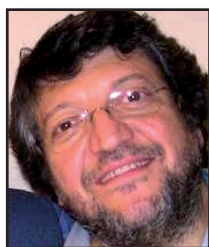


Cerramos con este segundo capítulo el diálogo llevado a cabo entre Juan Larbán y José Luis Pedreira, en el que conversan sobre el diagnóstico, la prevención y el tratamiento en el autismo. La primera parte se publicó en el anterior número de nuestra revista el mes de diciembre de 2021. La edición del diálogo ha sido realizada por el Equipo *eipea*.

Diálogo entre profesionales: Juan Larbán y José Luis Pedreira (segunda parte)



Larbán. ¿Qué te parece si avanzamos? Hemos apuntado ya el tema del **diagnóstico** cuando hablabas de la formación del profesional a la hora de la detección, de las escalas de evaluación, etc. El diagnóstico, que no se puede hacer con escalas de respuestas sí o no, ni lo pueden hacer los padres, ni lo pueden hacer los profesionales que no son del área sanitaria y que no estén perfectamente bien formados para ello. Con experiencia, como tú decías, porque nos jugamos mucho en un diagnóstico acertado o equivocado ya que está el tratamiento como consecuencia de ello, que sea acertado o no. Y es el tratamiento el que va a determinar el futuro de la salud del sujeto. Esa experiencia clínica, esa base formativa en psicopatología que, lamentablemente, muchos de los profesionales ya no tienen sería lo que aseguraría un diagnóstico adecuado para que el tratamiento sea acertado. ¿Te parece?

Pedreira. Totalmente de acuerdo... Bueno, qué te va a decir un profesor de psicopatología jubilado... más que defender los fundamentos psicopatológicos. Sobre el proceso diagnóstico, recuerdo a los residentes que venían a rotar conmigo. Se sorprendían muchísimo de que

cuando llegaba una sospecha de autismo, de autista, Trastorno del Espectro Autista, Trastorno Generalizado del Desarrollo, como lo queramos denominar, entraba la familia y el niño y yo hacía la presentación de los que estábamos y me callaba. Me callaba y me pasaba como diez o quince minutos observando qué pasaba, observando qué decía o hacía o cómo funcionaba el niño, cómo reaccionaban papá y mamá ante esa situación de una reunión donde aparentemente no se habla. Pero en esa situación sí que funcionaban miradas, toses, funcionamientos de ir a coger, de ir a retener, de ir a hacer, palabras y sonidos emitidos y, sobre todo, funcionaba algo maravilloso en el niño, que era si tú veías si buscaba o no buscaba el contacto humano, por ejemplo, si buscaba o no buscaba el contacto con las cosas que había en el despacho. Y en muchas ocasiones, después de esos quince minutos, les decía a los papás: *Bueno, pues ahora vamos a buscar lo que tiene el niño, pero les puedo adelantar que autista no es...*

L. Muy bien.

P. ...autista no parece que sea. Porque, claro, tú habías valorado todas esas cosas y los residentes, la primera vez que se sentaban, se quedaban muertos. Pero paulatinamente, cuando se iban asentando, decían: *¿Sabes que tienes razón?... Y luego, cuando ya han marchado de rotar y me han vuelto a ver, me han dicho: Oye, tu método funciona. Ese es un método de estar, un método de observar, el método de involucrarte, porque en el momento de involucrarte, porque en el momento en que haces eso lo que ocurre es que*

estás denotando tu compromiso con esa demanda asistencial, con esa evaluación que vas a hacer.

L. Claro, es el papel del observador implicado; lo han captado claramente los residentes.

P. Sí, esa situación es absolutamente fundamental. Yo creo que ese es un paso. Segundo paso, lo decía mi maestra Flora Prieto: *¡Huy! Hasta que no se ven cien casos de autismo no se sabe lo que no es autismo... ¿Qué es lo que ocurre? Que mientras no sabes lo que no es metes más dentro del autismo, porque no sabes lo que no es, que es una cuestión absolutamente fundamental. Hasta tal punto que hay un taller-seminario que yo doy en varios países de Latinoamérica que se llama "Qué es y qué no es TGD y TEA".*

