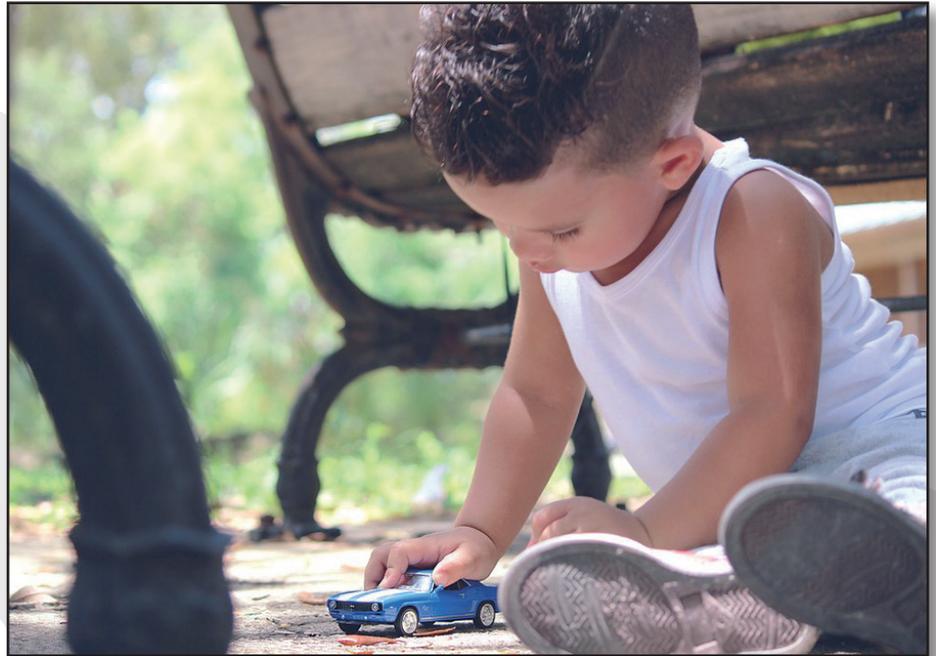
4- La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando la persona que ejerce la función materna ha vivido situaciones traumáticas perinatales que no ha podido elaborar ni integrar, con el consiguiente posible riesgo de un efecto traumatógeno para el bebé y un efecto también perturbador en la interacción con su hijo (genérico). 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 Trastorno 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 de-

fensas fóbicas de huida y evitación de la relación próxima y emocional con el hijo que cuida, así como lo que éste 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 interacción madre-bebé, en estos casos, se puede convertir 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, no pudiendo desarrollar o desarrollando muy poco la función paterna, apoyando, conteniendo, limitando y sosteniendo la relación diádica de cuidados (maternaje) madre-bebé, con el consiguiente riesgo de ausencia de la triangulación relacional



*La realidad interna y externa, así como la interacción entre ambas, percibidas a través de diferentes canales sensoriales, requiere de un trabajo de integración (mantelamiento sensorial).*

necesaria para el adecuado desarrollo del bebé, podemos encontrar también 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.

### **EL PROCESO DEFENSIVO AUTÍSTICO**

El proceso 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**

1- *Defensas anti-relación-comunicación con el otro (repliegue sobre sí mismo y retirada relacional duradera con desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticas).*

El niño que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría 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 -como cuando duerme en exceso buscando refugio en el sueño-, como signos característicos de dicho funcionamiento autístico -defensivo y anti-evolutivo- (Palau, P., 2010). 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 (resistencia 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, interac-

ción que es la que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2- *Defensas anti-integración, desmantelamiento sensorial (Meltzer, D., 1975) 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 diferentes canales sensoriales, requiere de un trabajo de integración (mantelamiento sensorial) que va haciendo que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial y emocional con la madre pasa a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé, gracias a las respuestas de la madre.

En situaciones repetidas, vividas como estresantes y amenazantes por el bebé, éste utiliza precozmente un mecanismo de defensa basado en una dificultad inicial que padece y que es la dificultad de integración de 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 y 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. 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 y ser irreconocibles e incomprensibles para ellos, cuando ocurren de forma inesperada, penetrando su armadura defensiva, desencadenan en ellos reacciones de pánico.

3- *Defensas anti-separación del otro, identificación adhesiva (Meltzer, D., 1974) con el objeto-sujeto relacional, con el otro.*

De la misma forma que el niño en estos casos de 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 quién 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.

