

*Emprendemos una nueva sección, los Diálogos entre profesionales. Invitamos a Juan Larbán<sup>1</sup> a que la estrenara y eligiera un contertulio con el que desarrollar una conversación libre que tuviera al mundo de los autismos como eje temático. Juan Larbán escogió a José Luis Pedreira<sup>2</sup> para este diálogo. La posterior edición del diálogo corresponde al Equipo eipea. Atendiendo a la extensión e interés del texto, hemos decidido dividir la conversación en dos partes, que aparecerán consecutivamente en este número y en el siguiente. En este primer capítulo, Juan Larbán y José Luis Pedreira conversan sobre la base estructural del autismo, su prevalencia y su detección. Les agradecemos de manera especial su colaboración.*

# Diálogo entre profesionales: Juan Larbán y José Luis Pedreira



**Larbán.** La primera pregunta clave, para situarnos, sería ¿cuál es la **base estructural del autismo**? Luego, vendrían otros aspectos, como son la prevalencia, la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Hemos acertado mucho el borrador inicial que habíamos elaborado para centrarnos más en estos puntos. ¿Te parece que empecemos?

**Pedreira.** Fenomenal, me parece muy bien.

**L.** Desde el punto de vista de la estructura psicopatológica fundamental en el autismo y, sobre todo, como una desviación del desarrollo humano sano normal, yo lo conceptualizaba y lo veía como un fracaso del acceso de la criatura humana al proceso de humanización porque lo que falla, en el caso del autismo, es el constituirse como sujeto con subjetividad propia y tener acceso a una comunicación intersubjetiva. A partir de ahí, la tendencia del niño debido a sus dificultades, de relacionarse más con los objetos que con las personas, es lo que luego desencadena en él déficits cognitivos,

sociales y estructurales en el desarrollo de su personalidad muy importantes. Sería como una visión psicopatológica en la que se vería cómo en el primer año de vida se organiza la integración sensorial, que es la base de la capacidad de acceder a la intersubjetividad, se desarrolla la intersubjetividad primaria que es dialógica madre-bebé, y la secundaria al segundo semestre de vida, que es más triangular hacia objetos externos que atraen la atención de la madre y el bebé. Estudios recientes parece que muestran que la mayor dificultad del autismo es el acceder a esta intersubjetividad secundaria, como muestran los estudios de Muratori.

**P.** Sí, claro, porque la estructura básica que tenemos como sujetos es la integración de los mensajes, eso es lo que tú llamas la parte de persona humana, es decir la parte de cómo los distintos estímulos que vamos recibiendo se organizan dentro de nosotros para que tengan una coherencia informativa y, en base a ella, establecer la interacción. Creo que eso es una cuestión importante, lo que se altera en el autismo parece ser que es la armonización interna de todos estos mensajes. No es que no se le hable, no es que no se le vea, no es que no se le estimule, sino que no se consiguen integrar todos estos elementos como elementos positivos de interacción. Sino que se le habla y va por una vía, se le dice y va por otra vía, se le acaricia y el autista

no lo integra como caricia, sino probablemente como que le tocan nada más, por eso esas situaciones de defensa ante la situación táctil. Creo que es muy importante esta ruptura de los elementos primarios, como tú has dicho. El establecimiento vincular primario en las conductas de apego se pone en marcha gracias a elementos muy primarios, como es el tacto, el habla y cómo el habla tiene una intencionalidad; es decir, no se utiliza el lenguaje normal, se utilizan diminutivos, se recalcan las cosas, se dicen frases cortas, se hacen unos estímulos determinados frente a los cuales el bebé reacciona. Sin embargo, en el caso del autismo, no hay una reacción porque no hay una integración entre los distintos elementos sensoriales que recibe. Estos elementos sensoriales que recibe quedan fragmentados, quedan rotos... Es como en el caso límite, por ejemplo, de situaciones de un niño institucionalizado precocemente, no consigue integrar todos estos sistemas... no se vuelve autista ... en algunos casos puede que lo tenga... lo que sí que ocurre es que tiene unas alteraciones cognitivas importantísimas que se llaman disfunción cognitiva acumulativa, precisamente porque lo que ha fallado en la parte más primaria, en la parte más arcaica del desarrollo humano, es la capacidad de sintetizar, de armonizar y de organizar esas cuestiones. La estructura falla por su base. Esas interacciones, tanto sensoria-

<sup>1</sup> Psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos (Ibiza).

<sup>2</sup> Psiquiatra y psicoterapeuta de niños y adolescentes. Profesor de Psicopatología, Grado de Criminología, UNED (Madrid).

les como psicológicas, como imaginarias y simbólicas que hay en la relación madre-bebé/ bebé-madre, que son como un elemento de interacción mutua, quedan absolutamente rotas, es como si la figura materna comunicara por su parte mientras el bebé está a su bola. No hay nivel de interacción. Y, en todo caso, si lo hay, es una reacción defensiva, de ahí cuando se ponen hieráticos, se ponen rígidos, tiran para atrás... con lo cual, lo que sí que se ha investigado es que estos bebés reaccionan de esa manera, al final desencadena que a la persona también le cuesta más ponerse en interacción con él... porque como va y ve que es "rechazado" o ella lo interpreta como que le está rechazando el bebé, deja de interactuar con él... se va empobreciendo como una bola de nieve por estas malinterpretaciones que son estructurales, donde el fallo fundamental está en esa armonización, integración de los distintos mensajes sensoriales, quedando mensajes aislados, autónomos, sin ningún tipo de relación unos con otros.