L. Buen título...

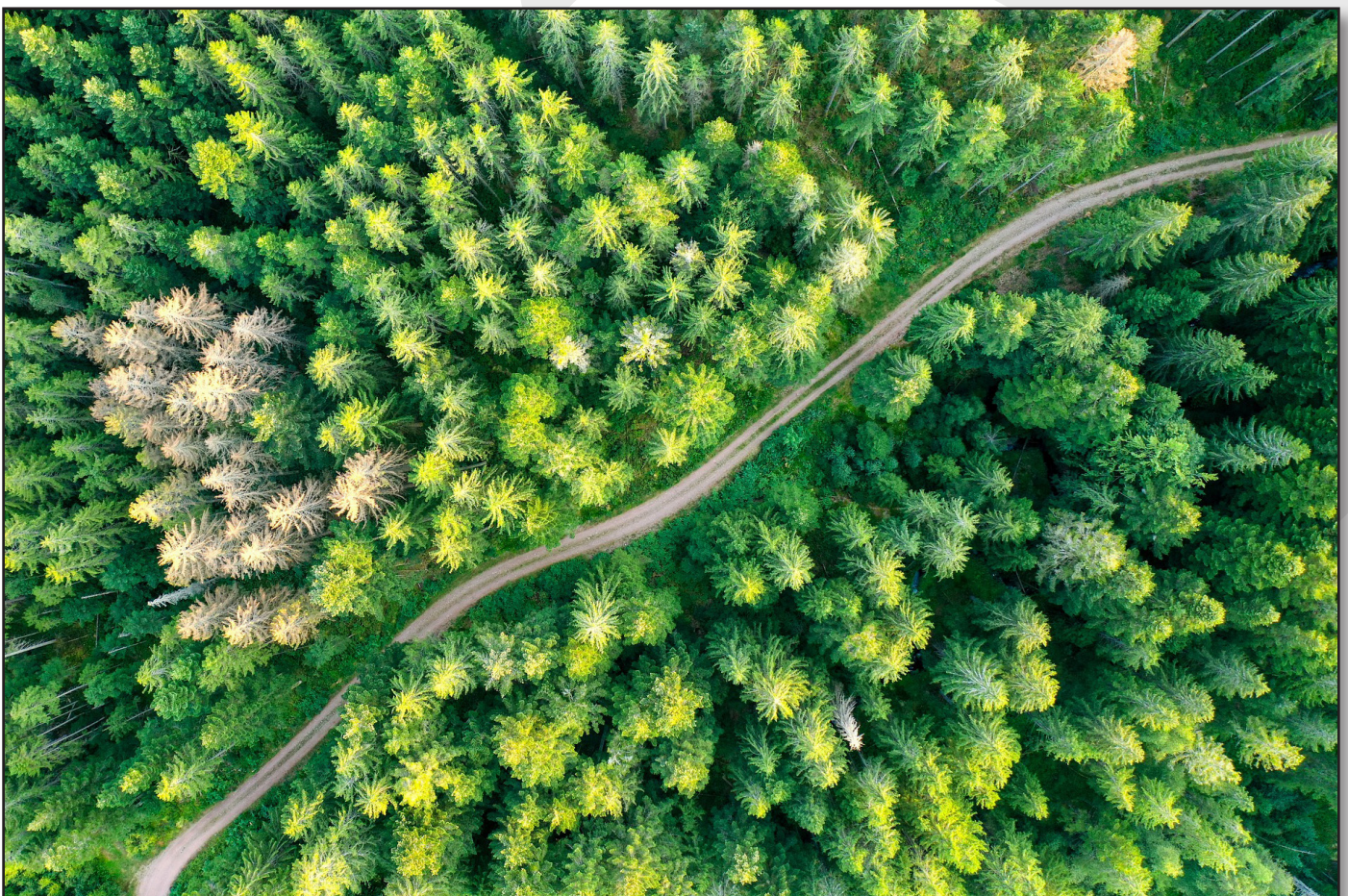
P. Tiene muchísima aceptación y además lo suelen puntuar muy bien los alumnos y las alumnas porque creo que el diagnóstico no es un diagnóstico de ítems, sino es un proceso, un proceso en el que tú estableces una primera sospecha. Sobre la sospecha, buscas la información y, a medida que vas obteniendo la información clínica de la interacción, de las consecuencias, del funcionamiento cognitivo, del funcionamiento relacional, de cómo evoluciona el lenguaje, de cómo evolucionan las sensaciones, de cómo evoluciona lo que te cuenta el niño etc. y, con todo eso, resulta que tienes que ir elaborando algo, tienes que hacer una elaboración del caso. No es sumar ítems, sino es comprender lo que te está diciendo el niño. Lo mismo ocurre

en las sesiones psicoterapéuticas. En las sesiones psicoterapéuticas, ¿qué dices? ¿Vamos a hablar de tus fantasmas? No. Vamos a hablar de lo que has hecho esta semana, de dónde te has enfadado, de con quién te has enfadado, de cómo te has enfadado... y entonces, a partir de ahí, podemos elaborar cómo es el funcionamiento mental y las señalizaciones que nosotros hacemos, pero las hacemos sobre lo que nos está contando el niño de la realidad de su cotidianidad y de su percepción cotidiana. Lo mismo pasa en el proceso diagnóstico. Tú tienes que ir dando estímulos para ver cómo responde y lo que tú evalúas es cómo responde ante el estímulo que tú le has dado, no la respuesta final ante el estímulo que es un epifenómeno. Para mí la respuesta final es un epifenómeno, pero cuando le lanzo el estímulo ahí la sorpresa, la aceptación, la colaboración, la respuesta inmediata, el quedarse como pensando, esas miradas que te hacen frunciendo el