*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, van llevando progresivamente al niño, protegiéndolo y encerrándolo en su mundo interno, hacia un funcionamiento autista.*

### 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 y, posteriormente, en la formación de los profesionales de la salud mental infanto-juvenil, que es muy útil también para las tareas de detección y prevención, es el creado y desarrollado por Esther Bick, supervisora durante su formación de Donald Meltzer. Bick, creadora de lo que hoy día es una herramienta esencial para la atención del bebé en su entorno natural, ha publicado muy poco de su trabajo clínico y tareas de formación-supervisión en la Clínica Tavistock de Londres (1946-1960), donde ella trabajó bajo la dirección de John Bowlby.

Didier Houzel, psiquiatra infantil y psicoanalista francés (Houzel, D., 1993 y 2002), ha desarrollado una variante del método de observación de bebés de Esther Bick en su contexto familiar y habitual que ha permitido conseguir excelentes resultados, no solamente para la formación de profesionales que se ocu-

pan 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 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, el motriz o el 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?

Recordemos que el cuerpo del bebé ocupa un lugar totalmente central, en tanto que, como dice Golse (Golse, B., 2004), "es la vía regia de acceso a los procesos de subjetivación, de simbolización, de semantización y de semiotización en la especie humana" con una intrincación muy estrecha con lo psíquico.

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, recíproca?

*La Receptividad Empática y Emocional:* le permite al observador experimentar dentro de sí mismo aquello que el niño puede estar experimentando en ese mismo momento.

*La Receptividad Inconsciente:* 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.

Houzel y colaboradores (Mazel, P., Houzel, D. y Bursztejn, C., 2000), 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, hipertónicas o hipotónicas 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 (Spitz, R. A., 1970 y 2001): 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 monótono y monótono, no diferenciado, sin aparición de la especialización funcional.
- 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 evocado-ra, 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**

Los factores de riesgo interactivo y los signos de alarma por sí solos no son elementos causales. Los factores de riesgo y signos de alarma aislados representan un débil potencial generador de patología. Sin embargo, su presencia acumulativa y repetitiva en la interacción precoz del entorno cuidador con el bebé y viceversa lleva a desviaciones y malos resultados en términos de desarrollo, sobre todo si esto ocurre en los momentos sensibles de constitución en el bebé de una determinada función, como es en este caso el acceso a la intersubjetividad. Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo y signos de alarma, 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.

### **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, que es la primera señal interactiva, relacional y comunicacional, con carácter intencional, expresada por el bebé. Se presenta a partir de la 4ª-6ª 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 intersub-

jetiva con el otro, intersubjetividad que consiste en la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción 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 de 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 ni 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 debería de 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 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 (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 hipertonia y/o hipotonía manifiesta al manipularlo y, sobre todo, al intentar acogerlo en el regazo.* Puede expresar un desajuste, un desacoplamiento profundo 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 éste 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.

**\*\* 12-** *Malformación y/o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé, con dificultades para la relación y comunicación y con repercusión negativa y durable sobre su entorno.* Duelo difícil o imposible del hijo ideal al encontrarse los padres con un hijo real que, a causa de su malformación y/o discapacidad, les provoca serias dificultades para investirlo.

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 tres meses, sería el indicador más fiable para realizar un diagnóstico diferencial hacia una posible evolución de tipo autista en el niño.

### **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:

**\*\*\*\* 13-** *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.

**\*\*\*\* 14-** *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.

\*\*\* 15- *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, Cu-Cu...Tac-Tac.* 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.

\*\* 16- *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 proto-símbolo, 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 (Winnicott, D., 2002) 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. 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 que

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.

\*\* 17- *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. El mericismo y la rumiación (regurgitaciones alimenticias repetidas) constituyen una modalidad de estimulación autosensorial equivalente al balanceo, golpeteo de cabeza, aleteo de manos, etc.

\*\* 18- *Ausencia o poca presencia de placer en el baño.* No juega, no chapotea.

\*\*\* 19- *Insensibilidad o muy poca sensibilidad al dolor.* Esto es debido a la falta de integración de las sensaciones corporales con las emociones.

\*\* 20- *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 y yo.

### **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:

\*\*\*\* 21- *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 reproduce 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.*

\*\*\*\* 22- *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.*

\*\*\*\* 23- *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.

\*\*\*\* 24- *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 siete 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.

\*\*\*\* 25- *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.

\*\*\*\* 26- *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.

\*\*\*\* 27- *No suele hacer ni reproducir sonidos que indiquen un comienzo de comunicación pre-verbal.* 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 pre-verbal 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 prosodia, la alternancia, la reciprocidad y la correspondencia.