**L.** Los cognitivistas han mostrado que para que se produzca una interacción sensorial adecuada se tienen que utilizar al menos dos canales sensoriales cuyos estímulos se integran para que el bebé pueda hacerse una imagen interna de la realidad percibida. Está comprobado que el niño autista carece de esa percepción de interioridad, de mundo interno, de subjetividad y, por lo tanto, hay imposibilidad de comunicación intersubjetiva, que es el poder comprender al otro como si estuviese en su lugar, sin confundirse con él.

**P.** Exacto.

**L.** Respecto a lo que has dicho, me parece fundamental que no solamente es importante la cantidad y calidad del estímulo que recibe el bebé, sino también la manera de presentarlo. Tú has hablado de la armonización y la sincronización, diría yo, interactiva en el aspecto tanto corporal como emocional. Si el bebé está en un momento en que necesita tranquilidad, estar a solas consigo mismo para integrar los estímulos recibidos

y evitar la desorganización y la madre, sin darse cuenta, lo sigue estimulando, el bebé tiene que segmentar el flujo de este estímulo parpadeando o cerrando los ojos, o ausentándose. Éste es un caso claro de no armonización, ni interactiva ni emocional. Entonces, esa interacción, sincronización de la integración emocional y corporal sería la que produce la capacidad de ajuste relacional y postural a la que tú aludías cuando hablabas de la hipertonía del bebé que dificulta la relación con la madre y al final esa dificultad defensiva del bebé se transforma también en una dificultad de atención y de interés por parte de la mamá, porque se siente rechazada, y que ocasiona, efectivamente, serios problemas de acuerdo, de sintonía entre la madre y el bebé. Como tú has dicho, cada uno va por su lado... Se producen, de alguna manera, desencuentros interactivos que son muy dolorosos, muy frustrantes tanto para la madre o el cuidador de referencia como para el bebé, que pueden llevar a reacciones de evitación de tipo fóbico



*José Luis Pedreira: Lo que se altera en el autismo parece ser que es la armonización interna de todos estos mensajes. No es que no se le hable, no es que no se le vea, no es que no se le estimule, sino que no se consiguen integrar todos estos elementos como elementos positivos de interacción.*

por parte de la madre, que aumentan la tendencia al aislamiento del bebé. Tú has nombrado las defensas del bebé. Efectivamente, las disfunciones interactivas y la falta de sincronización interactiva no pueden llevarnos a un problema de riesgo autístico si no es que el bebé reacciona a esta disfunción con un determinado tipo de defensas. Yo situaría tres niveles. Uno, las defensas anti comunicación y anti relación, ese bebé ausente que rompe el contacto con el exterior y en lugar de ensimismarse para integrar los estímulos, se aísla. El segundo tipo defensivo sería las defensas anti integración, el bebé -ante las dificultades de integrar los estímulos- lo que hace es aislarlos y se queda con un solo estímulo sensorial e ignora el resto. En lugar de producirse un mantelamiento sensorial, el bebé va a favor de un desmantelamiento, que es una no integración. Y el tercer elemento defensivo es la defensa contra la separación, contra el sufrimiento o la desorganización que le produce el percibir al otro como a alguien separado de sí mismo. Esta conjunción de la disfunción interactiva en el sentido de la falta de sincronización, interactiva y emocional, junto con las defensas del bebé es lo que produce ese desajuste que puede ser duradero y puede pasar de los factores de riesgo a un funcionamiento autista más consolidado conforme avanza la edad.

**P.** Quizá porque eso también, siguiendo a Winnicott, justifica con esos tres elementos que tú acabas de plantear el que el bebé defensivamente vuelve sobre sí mismo y sobre lo que él ha ido segmentando y percibiendo y aparece ese replegamiento. Un replegamiento en el cual ya es tremendamente difícil sacarlo. Por eso, cuando los niños autistas se están replegando hay que dejar que terminen el proceso para luego sacarlos de ahí porque, si entras a creer que vas a romper ese replegamiento, lo que consigues es estropear aún más y entrar en una desarmonía mucho mayor. Creo que en estos momentos estaría muy feliz y contento un común amigo nuestro, Juan Manzano, escuchándonos en esta situación de la defensa, como se van estructurando las defensas, como la clínica aparece como defensa y la defensa justifica la aparición

y permanencia de la clínica que es una de las grandes exposiciones que tenía Juan.