ceño como diciendo: *pero ¿qué estás haciendo tío?* Y cuando hay alguien que lo capta así, que es capaz de reaccionar con la mirada y con la mímica, oye, es muy difícil que sea un autista. Podrá tener dificultades, pero es otra cosa, porque tiene mímica, porque eso significa que le está llegando y que te quiere comunicar aunque no tenga las palabras para hacerlo. Por eso creo que es importante, tú recordarás, de la clasificación francesa de los trastornos mentales de niños y adolescentes, aquel apartado, que yo no sé por qué ha desaparecido de las otras clasificaciones, de Trastornos del Desarrollo Psicomotor y cómo en los Trastornos del Desarrollo Psicomotor había respuesta, coordinación de los movimientos y, de la respuesta, percepción de si se da cuenta o no se daba cuenta de lo que estaba aconteciendo, cómo se establecía el lenguaje y cómo te lo comunicaba. Y luego, sobre todo, no queramos que un niño de tres años nos conteste como si fuera Ci-

cerón. Un niño de tres años dice frases entre tres y cinco palabras los más inteligentes, lo normal son de tres-cuatro palabras las frases que utiliza. Moraleja, no seas besugo, no le preguntes con frases de más de tres o cuatro palabras porque no se va a enterar y, si no se entera, no hay capacidad de interacción; lo que te pondrá es cara de sorpresa, de rechazo o pasará de ti directamente. Yo creo, y por eso decía, que no hay un diagnóstico sino un proceso diagnóstico, donde además también evalúo la interacción y donde, sobre todo y lo que es más importante, los síntomas adquieren una dinámica evolutiva longitudinal y no de suma, sino de respuesta y de interacción con los propios síntomas.

L. Claro, el diagnóstico concebido como proceso y efectuado como proceso permitirá, como tu decías, la elaboración de hipótesis que luego hay que verificar o no y, entonces, ya haces un criterio de inclusión o exclusión y, por lo tanto, es-



José Luis Pedreira: El diagnóstico no se basa sólo en poner los criterios de inclusión, sino en que cumpla también los criterios de exclusión.

tás haciendo el diagnóstico diferencial. Y, al mismo tiempo, también lo que estás haciendo es asegurar que las respuestas que tú le das al niño o las preguntas que tú le haces se corresponden con su nivel de comprensión, como decías tú, ¿no?

P. Hay un aspecto fundamental en eso del diagnóstico, que ese tiempo nosotros lo poníamos en marcha en el hospital del Niño Jesús con el hospital de día de pequeñitos. Entonces, yo trabajaba con el personal que estaba en el hospital de día, que era personal de enfermería y educativo, trabajaba con ellos fundamentalmente los aspectos de observación concreta y estímulo concreto y, sobre todo, que evaluaran lo que nosotros llamábamos los períodos de transición. Es decir, desde donde estaban más libres en actividades de mayor libertad a actividades estructuradas y, al revés, de actividades muy estructuradas a actividades más libres. Esos períodos de transición son muy importantes en la infancia y eso significa que hay que tener la sensibilidad esa de los profesionales para que lo puedan recoger. Y trabajábamos mucho y utilizábamos unos criterios diagnósticos que vas a recordar mucho. Uno era ese del Retraso Madurativo Psicomotor, que creemos que es un aspecto muy importante; otro, trabajábamos los trastornos vinculares, diciendo si el vínculo era seguro, si el vínculo era ansioso, si el vínculo era desorganizado. Íbamos trabajando todos los aspectos que estaban dentro de esa situación vincular y por lo tanto llegábamos a una conclusión absolutamente maravillosa que era rescatar el diagnóstico de la Disarmonía Evolutiva de Misès. Rescatando el diagnóstico de la Disarmonía Evolutiva de Misès nos casaban más niños que con otro tipo de diagnósticos... Es más, en el *draft* de trabajo de la clasificación de 0 a 3 años de los americanos está contemplado. Y está contemplado porque tanto Cohen como Rapaport hablaron de los Trastornos Multidimensionales del Desarrollo o el Trastorno de Incapacidad Multidimensional y, qué curioso, no le querían poner autismo, no le querían poner TEA, era una cosa distinta... Pero tampoco le querían poner Discapacidad Intelectual, tampoco le querían poner una psicosis

de entrada. Ponían estos aspectos. Hombre, yo creo que Cohen o que Rapaport o que Misès de tontos tenían lo justo, por no decir nada, ¿no? Entonces, si con su experiencia no ponen esos criterios diagnósticos es que debe de haber un campo intermedio en el cual tenemos que movernos en la incertidumbre. Incertidumbre que, como decía Prigogine, si la aceptas consigues organizarla. Si no lo aceptas y la rechazas, porque quieres solamente certidumbres, no va a servir para nada.

L. La incertidumbre es lo que te permite estar en alerta y seguir investigando y seguir trabajando sobre lo que estás buscando. ¿Te parece que pasemos al tema de la prevención y luego al tratamiento rápidamente?