\*\*\*\* 28- *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. 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 sensoriales 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.

*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 le forzaría para que siga comiendo, sino que, focalizando su atención en él, intentaría 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 transmodal 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 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 le ha asustado, sino que es "eso", externo a él, que le quiere, le cuida, le calma y le 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.

A esta edad, sus dificultades emocionales, cognitivas, comunicacionales e interactivas se hacen más evidentes. Las defensas activas anti-integración sensorial y anti-emoción 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.

\*\*\*\* 29- *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.*

\*\*\*\* 30- *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, esta incapacidad, reforzada por las defensas autistas, se hace más evidente, más patológica y con mayor nivel de riesgo de instalación en un funcionamiento autista.

\*\*\*\* 31- *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.*

\*\*\* 32- *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.

\*\*\* 33- *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.

\*\*\* 34- *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 anti-relación 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.

\*\*\* 35- *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.

\*\*\* 36- *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



*Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo y signos de alarma, 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. (Fotografía de Timothy Archibald).*

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, podemos ver cómo la presencia de los factores de riesgo interactivo, así como de los signos de alarma de una 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.

### LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

*¡Nunca es demasiado temprano 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- tienen 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 detección, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo presentes en el niño y en la interacción con él serían posibles en el primer año de vida como lo demuestra el importante porcentaje de padres (30%-50%) que 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 que este tipo de intervención temprana es posible (Larbán, J., 2008). Para conseguirlo, habría que cambiar los parámetros tardíos en los que nos apoyamos actualmente los profesionales para efectuar la detección 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 intersubjetividad- como factores precoces de riesgo interactivo de una posible evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

Es importante tener en cuenta que estudios recientes -basados en los datos personales recogidos durante varios años a partir de filmaciones familiares- efectuados por Sandra Maestro y Filippo Muratori, profesores de 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 entre los seis meses y el año de vida del niño.

Quedarían excluidos de este seguimiento evolutivo y evaluativo el 13% restante de niños que, entre los 15 y 24 meses, pueden presentar un funcionamiento autista de tipo regresivo que se presenta, frecuentemente, como reactivo y asociado a una cascada de pérdidas importantes para el niño tal y como indicábamos en el apartado de la evolución del proceso autístico del niño al referirnos a la evolución regresiva (Maestro, S., Muratori, F. et al., 1999 y 2001; Muratori, F., 2008, 2009 y 2012).

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 solamente en cuenta 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.

Respecto al diagnóstico clínico, no podemos olvidar que 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. Se harán pruebas psicológicas si se considera necesario y se elaborará una historia biográfica y clínica del curso del trastorno desde el comienzo. Así puede diagnosticarse el autismo de forma bastante fiable (Frith, U., 1995).

Hay que destacar el importante trabajo clínico y de investigación efectuado en el servicio de pediatría (neonatología y neuropediatría) del Hospital de Sagunto en España, llevado a cabo por destacados profesionales de la neuropsiquiatría, Mercedes Benac, y de la psicología clínica, Pascual Palau, que está permitiendo el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico -centrado en la interacción padres-bebé- del comienzo de los trastornos psicopatológicos y autísticos primarios en las primeras semanas de

vida del bebé, evitando así que dichos trastornos se instalen y cronifiquen en el psiquismo temprano del niño (Palau, P., 2009 a y 2009 b).

Conviene saber que antes de los tres años, el tratamiento preferente y el que da mejores resultados es el psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, teniendo en cuenta, en un sentido más amplio, el entorno cuidador del niño. Es a partir de los tres años que el trastorno interactivo autista se interioriza y pasa a formar parte de la personalidad del niño. Los tratamientos son entonces mucho más costosos en todos los sentidos y con resultados menos satisfactorios. Según el modo relacional de comprender el autismo (Manzano, J., 2010), las intervenciones más tardías, sean de tipo logopédico, psicomotor, psico-educativo o psico-farmacológico, tendrían que inscribirse en una dinámica relacional, privilegiando las interacciones emocionales y lúdicas, contando con la participación activa de los padres y de todos aquellos profesionales que forman el entorno cuidador del niño (Greenspan, S. y Wieder, S., 2008).

El deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño 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 del niño que los nuestros- 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, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también 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 co-construido 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, en un sentido amplio, sería 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.

Me parece oportuno señalar la importancia de que, tanto en el momento de la detección como del diagnóstico, la información que se transmite 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.