**L.** Muchos padres, cuando tratamos este tema sobre los repliegues autísticos de su hijo, me preguntan cómo diferenciar los momentos de evolución positiva del niño en que tiene una necesidad de ensimismamiento o de soledad creativa de los momentos de aislamiento y de repliegue autista. Realmente no es fácil de diferenciar, pero sería fundamental poder hacerlo en el sentido de que los momentos de ensimismamiento no tienen tendencia a perdurar. Cuando el bebé necesita integrar los estímulos para no desorganizarse cierra los ojos, o segmenta con el parpadeo los estímulos que recibe o se ensimisma, logra una unidad psicósomática, una unión mente cuerpo, un control de la interacción diciendo *ahora me toca a mí, yo decido si me comunico contigo o no*. En el momento en que se retira de la interacción, de forma transitoria y parcial, porque no es un aislamiento total (creo que es lo que lo diferencia, es un aislamiento parcial y transitorio) y el bebé logra esa integración de los estímulos, en condiciones normales, lo que hace es volver a pedir la interacción. En cambio, en el repliegue autístico hay un aislamiento, se nota que no te responde, que estás como que no existes... y luego, como tú dices, es muy difícil sacarlo de ahí porque se refugia ahí.

**P.** Hay una cuestión muy importante en todo lo que acabas de decir, porque lo que estamos reconduciendo es eliminar el sentimiento de culpa que tienen papá y mamá ante esta situación y esta comunicación. No es culpa porque entra dentro de lo que Brazelton o Cramer denominan de una manera muy directa competencias del bebé, el bebé tiene esas competencias. Lo que pasa es que también es una competencia el bloquear el nivel de comunicación y el volverse sobre sí mismo porque no puede hacerlo, porque se encuentra desbordado, porque no llega a lo que él esperaba. La hiperestimulación, como decías tú, a veces lo que origina son elementos de saturación y por tanto de bloqueo, y entonces esta cuestión es absolutamente clara. No es culpa de papá y mamá, no es culpa de ellos, sino que el bebé con sus propias

competencias decide, pongo la decisión entre comillas, ese bloqueo, ese replegamiento y esa situación defensiva.

**L.** Muchas veces los padres comprenden las necesidades de ensimismamiento del bebé, que no es aislamiento como he dicho, cuando les hablas de la necesidad que tenemos los adultos también de segmentar el flujo de estímulos, de que no nos molesten en un momento dado y tener un momento de soledad para encontrarnos con nosotros mismos. Es fundamental porque si estás sometido a un flujo de estímulos constante sin ese momento de soledad creativa, te pierdes a ti mismo.

**P.** Totalmente.

**L.** Y, lamentablemente, eso nos pasa muchísimo hoy, en nuestra sociedad, porque ese eslogan de "siempre conectados", del que tanta publicidad se hace, me parece que lo que está diciendo es: siempre conectados con el exterior; pero, sobre todo, menos contigo mismo.

**P.** De hecho, cuanto más conectado estás con el exterior menos criterios tienes tú. Los criterios son los de los otros, no los tuyos.

**L.** Es una buena estrategia para impedir un criterio subjetivo, propio y personal.

**P.** Para animalizarse, crear un *totum revolutum* en el que todo es lo mismo, todo es igual... No, mire usted, yo subjetivamente no estoy en este rollo.

**L.** ¿Te parece que hemos dejado mínimamente claro lo que es el déficit estructural?

**P.** Total y absolutamente, yo creo que está perfectamente establecido.

**L.** Pasamos a la **prevalencia**, si no te importa.

**P.** Venga.

**L.** Sobre la prevalencia, llama la atención el aumento de casos de unos años atrás hasta ahora... Recuerdo cifras de 1/10.000, 1/500... Entonces, claro, estamos en cifras de 1/120 o 1/130 de niños con autismo o con funcionamiento autista, mejor dicho, y si bien estoy de acuerdo en que el aumento se puede deber a un aumento del aspecto diagnóstico al incluir los TEA, por ejemplo, también pienso que puede ocurrir, aunque no esté demostrado mediante estudios riguro-

sos, que el tipo de vida que llevamos y las dificultades que tenemos para la crianza y educación de nuestros hijos, en la que hay una tendencia a delegar la responsabilidad en personas ajenas a los propios padres, llámese guarderías, maestros, profesionales, pueda estar influyendo. Tanto eso como la falta de tiempo, de disponibilidad que muchos padres tienen a la hora de dedicarle tiempo y atención a sus hijos.