P. Adelante.

L. Sobre la **prevención** ya hemos visto que la prevención primaria y secundaria se fundamentan en una detección precoz en el primer año de vida y, si no es posible, como mínimo en los tres primeros años de vida. Porque a partir de los tres años de vida sabemos que el trastorno, sea cual sea, se interioriza y forma parte de la personalidad del sujeto y hay que trabajar entonces no sólo con los aspectos relacionales, sino también ya con la estructura interna del sujeto y con el trastorno. Tratando también, como decíamos, el diagnóstico de comprender el significado y la función del síntoma y no verlo como algo que hay que suprimir o calmar o atenuar, sino que nos está diciendo algo sobre el significado y la función que el sujeto le da a ese síntoma para funcionar, para sobrevivir, para atenuar su sufrimiento, por ejemplo. Luego, estaría la prevención terciaria, que sería la que se hace ya cuando el trastorno se está interiorizando y podrían ser ya los criterios diagnósticos de la Tríada de Wing o con edades ya superiores a los tres años. En edades como los cuatro o cinco años ya estaríamos hablando de inicios de una prevención terciaria y no digamos ya la cuaternaria, que es la prevención de la yatrogenia, que es todo lo que hemos visto que se está haciendo sin querer por un mal diagnóstico y un inadecuado tratamiento.

P. Totalmente de acuerdo contigo. Yo creo que la prevención primaria, se-

cundaria y terciaria son las que más conocemos. La primaria es muy difícil de establecer porque es trabajar sobre los elementos de pensamiento y de percepción global para estar alerta y eso precisa de una disponibilidad del psiquismo de los profesionales que, a veces, a algunos, les da miedo. Miedo a esa disponibilidad hacia el psiquismo del otro y hacia las otras circunstancias. Con lo cual, lo más que podemos hacer son actividades de promoción, en las que vamos a promover un mejor apego, una mejor relación, una mejor interacción y ahí parece que se encuentran seguros. Y eso, además, con un programa de formación, en plan taller, que dure tres o cuatro meses, es más que suficiente para poder trabajar en estos aspectos de promoción de la salud, de la salud mental, de la salud interactiva, de la salud evolutiva.

En la prevención secundaria, es absolutamente fundamental el diagnóstico precoz, lo hemos hablado antes. Hemos hablado de cómo la sensibilidad está en que no se escape ninguno de los síntomas que se recogen; primer punto. Y el segundo punto sería que nos fijemos en las cosas sobre las que estamos actuando y eso los pediatras, si se les enseña, lo suelen conseguir de una manera bastante positiva y bastante razonable, sobre todo porque son los profesionales que tienen más prestigio ante las familias. Y como son los profesionales que trabajan con ellos y que tienen más prestigio hay que darles los instrumentos, las herramientas, para que puedan trabajar en esa prevención secundaria de la detección precoz y se conviertan, también ellos, en instrumentos de acción positiva.

Como bien decías tú, la prevención terciaria es la actividad clínica. Es decir, hacer un buen diagnóstico, no meter la pata, trabajar los criterios de inclusión, pero también los de exclusión... El diagnóstico no se basa sólo en poner los criterios de inclusión, sino en que cumpla también los criterios de exclusión. Saber que un diagnóstico es un proceso y, por lo tanto, precisa tiempo y cuánto más difícil es el diagnóstico, más tiempo va a precisar. Cuanto más pequeño es el niño o la niña, más tiempo vamos a necesitar. Cuantos más profesionales y famosos ha-

yan visto a ese niño o esa niña, más humildes hay que ser y poder decir a los padres, como he hecho yo en algunos casos: *Mire, han venido con el psiquiatra tonto porque yo no sé hacer un diagnóstico en media hora ni en una hora, yo necesito tiempo y si quieren ustedes pueden marcharse, pero yo no sé cuánto tiempo voy a tardar en darles un diagnóstico.* Porque además no sé si yo, no sé si tú, alguna vez puedes decir el tiempo en el que haces un diagnóstico. Yo no sé el tiempo exacto en el que puedo hacer un diagnóstico. Eso es una intervención terapéutica. Les estás transmitiendo, precisamente: *Mire, es que las cosas no son tan sencillas, es que tenemos que manejar la incertidumbre, es que tenemos que manejar la dificultad, es que tenemos que manejar aquello que no está claro, las zonas de oscuridad, la negrura.* Todo eso lo tenemos que manejar también en el diagnóstico.

Y, finalmente, la que más me preocupa a mí es la prevención cuaternaria. Como bien sabes, yo he trabajado mucho sobre la prevención cuaternaria, sobre la prevención de la yatrogenia. La primera yatrogenia que se da es cuando tú pones una palabra que ocluye, que obtura todo el proceso de funcionamiento mental del otro. Y hay veces que poner una palabra diagnóstica se convierte en la tapadera de la olla exprés, que está muy bien cerrada, que no sale nada, pero que tiene una presión interna que, una de dos, o quitas la válvula para que se escape todo y se enfríe o, sino, te explota. Y ese es un aspecto fundamental, porque si aumentas la tensión estás aumentando la yatrogenia y entonces ya solamente quieren ver ese diagnóstico maravilloso. Y ese diagnóstico maravilloso no existe.