Puede hacerse necesario evitar, en el momento de la detección, la palabra autismo y emplear más bien términos como evitación de la mirada y/o de la relación y comunicación.

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, L., 2003).

Los centros terapéutico-educativos 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 pueden proporcionar buenos resultados cuando el equipo terapéutico-educativo está adecuadamente 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.

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

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.

#### **Viñetas clínicas**

**José:** José es un niño de doce años que padece de un autismo severo con graves déficits emocionales, cognitivos y relacionales. No tiene 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 parcial y progresivamente del aislamiento autista que padecía.

**Ana:** Ana es una niña de diez 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, 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 reprobable significaba para ella un gran progreso evolutivo, pues tenía un significado interactivo equivalente al “NO quiero que te acerques, que me toques”, la actitud del equi-



Un tratamiento psicoterapéutico adecuado basado en la interacción precoz padres-hijo ayuda a modificar su estilo interactivo.

po terapéutico, de los padres y del equipo educativo cambió, permitiéndole a Ana una mejor y más favorable evolución.

## CONCLUSIONES

I- 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 entonces más costosos, más intensivos y menos satisfactorios.

II- 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 presentes en el niño (fluctuantes en algunos casos), incluyéramos en nuestra observación los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su cuidador, las defensas del bebé y, sobre todo, la evolución de la modalidad o estilo de interacción cuidador-bebé; todo ello evaluado a los tres, seis y doce meses del continuo evolutivo de dicha interacción.

III- 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 subjetiva vivida en la interacción con el otro.

IV- 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.

V- 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), permitiéndole al niño un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos. ●

## BIBLIOGRAFÍA

**Acquarone, S.** (2006). *Signs of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.

**Ansermet, F. y Magistretti, P.** (2006). *A cada cual su cerebro*. Buenos Aires: Katz.

**Despars, J., Kiely, M.C. y Perry, C.** (2001). Le développement de l'alliance thérapeutique: influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient. *Psychothérapies*, 21 (3), 141-152.

**Frith, U.** (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza.

**Golse, B.** (2004). *Du corps à la pensée*. París: Editorial PUF.

**Golse, B. y Robel, L.** (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, 7, 45-51. <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-45.htm>

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

**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.

**Haddon, M.** (2004). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona: Salamandra.

**Hochmann, J.** (1990). L'autisme infantile: déficit ou défense?. En Ph-J. Parquet, C. Bursztejn y B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (p- 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*, 73-95. <http://www.seppna.com/articulos/tratamiento-precoz-autismo-observacion-bebes/>

**Houzel, D.** (2002). *L'aube de la vie psychique*. París: Éditions ESF.

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

**Kandel, E. R.** (2001). The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, 1030-1038.

**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, 147-160. <http://www.seypna.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, 171-195. <http://www.seypna.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, 63-152. <http://www.seypna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>

**Larbán, J.** (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67. <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, 113-123. <http://es.scribd.com/doc/66217375/AUTISMO-Mito-y-Realidad>

**Larbán, J.** (2012 a). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91. <http://www.seypna.com/articulos/autismo-temprano-neuronas-espejo-empatia/>

**Larbán, J.** (2012 b). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Octaedro.

**Maestro, S., Casella, C., Milone, A., Muratori, F. y Palacio-Espasa, F.** (1999). Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, 32 (6), 292-300.

**Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., et al.** (2001). Early Behavioural development in Autistic Children: The first two years of live through home movies. *Psychopathology*, 34, 147-152.

**Maestro, S., Muratori, F., et al.** (2002). Attentional Skills During the First 6 Month of Age in Autism Spectrum Disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 41 (10), 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), 383-396.

**Manzano, J.** (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141. <http://www.seypna.com/articulos/espectro-autismo-hoy-modelo-relacional/>

**Meltzer, D.** (1974). Adhesive identification. En D. Meltzer, *Sincerity and Other Works* (p. 335-350). Londres: Karnac.

**Meltzer, D.** (1975). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

**Muratori, F.** (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 39-

49. <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, 21-30. <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), 41-82.

**Palau, P.** (2009 a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.

**Palau, P.** (2009 b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60. <http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>

**Palau, P.** (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, 39-70. <http://es.scribd.com/doc/88593286/Psicopatologia-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, 59-68.

**Ramon y Cajal, S.** (1909-1911). *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*. París: A. Maloine.

**Simas, R. y 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), 339-356.

**Spitz, R. A.** (1970). *Primer año de vida del niño, génesis de las primeras relaciones*