**P.** Sí. Vamos a ver... Hay una cuestión importante con relación a la prevalencia que no debemos ni podemos olvidar y es que para la prevalencia se precisa una definición de caso. Es decir, unos criterios que definan qué es lo que entra y qué no entra en esa categoría. De hecho, Allen Frances que, como sabes, fue presidente de la DSM3R, DSM4, DSM4TR dimitió de la DSM5 y uno de los motivos por los cuales dimitió fue por la difusión de los criterios y su poca claridad. De hecho, decía que es imposible que en 10 años se haya multiplicado por 50 la prevalencia de autismo en los EUA. No es que haya aumentado la prevalencia, es que se han cambiado los criterios diagnósticos, los criterios de inclusión y, por lo tanto, ya no se tiene esa percepción. Segunda experiencia personal: yo estaba en un comité de estudio científico del autismo y hubo dos críticas fundamentales. Una, provenía de los genetistas y la otra, provenía de los neuro-radiólogos. Los dos decían lo mismo: no podemos sentar bases ni patrones, ni genéticos ni funcionamiento estructural cerebral, porque los criterios clínicos que nos mandáis son infumables, son dispares, están dispersos y no se consigue agrupar por presencia clínica y, por lo tanto, las características que se presentan son las de cada caso, en modo alguno las situaciones de un conjunto de casos que tengan una mínima unidad. Yo soy de los que piensa que nos hemos pasado. La frenada se nos ha pasado. Y entonces no todo sirve, no todo vale dentro del autismo. Aquí no hay Trastornos del Espectro Autista. Espectro en castellano significa fantasma, muerte. Eso no es lo que está en relación a las cuestiones importantes del autismo. ¿Por qué? Porque tenemos que empezar a ser serios en el sentido de lo que definimos. Si resulta

que el diagnóstico más importante de los Trastornos del Espectro Autista son los Trastornos del Espectro Autista no sistematizados, entonces lo que es una excepción diagnóstica, que es para lo que está esa categoría, resulta que ya no es una excepción. Porque si el 80% de lo que recibimos los profesionales está dentro de esa categoría, ya no es excepcionalidad sino generalidad. Por lo tanto, no me sirve la categoría, porque si es una categoría imprecisa y que debía ser residual y se convierte en predominante, es una perversión de la utilización del sistema y, sobre todo, una perversión de la utilización de la ciencia.

**L.** Sería un cajón de sastre, similar al del TDAH, por ejemplo.

**P.** Más que cajón de sastre, es un cajón desastre...

**L.** Sí, porqué el sastre tenía un cajón donde metía todo lo que no podía clasificar ni categorizar. Otra cosa que lamento enormemente es que, con el avance del DSM, sobre todo a partir del DSM3, se ha perdido la psicopatología como referencia...

**P.** Sí, sí...

**L.** ...y la categorización clínica también. Por ejemplo, cuando se intenta comprender la no pureza de los cuadros clínicos de los niños con autismo donde observas componentes deficitarios, simbióticos, disociativos, a la vez que autísticos, yo echo mucho en falta la clasificación antigua de las psicosis infantiles, donde se hablaba de la psicosis autista, la psicosis deficitaria, la psicosis simbiótica y la psicosis disociativa, de las que tú también en ese sentido has escrito, como Lasa también. Yo creo que la pérdida de vista de la psicopatología nos ha colocado en una encrucijada en la que los diagnósticos son inseguros y los tratamientos son inadecuados porque para un tratamiento adecuado hace falta un diagnóstico acertado.

**P.** Hay una cosa muy importante, que has señalado y que hay que recordar. En la DSM, la S es *statistical*, en inglés, y se ha transformado en *clinical*. Bueno, pues no, no es clínica, no son características clínicas, son recogidas de datos estadísticos y una recogida de datos estadísticos se aleja bastante de lo que tú ves en la

clínica y sobre todo la comprensión psicopatológica de esa clínica y se convierte solamente en una matematización de cumplimiento de criterios. Esa matematización de cumplimiento de criterios se aleja del proceso comprensivo del sujeto y de la subjetivación de los procesos. Aunque sean similares en la clínica, la parte de cómo se comunican y de cómo se recogen es de cada paciente.

**L.** Claro... Esa desviación, yo diría perversa, de lo estadístico hacia lo psicopatológico, cuando en realidad tiene fines sobre todo epidemiológicos no clínicos, nos lleva a que muchos profesionales consideren que la formación clínica la tienen del DSM y que eso es psicopatología, formación psicopatológica.

**P.** Sí, sí... ese es el libro de estudio. Y no, mire usted, ese no es el libro de estudio. Eso es una categorización, como tú muy bien has dicho, con un fin de recogida epidemiológica, pero nunca significa una perspectiva clínica, no debe significarlo. Y es muy importante que la gente que somos madura recordemos que estamos con los DSM muy lejos, muy lejos, muy lejos de la clínica real. Fíjate qué cosa más curiosa... En el año 1981, 1982, cuando salió el DMS3, Carlos Castilla del Pino ya avisó que iba a ser un demolidor de la psicopatología. Lo avisó en el año 1981. En el año 1983, los propios autores del DSM, Spitzer y Williams, dos de los grandes promotores del sistema, sacaron un trabajo que se publicó en el American Journal of Psychiatry en el cual exponían que habían realizado una investigación con los residentes de psiquiatría de Estados Unidos. Y decían que estaban muy contentos porque había habido una gran convergencia diagnóstica, habían pasado de convergencias diagnósticas del 30-35% al 70-75%, estaban muy contentos de haber conseguido eso. Se habían conseguido unas convergencias de prescripción terapéutica que podían oscilar entre el 40-45%, también por ello estaban contentos. Pero, sin embargo, avisaban... recuerdo, 1983-84, American Journal of Psychiatry, Spitzer y Williams... avisaban: ¡Ojo! Estos residentes de psiquiatría no saben psicopatología, se han perdido las bases de la estructuración y de la organización psicopatológica y eso será un

grave hándicap en el ejercicio profesional y en la práctica profesional. Pues bien, a finales de los noventa, Offit, otro de los grandes dice: Bueno, esto es un desastre porque resulta que ustedes están catalogando síntomas que no tienen nada que ver con las estructuras psicopatológicas subyacentes y por eso fracasan también las elecciones terapéuticas, porque no es en base a los síntomas, sino en base a las estructuras psicopatológicas.