Hace poco venía un padre con un niño al cual le habían diagnosticado de TEA y la mamá creía absolutamente que era un TEA y estaba más en el lado deficitario, en el lado de un perfil de discapacidad intelectual. Había tenido incluso sus antecedentes perinatales, etc. y el padre decía: *Yo creo que hay que hacer otras cosas, pero es que la madre está enganchada en que puede ser un TEA.* Cuando empezamos a trabajar por qué creía él que su mujer quería ver un TEA, dijo: *Mire, porque eso le da seguridad. Si es autista le*

da seguridad de lo que le está pasando y, además, algo muy importante, a lo mejor tiene un tratamiento el autismo. Pero si es una discapacidad intelectual y tiene el origen en una anoxia perinatal, entonces no va a haber... bueno, podrá mejorar, podrá adaptarse, podrá obtener facilidades, pero verdaderamente no va a haber, entre comillas, una cura o un tratamiento que sea inequívoco. Estos aspectos son absolutamente capitales, porque el poner ese nombre, esa tapadera, ya en sí es un acto yatrogénico.

El segundo lugar de la yatrogenia es querer justificar, mediante el diagnóstico, todas las conductas y todas las respuestas que tiene el niño. *No, es que es autista.* Pero, vamos a ver, no. Está con una clínica autista, pero no es la esencia de él; la esencia de él es la esencia humana, la esencia del sujeto, la subjetividad y la subjetivización y eso es lo que tenemos que ir a buscar. Pero si usted le coloca el *es autista* y justifica todas las comunicaciones, todas las conductas, todos los actos que está teniendo el niño, lo que usted está negando es la posibilidad de avance y la posibilidad de diferenciación; luego, lo que usted está haciendo, no me cabe la menor duda que con la mejor intención del mundo, es un acto yatrogénico.

Tercera situación yatrogénica fundamental que acontece, y que nos perdonen los lectores en el sentido de por qué estamos hablando de la prevención cuaternaria, pues porque las otras tres las hemos ido hablando durante toda la conversación que hemos tenido, pero la cuaternaria tiene una función específica. Primero, porque está muy recientemente incorporada por Marc Jamouille y, en segundo lugar, porque nos estamos empezando a dar cuenta de la importancia que tiene. No es no meter la pata, porque no es meter la pata; es actuar con buena intención, pero sin los criterios tan adecuados y, por lo tanto, tienes respuestas que son inesperadas. La tercera situación de riesgo yatrogénico que se da es creer que hay tratamientos holísticos. No, no hay tratamientos holísticos. Hay tratamientos parciales. Como decía Michael Rutter, en algunos lo más importante es salir de la desmutización, por el nivel cultural, por

la familia, por el nivel comunicacional, hay que intentar el estímulo del lenguaje como primer objetivo. Pero, en otros, lo que tienes que trabajar es el nivel comunicacional sensorial. Y, al mismo tiempo, en otros lugares, tendrás que primar el que esté con otros niños. Y, en otros lugares, tendrás que evitar la segregación y el estigma. Y eso es lo que sería la guía terapéutica. Eso es lo que te marca la línea, la puerta de entrada a establecer el proceso terapéutico. Negarse a esta diversidad de la intervención terapéutica lo que nos hace es dar una respuesta holística, una respuesta global y, de por sí, es yatrogénica. Porque nos estamos alejando de las demandas y necesidades concretas y nos estamos poniendo en unas demandas y unas necesidades absolutamente intelectuales o intelectualizadas, fundamentalmente del profesional; luego, estamos hablando de la contratransferencia más que en un elemento de situación transaccional.

La quinta situación yatrogénica es creer que esto no es tratable y que además está en el grado de la incurabilidad. No, mire, es cierto que el 75% de los casos evolucionan a una situación de perfil deficitario; es cierto que solamente el 10% de los casos tiene un nivel de autonomía total, pero entre una y otra yo tengo que hacer cosas, puedo hacer cosas, tengo que abrir esas ventanas y tengo que promover y promocionar esas actividades porque sabemos que ese 75% era porque se ha empezado tarde o se ha hecho una intervención inadecuada. Por lo tanto, ahí está, tenemos que ver dónde está el fallo. Y porque del 10% que tiene la mejora tendremos que ver y aprender de él, qué es lo que se hizo para que mejoraran y para poderlo transportar en otras intervenciones, en otros casos. Y si no hacemos esto, estamos haciendo yatrogenia. El fatalismo es yatrogénico. Insisto: el fatalismo es yatrogénico.

L. Claro, escuchándote, me ha venido a la cabeza el concepto de alianza terapéutica. Yo me apoyo muchísimo en la evaluación del tipo de alianza terapéutica y si lo he conseguido o no con el niño y la familia antes de comprometerme a decirles un diagnóstico a los padres. Porque he comprobado que dentro de esa alian-



Juan Larbán: A partir de los tres años de vida sabemos que el trastorno, sea cual sea, se interioriza y forma parte de la personalidad del sujeto y hay que trabajar entonces no sólo con los aspectos relacionales, sino también ya con la estructura interna del sujeto y con el trastorno.

za terapéutica basada en la identificación parcial y transitoria con lo cognitivo y lo emocional del paciente y la familia, promoviendo a su vez y sin pretenderlo que la misma identificación parcial y transitoria se produzca del paciente y la familia hacia ti, en ese contexto y en ese encuadre, es muy difícil que haya diagnósticos que obturan, diagnósticos que dañan, diagnósticos que perjudican de alguna manera.

P. Totalmente de acuerdo contigo. Y no solamente estoy de acuerdo contigo, sino que es la base de poder establecer una línea terapéutica.

L. Eso es, perfectamente de acuerdo. Hablando de la prevención primaria, comprendo lo que decías tú de la dificultad de poder establecer criterios que nos lleven a ella y que hablabas de la promoción de

la salud, más bien. Yo he pensado en dos experiencias. Una en Francia, que son las consultas antenatales que desarrolla Sylvain Missonier, muchas veces en colaboración con ginecólogos y en el momento de hacer las ecografías, que es un momento privilegiado en el que a partir de la colaboración de un psicoanalista o, por ejemplo, de un psiquiatra con formación psicodinámica y el ecografista, junto con el ginecólogo, pueden captar fantasías y todo tipo de situaciones de los padres que luego pueden ser trabajadas dentro de las consultas antenatales y asegurar un mínimo de posibilidades de prevención. No es una predicción, lógicamente, no se basa en una predicción, sino en una disminución de posibilidades de riesgo.

P. Sí, pero eso es promoción de la salud. Porque además cuenta no solamente

te con la intervención de profesionales, sino con la participación activa de los propios sujetos y de las propias organizaciones. Es decir, si este modelo lo llevas además a organizaciones de pacientes u organizaciones de usuarios lo integrarían como una acción positiva y necesaria. Por lo tanto, son elementos de prevención muy importantes.

L. Entonces incluiría en la promoción la experiencia, que también me parece muy importante, que se desarrolla desde hace años en el Centro Municipal Retiro, de Madrid, que es un programa de prevención que puso en marcha Fernando Cavaleiro. Me pareció una iniciativa muy interesante y muy completa. Y luego otra situación de promoción o de prevención primaria es la que se desarrolla en países como Suiza en los que, después del nacimiento, una

enfermera especializada va al domicilio y no solamente detecta los problemas más visibles, digamos, del malestar del niño o de la relación madre-niño, sino que también está formada para detectar aquellos signos que pueden inquietar y llevar a la profundización de un diagnóstico a nivel interactivo. Esas citas que se hacían durante seis meses me parecen fundamentales y aquí en España ni se habla de ello.

P. No, porque aquí lo que se da son las visitas de salud en atención primaria, realizadas por el pediatra y en las que los pediatras más sensibles trabajan con el personal de enfermería, pero es dentro del sistema asistencial sanitario y no desde los aspectos más normalizados. Salvo que haya algún pediatra catalogado *de loco de la pradera*, al que se le ocurra ir a las guarderías y a esos sitios a trabajar, con movilización activa, estos aspectos.

L. Sí, has hablado de las guarderías. También hice un trabajo interesante durante unos años con guarderías, con personal de guardería, donde se podían ver perfectamente esas desviaciones psicopatológicas tempranas y las posibilidades de intervención en el momento en el que el trastorno empezaba a gestarse o a enquistarse.

P. No hay que olvidar, ahora me acabas de hacer pensar en ello, que muchas de las veces las formas de presentación de los trastornos emocionales graves son alteraciones comportamentales: con agitación, oposición, romper cosas, llantos indiscriminados, tentativas de agresión a las figuras parentales o a los otros, esos manotazos que se dan con una vivencia tremenda de la rabia. Y piensas que un niño de tres años parece que tiene ira pero, hombre, sólo la razón me diría que no tiene la madurez necesaria para tenerla. Pero sí, su respuesta es la de la ira más absoluta. Y eso no es un trastorno comportamental, sino que es la expresión de la desorganización mental, de la falta de armonía y de la falta de coordinación de los estímulos con relación a la percepción y a la respuesta y, por lo tanto, ojo, que es un trastorno emocional grave. Y entre los tres, cuatro o cinco años se ven estas situaciones en la primera infancia. Detectar eso y quitarle el letrero es muy importante.

L. Ahí de nuevo nos encontramos con la diferencia entre quedarnos con la visión de lo externo, de lo conductual sin comprender qué es lo que lo motiva... Nos queda la visión del **tratamiento**.

P. Ahí voy a empezar yo, si te parece, y luego comentas tú. Rompo el hielo. Yo diría que no hay un tratamiento, sino que hay tratamientos. Y que, por lo tanto, lo importante es, de acuerdo con la valoración previa y de acuerdo con el equipo que tienes y los recursos de los que dispones, marcar una dirección terapéutica para que esté en el camino y en la contención de lo que tienes. Y no en respuestas imaginarias, idealizadas, o vete tú a saber qué por parte ni de los profesionales ni de las familias. ¿Qué quiere esto decir? Que si hay algo que no se debe señalar o decir *es que aquí no tenemos esto, es que en Estados Unidos se hace...* No, mire: usted está aquí y está con lo que está, con un colegio, con un equipo psicopedagógico, con unos servicios sociales, con unos servicios de atención temprana. Y con eso, tiene usted que articular una dirección terapéutica en este caso y esto es lo más fundamental, todo lo demás es una fantasía, perdón, quizá un delirio terapéutico por parte del profesional. Usted haga lo que pueda con lo que tiene y hasta donde pueda con lo que hay, no creándose falsas expectativas ni falsas utopías. Eso sí, teniendo un control del caso, un compromiso con el caso, una toma a cargo de ese caso. La toma a cargo es absolutamente fundamental y es tan absolutamente fundamental como transmitir que, aunque tú seas el responsable o el coordinador del proyecto terapéutico, es todo un equipo el que está trabajando y que cada uno hace una cosa.