L. Claro. Y la pena es que la OMS, con el CIE, que es también la clasificación internacional de enfermedades, se ha adherido prácticamente a la evolución del DSM y cada vez ha perdido más la referencia psicopatológica que existía en el CIE-9, por ejemplo.

P. No, en el CIE-10 todavía persistía. El CIE-11 va a ser muy complicado, porque van a quedar restos en el CIE-11. ¿Qué es lo que ha pasado? Pues muy sencillo, verás. Lo que invierte la Organización Mundial de la Salud en un año para su sistema

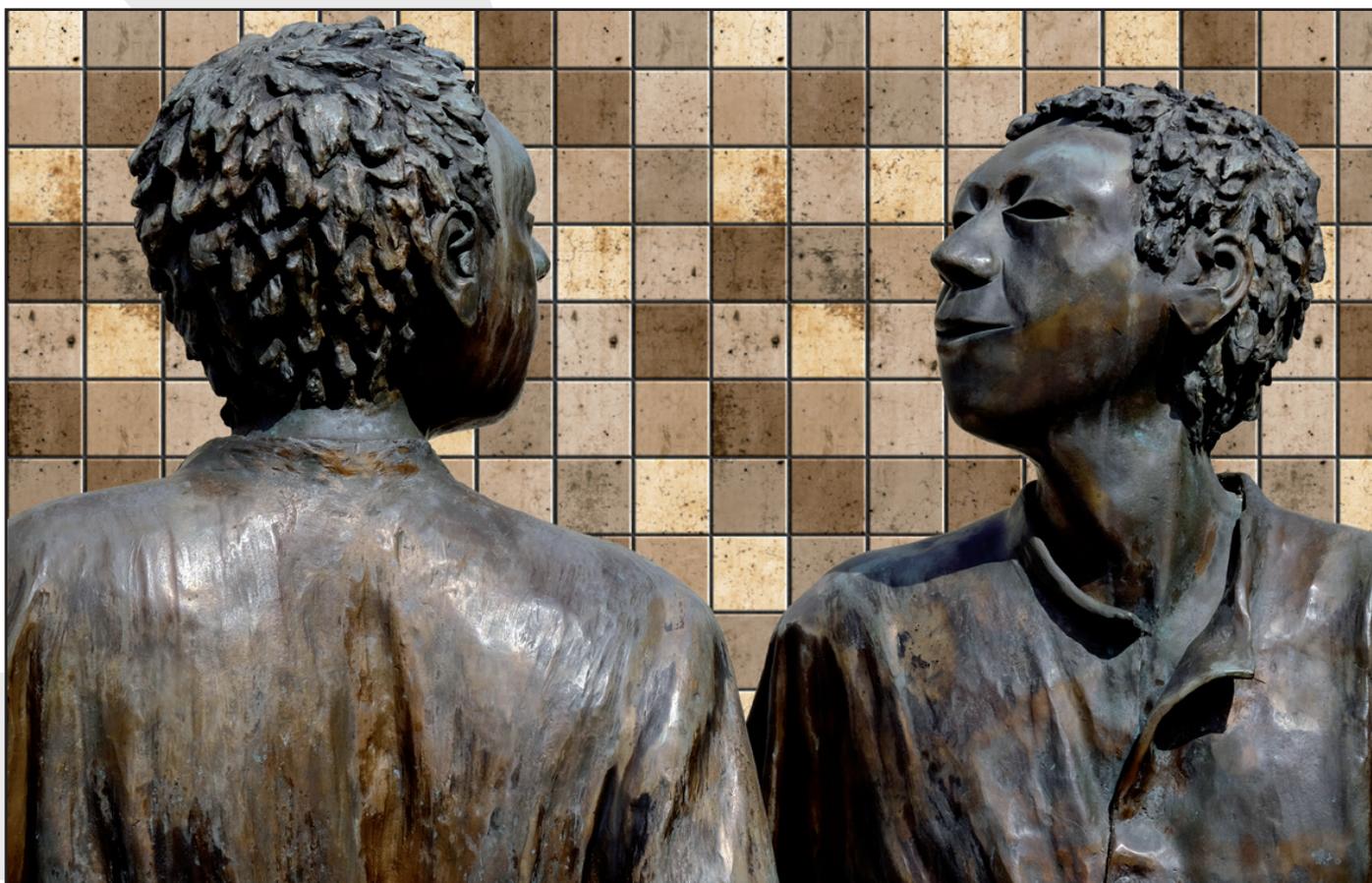
de clasificación lo invierte la American Psychiatric Association... ¡en un mes! Con lo cual, la capacidad de difundirlo es muy superior en la American Psychiatric Association que en la Organización Mundial de la Salud. Esta es una cuestión absolutamente fundamental. Y el segundo gran factor es que la práctica totalidad de lo que se conoce como revistas de *impact factor* son americanas o tienen una base americana, aunque exista la neozelandesa, la australiana, la canadiense... Pero bueno, digamos que el 70% de las revistas de *impact factor* son americanas y exigen que pongas en primer lugar el DSM. Tú mandas a una revista americana de estas de *impact factor*... yo que sé, al Current Psychiatric o al Psychiatric Research, cualquier de estas, o al Community Psychiatric y, si no tienes la referencia del DSM... bueno, bueno, no pasas la vara de los *referees* ni muchísimo menos, no te publican. Y si te publican con otro criterio, lo tienes que comparar con el DSM5.