Recuerdo otro caso que teníamos en Avilés en el que, cuando venía a su sesión, la secretaria era la primera en avisar a todos: *va a venir Fulanito*. Y entonces todos retiraban todas las cosas que estaban en mesas y a la altura normal de un niño de esa edad y lo subían a la parte de arriba de las estanterías. Nos podemos preguntar: ¿pero es que usted cree que eso tiene efecto terapéutico? Pues sí, porque eso significa que todo el equipo estaba ante la posibilidad de poder contener la desorganización de la conducta que po-

día mostrar este niño. Y eran conscientes de que podía ocurrir y acontecer y que por lo tanto la actividad terapéutica era que no tuviera acceso a ella. Porque eso es lo que se había pactado en el equipo. Creo que esto es absolutamente fundamental. Lo demás son adornos que podemos colocar. Y entonces ahí está lo que comentaba antes de Rutter, que tienes las áreas terapéuticas que hay que abordar en el autismo y entonces tú priorizas en cada caso una u otra área terapéutica sobre la cual habrá que trabajar.

Y ahí está, sí que se necesita educación, sí que se necesita proceso psicoterapéutico por el funcionamiento mental y el funcionamiento vincular, sí que se necesitará a lo mejor en algún caso psicofarmacología, más bien sintomática y funcional, sí que se necesitarán apoyos sociales, sí que se necesitará, por ejemplo, rehabilitación... Me recuerda una enfermera, que tuve yo y que estaba en el Ateneo de Madrid cuando se presentó la monografía de los Dilemas, que decía: *Es que el Dr. Pedreira venía un sábado y había una niña que tenía dos años y medio y se iba a la piscina de rehabilitación para hacer estimulación*. Y era una niña autista. ¿Y qué pasaba? Pues resultaba que, poco a poco, la niña venía sabiendo lo que iba a hacer. Buscando ese tipo de estimulación que la contenía, al mismo tiempo que facilitaba un tipo de relación diferente. Claro, en aquel entonces lo hacíamos a escondidas, un sábado por la mañana y entrando a hurtadillas en el servicio de rehabilitación. Pero eso es secundario, lo importante es que utilices esos recursos que tienes; si los tienes, pues utilízalos. O los niños que no comen en casa y que comen en la actividad terapéutica, pues también es importante que sepan comer y masticar en la actividad terapéutica, que sepan estar con otros niños. A lo mejor no saben estar con los del colegio, pero sí que saben estar con los del hospital de día y, entonces, es importante que vean que sí que pueden estar con esos niños. Y que se lo digas al equipo psicopedagógico: *Mira, podéis venir a verlo, detrás del espejo, cómo está con los otros niños*. Yo creo que esto es lo absolutamente importante.

Y, luego, un dato capital: la utilización de determinados instrumentos como son los pictogramas. ¡Ojo con los pictogramas! Pero al mismo tiempo, ojo con decir que es un tratamiento del autismo. Eso es mentira. Es un instrumento que utiliza para vehicular la percepción y la señalización junto con el lenguaje y que lo utilizan en discapacidad intelectual profunda, autismo, disarmonías evolutivas, trastornos del comportamiento y faltas de control, etc. ¿Por qué? Porque es un instrumento de comunicación y de estímulo del lenguaje y, por lo tanto, en todos los casos de niños pequeños con problemas mentales graves tiene eficacia, pero no es un tratamiento del autismo.

L. Respecto a la coordinación, estoy totalmente de acuerdo porque si no se da esa coordinación adecuada lo que producimos es un aumento de la fragmentación, que ya de por sí forma parte de la patología en muchos casos tanto del funcionamiento familiar como del psiquismo de los niños. Y que esa coordinación pueda ser llevada por el psiquiatra, si es la persona de referencia, de confianza para la familia, pero también puede ser otra profesión. Lo importante es que sea un profesional de referencia y de confianza para la familia y que sea capaz y competente para ejercer esa coordinación. Luego, con respecto a las medidas pedagógicas de todo tipo que se puedan utilizar, pictogramas, el no perder de vista que son instrumentos que se tienen que supeditar a la dinámica relacional subyacente y que lo que predomina es lo relacional y lo comunicacional para no instrumentalizar la relación con el niño y hacerla, más bien, basada en aspectos técnicos que huyen de lo relacional. ¿Qué te parece?