L. Estamos en manos de un oligopolio.

P. Claro, total...Y luego hay otra potencia, una potencia magnífica. Un común amigo nuestro, que ya no está entre nosotros desafortunadamente, como era Valentín Cortés, hizo un estudio maravilloso en el cual explicaba que la gran presión para que llegaran a un acuerdo las sociedades científicas americanas la establecieron las mutuas y el sistema judicial porque estaban hasta las narices de que los peritos tuvieran visiones divergentes en muchas ocasiones durante un caso. Entonces, les obligaron, les obligaron entre comillas, a que se pusieran de acuerdo en un criterio único y que ese fuera el criterio. En las mutuas, para dar las coberturas y en el sistema judicial, para dar la sensación de unidad a la hora de culpabilidad o inocencia en un caso.

L. ¿Qué te parece si pasamos al siguiente punto, José Luis?

P. Fenomenal.



Juan Larbán: *Está comprobado que el niño autista carece de esa percepción de interioridad, de mundo interno, de subjetividad y, por lo tanto, hay imposibilidad de comunicación intersubjetiva, que es el poder comprender al otro como si estuviese en su lugar, sin confundirse con él.*

L. Sería el de la **detección**. Respecto a la detección, te quería comentar que, quizás, no se hace hasta ahora lo suficientemente pronto porque el M-CHAT, por ejemplo, se hace a partir de los 18 meses y, como hemos visto, los déficits estructurales en el caso del autismo se pueden desarrollar ya en el primer año de vida del bebé. Por otra parte, si hablamos de los criterios del DSM nos encontramos ya con un comienzo de estructuración rígida, que empieza a ser rígida del autismo, y nos enfrentamos más a secuelas que a un trastorno en su inicio. Estaríamos diagnosticando dentro de una prevención digamos terciaria, prácticamente... y cuaternaria por no haberlo hecho antes, porque eso ya es un perjuicio iatrogénico para el bebé y las familias. ¿Estás de acuerdo en que habría que estimular más lo que sería la detección verdaderamente temprana, que la sitúo, si es posible, en el primer año de vida del bebé?

P. Hombre, por favor... Mira, esto no es una sistema de clasificación, sino que es una entrevista semiestructurada que diseñó Serge Lebovici para evaluar la interacción de las figuras parentales con el niño, con el bebé, y ésta es una cuestión absolutamente fundamental porque tiene el aspecto sensorial, el aspecto comunicacional, el aspecto reactivo, el aspecto estimular y, entonces, claro... si tú metes todo eso en una observación y haces una entrevista, entonces ya sí que te puedes aproximar al aprovechamiento de la parte de intervención precoz. Quizá no como un diagnóstico total, pero sí de sospecha suficiente, por lo menos de disfunción comunicacional y disfunción en la estructura de la comunicación y la interacción y, por lo tanto, te permite actuar de una manera positiva, en ese aspecto, en la díada, de una manera clave. Ese es el primer aspecto que creo que es fundamental para la prevención. El segundo aspecto es que debemos volver a reevaluar cómo se establecen las conductas de apego y, por lo tanto, el progreso del proceso de vinculación para ver que esté en su zona. Si no se obtiene, quizá eso suene muy antiguo, la secuencia de los organizadores del yo que decía

Spitz o no se obtiene la humanización de las relaciones en la interacción, como decía Stern, de ese bebé que habla, de ese bebé que comunica y por lo tanto no le damos esa perspectiva de Cramer y Brazelton en la cual nos decían... Oiga, que tiene competencias, que un bebé cuando vuelve la cabeza es que no quiere más, aprendamos a integrar esas competencias del bebé de una manera razonable... Entonces veremos que nos vamos acercando más a los diagnósticos precoces. Pero ojo, cuando decimos esto no lo decimos como recogida de ítems, presente-ausente- presente-ausente, sino como elemento dinámico en el cual se obtiene uno u otro y cómo se relaciona con los demás y eso significa tener experiencia. Dicho de otra manera, ningún R1 va a saber nunca diagnosticar un proceso autista de verdad precozmente, porque se necesita una experiencia clínica y una comparación muy importante, sobre todo una capacidad de observación sin proyección. Por lo tanto, va a necesitar supervisión para hacer ese tipo de diagnósticos. Yo creo que es absolutamente clave para que el proceso de diagnóstico se haga más precoz y por lo tanto se pueda hacer prevención, cuánto más y mejor se diversifiquen las observaciones de bebés. Si tú haces una buena observación de bebés y un buen nivel de las interacciones tanto de las comunicacionales como de las simbólicas, de la interacción simbólica, ésta es una situación que nos permitirá poder acceder, creo yo, a prevenir de una manera razonable o por lo menos la evolución a situaciones de autismo grave severo y nos quedará probablemente unos rasgos, unas percepciones que podrán ser distintas, diferentes y, como tú decías, que se van a ir articulando en los aspectos más psicóticos de los núcleos psicóticos del sujeto sin llegar a ser el elemento autista. Yo recuerdo una madre de un autista gravísimo que, cuando ya salía del autismo y estaba en esa situación ya más psicótica, me hizo una pregunta que fue de las de potencia. Decía, ahora veo a mi hijo y veo la labor y el trabajo que ha estado haciendo usted con él y usted con nosotros, pero yo no

sé si hubiera sido mejor que se hubiera quedado sin enterarse de tanto.

L. Sí, a mí también me ha pasado con pacientes que han salido del núcleo autístico, incluso que han recuperado parte del componente deficitario, pero en los que se ha puesto más de relieve el aspecto disociativo y hay niños que se volvían mucho más agitados, que se podían confundir con diagnóstico de hiperactividad. Y también me decían en un momento de confianza: no sé si no estaba mejor más quietecito, nos dejaba más tranquilos. Pero bueno, es importante que estos pacientes por lo menos han aguantado, y los familiares también, porque son momentos clave en los que el sostén que hay que darle al niño y a la familia son mayores. Precisamente, por ir mejor pueden abortar el tratamiento debido a esto que estamos hablando. Cuando hablábamos de la detección y hablabas del aspecto secuencial de la detección de los factores de riesgo, efectivamente yo estoy de acuerdo contigo que hay que hacerlo mediante etapas evolutivas. Si vamos a detectar los factores de riesgo en el primer año de vida, por lo menos habría que hacerlo a los 3 meses, a los 6 meses, a los 12 meses y, quizás, luego a los 18 meses para ver la persistencia de los signos de alarma, para ver la potenciación de los unos con los otros, para ver la persistencia o no de cierto tipo de disfunciones interactivas, de ciertos mecanismos de defensa del bebé, etcétera. Una observación puntual, desde luego no nos sirve. Sí que nos puede servir una observación puntual en algo muy interesante que está potenciando ASMI<sup>3</sup>, que es la Escala de Observación del Bebé, que se llama *Alarma: Bebé en Apuros*, de Guedeney, que permite la detección de los retraimientos emocionales del bebé por causas inespecíficas y esto puede ser muy útil para los pediatras, por lo menos, que se despierte la atención en ellos y, si persiste, lo puedan derivar a una consulta más especializada. ¿Te parece?

P. Me parece perfecto. Hay también otro sistema que se trabaja, que son las escalas de Barthélémy. Barthélémy hizo unas escalas también de 3, 6, 12, 18 me-

<sup>3</sup> Asociación para la Salud Mental Infantil desde la Gestación. Filial española de la WAIMH (Asociación Mundial para la Salud Mental Infantil).

ses que son de una gran importancia y son fáciles en el sentido de que con formación adecuada las puede trabajar el pediatra, teniendo en cuenta que el pediatra está haciendo seguimientos serios y muy periódicos sobre el estado de salud y por lo tanto puede ir integrando. Que no tiene que pasarlo como una encuesta, sino que tiene que aumentar su percepción sobre esos datos y cuando se marcha el paciente poderlo reseñar de una manera suya, de una manera de decir... pues no me está gustando lo que está ocurriendo en la percepción, en la reacción, en la motivación y en las respuestas que está teniendo... Que lo pueda poner de una manera personal. Yo creo que eso es absolutamente clave y fundamental. La Organización Mundial de la Salud planteó como un elemento fundamental el trabajo en los cinco primeros años de vida. El trabajo de captar esos niveles de interacción y de vinculación de una manera muy clave y que además debían ser realizados desde los servicios de atención primaria porque eso son actividades propias de tipo preventivo, no son actividades de tipo intervención profesional. Y sí que planteó de una manera rotunda que había que formar a los profesionales de atención primaria en que fueran sensibles a este estímulo. Yo recuerdo que yo pertenecía a este grupo y que una de las cosas era, por ejemplo, cómo se valora la respuesta interactiva y la respuesta sensorial. Les decíamos: pues lo pueden hacer cuando les están sacando del baño, le sacan del baño lo ponen desnudo boca arriba, te acercas, te alejas, le pones el pañal, le haces los estímulos en las plantas de los pies, le coges de las manitas y, de repente, todos esos aspectos dan un tipo de respuestas y, al mismo tiempo, estás haciendo una estimulación y, al mismo tiempo, te estás poniendo tú a disposición de esa interacción con el bebé y, además, no hay que enseñarlo directamente porque sale de una manera automática en el ejercicio de las funciones y de las conductas de apego, porque las conductas tienen esa característica fundamental de transversalidad fetológica. Y eso es absolutamente importante, importantísimo. Luego le daremos noso-

tros la lectura profesional. ¿En qué? En el trabajo de cobertura a los servicios de atención primaria, en el trabajo con los servicios sociales, en el trabajo con los servicios educativos, pero ya lo de ellos lo están recopilando, lo están recogiendo y hay que darles el sentido, no diagnóstico, sino comprensivo, esto es muy importante. A mí no me importa que haga el diagnóstico un pediatra, no me importa nada, Juan, lo que quiero es que detecte, que sea sensible y, por lo tanto, recoja y lo pueda canalizar. Lo mismo que los servicios psicopedagógicos y psicoeducativos. No los veo yo con un criterio diagnóstico, los veo con un criterio de detección y de movilización hacia la atención y luego potenciar las coberturas que se puedan dar. Y a los servicios sociales. Igual. Pero es que aquí estamos pervirtiendo todo... todo el mundo quiere diagnosticar y colocar rótulos. Y así vamos mal... Es mi punto de vista.

L. Claro, has comentado algo muy importante y yo reflexionaba sobre esa importante labor de la atención primaria y, en el caso de los niños pequeños, del pediatra o de la atención temprana en educación. Y me planteaba el tema de la formación de estos profesionales y cómo articular los conocimientos desde la psiquiatría con los de ellos para lograr una colaboración eficiente. Y me he acordado de la gran labor que has hecho tú durante mucho tiempo como psiquiatra de enlace en hospitales y, lamentablemente, yo creo que es una función de los psiquiatras que prácticamente se ha convertido en inexistente. Espero que, con la creación de la especialidad de psiquiatría infantil y del adolescente, esta figura de la interconsulta y del consultante se sistematice porque ahora queda en manos, simplemente, de la buena voluntad de los psiquiatras de los centros de salud el colaborar o no y el formar o aumentar la comprensión de los profesionales, tanto de educación como de atención primaria. Espero que, tanto en los criterios de formación de la especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia como en la estrategia de salud mental, este tema de la interconsulta sea uno de los puntos fuertes, ya que además tú has sido muy pionero en ello.

P. Pues muchas gracias, Juan. Verás, tanto en la parte de la especialidad como de la estrategia de salud mental futura, que está ya a punto a punto de caramello, algo he tenido que ver, en una cosa y en la otra. Y la verdad es que es muy difícil conseguir consensos, Juan, es tremendamente difícil. Porque la gente confunde el consenso con el *pon lo que yo digo*, con el *qué hay de lo mío*, no es un acercamiento e integración de posturas, sino que cuando tú buscas una síntesis dialéctica, el otro dice *es que no está totalmente lo que yo he dicho*... Es que no debe estar lo que usted dice...

L. El narcisismo, José Luis, el narcisismo...

P. ... No es lo que usted dice, sino lo que podemos entre todos construir, entender, comprender y avanzar en conjunto, que todos vayamos en la misma línea de avance, no cada uno de una manera disarmonica. ¿Te acuerdas de lo de las disarmonías evolutivas de Misès? Pues cada uno de una manera muy disarmonica. No. Debe ir armónicamente todo, para que entre todos se pueda hacer. Yo creo que ahora lo importante va a ser qué va a ocurrir con esa comisión que en los próximos tres meses tiene que formarse. Es decir, el 4 de agosto lo podemos señalar a fuego porque ha habido algo importante, pero no será hasta el 4 de noviembre cuando yo te diga si de verdad se ha comprendido lo que salió el 4 de agosto.

L. Claro. Las comisiones que decías, que son las que van a elaborar la normativa y los criterios.

P. Esto es lo de Romanones, ¿no? Hagan ustedes las leyes, déjenme a mí los procedimientos. Y eso una gran faena.

L. Esperemos que no tarde mucho también en ser aprobada la especialidad de psicología de la infancia y la adolescencia.

P. Pero tiene que ir al ritmo que lleva la parte de la psicología. Vamos a ver, la medicina lleva 25 siglos, la psicología lleva 150 años. Esos desfases... aunque en 150 años han recorrido mucho más que nosotros en 25 siglos, esto también hay que decirlo así, pero las situaciones institucionales son muy peculiares en estos 150 años. Ojalá sea lo más rápido posible, pero también tiene que entrar esa

dificultad que en ocasiones ha tenido la psicología de verse dentro del campus sanitario. Y estar en el campus de humanidades, estar en el campus de sociales ha dificultado mucho la posibilidad de integración.

**L.** Yo creo que la especificidad cada vez más arraigada y más diferenciada de la psicología clínica con respecto a la psicología educativa y la empresarial, sería el camino a seguir dentro de la psicología clínica, así sería más fácil lograr ese reconocimiento.

**P.** ¡Ojalá! ●