P. Me parece genial. Luego, hay otra cuestión importante que es el abordaje de la familia. El abordaje de la familia es absolutamente necesario, no se puede dejar de lado. Hay que trabajar los miedos, las angustias, las ansiedades de una manera integrada dentro del proceso terapéutico. Yo recuerdo que hacíamos en Avilés una cosa muy curiosa, que era que teníamos un grupo de media actividad, de medio hospital de día, de estancia prolongada de tres o cuatro horas por

la mañana, de estos niños pequeñitos y sobre todo graves y en la reunión del grupo de padres y madres lo que hacíamos era ponerles lo que habíamos grabado sin voz y que fueran ellos los que leyeran la conducta de sus hijos y le dieran significación relacional a lo que estaba ocurriendo. Bueno, aquello era, como te puedes imaginar, un espectáculo de primera. Vamos, era absolutamente de primera el cómo narraban las cosas, cómo lo veían, cómo las otras madres le decían *Huy, pues yo no lo veo tanto, tú dices qué tal, qué va, qué va...* Y cómo entre ellas iban limando las asperezas haciéndolo más romo, más cercano, más liso y la intervención del terapeuta consistía en que la reunión no se perdiera y señalar cosas porque lo más productivo eran las propias señalizaciones e interpretaciones y correcciones que se hacían de unas a otras familias con relación a un mismo acto, de un mismo niño, en un mismo lugar y en una situación dada.

L. Has nombrado dos situaciones que me han hecho pensar en el valor de la transgresión en el sentido positivo y creativo. Cuando has hablado de la piscina, en la historia de la rehabilitación de esta niña y ahora cuando has hablado de la sorpresa de los padres cuando les proporcionas espacio para poner diálogo y voz a lo que observan de sus niños. Creo que hay que rescatar también el aspecto creativo y positivo de las transgresiones en este sentido. En el sentido de rescatar lo inesperado, la sorpresa, la atención viva que se pone y la motivación que despierta. Respecto a las familias, soy de los que piensa que el psicoanálisis ha hecho un flaco servicio cuando ha considerado que para no contaminarse en la relación terapéutica con el niño, aconsejan que la familia o los padres sean vistos por otro terapeuta y se toman al pie de la letra el hecho de que en el proceso de separación e individuación, el proceso es el siguiente: separación, diferenciación e individualización. Cuando yo creo que lo que hay que hacer es revertir ese proceso, lo que hay que hacer es facilitar el proceso de diferenciación sin que forzosamente haya separación para llegar a una individualización. Es decir, yo tengo muy en cuenta la importancia, sobre todo y tan-

to más en patologías graves y en niños pequeños, de no separar al niño de los padres si es posible y trabajar conjuntamente con ellos. Yo puedo estar muchísimas sesiones y muchísimo tiempo trabajando con los niños con patología grave y con los padres también. Porque estoy trabajando la diferenciación sin afrontar con ellos su traumatismo a la separación antes de que ellos estén preparados para asumirlo.

P. Sí, sí, totalmente de acuerdo.

L. Y otro aspecto que quería comentar contigo es lo que has nombrado en un momento dado y es que, más que proponerle cosas para hacer o decir al niño en el proceso diagnóstico terapéutico, lo que hay que hacer es aprovechar aquello con lo que viene y te muestra o te dice, y que tú ves.

P. Su mochila, hay que trabajar con las cosas de su mochila.

L. Eso es.

P. Lo mismo que los terapeutas a veces guardan algún juguete que es el propio de ese niño porque es de ese niño, hay que trabajar con la mochila de ese niño, la afectiva, emocional y sintomática de cada uno.

L. Otro elemento que has nombrado, que sería más específico de una intervención psicoterapéutica centrada en posibles cambios de interacción de los padres con su bebé, que faciliten un desarrollo más sano, sería el trabajo sobre la interacción conductual real y el trabajo sobre la interacción fantasmática, que puede fomentar y enquistar un proceso autístico y hacerlo crónico. Recuerdo el caso de una madre que vino con una bebé de dos meses a verme y estaba muy preocupada porque al principio había observado ya una desviación y rechazo de la mirada y ahora estaba ya más preocupada todavía porque había observado también un rechazo del ajuste corporal con dificultades para cogerla en su regazo. Luego, en la investigación que yo hice y en el proceso diagnóstico, me di cuenta de que no había una patología importante visible por parte de la madre a nivel interactivo fantasmático sino que se trataba de una mala, de una inadecuada, interacción en la que la niña recibía estímulos sobre todo por un canal sensorial, pero no por

varios. Es decir, la madre, ponía una especie de atención, por ejemplo, en las caricias y en la sensorialidad táctil, pero le hablaba poco o nada o la miraba poco y entonces, claro, cuando se quedó sin la conexión con la mirada y no le hablaba o la acariciaba poco, se quedó perdida y la bebé también se quedó ahí en una situación de desamparo. Bastó con mostrar a la madre la importancia de ese estímulo plurisensorial y de facilitar la integración de esos estímulos como para que la niña hiciera progresos, pasase a aceptar el regazo materno y luego pasase a aceptar la comunicación con la mirada. En otros casos, es más complicado porque si ya hay nivel fantasmático, donde la proyección sobre lo que el bebé es y no tiene que ver con él sino, más bien, con la historia personal de los padres o de la madre, entonces hay que trabajar a otro nivel más fantasmático y puede costar más tiempo. Pero es lo que yo llamo un trabajo sobre la interacción padres-bebé para cambiar el estilo de interacción y hacerla menos patógena y más sana y más adaptativa. ¿Cómo lo ves tú esto?

P. Perfecto. Yo creo que es mucho más, vamos, creo que es absolutamente importante ese tipo de trabajo sobre todo con todo lo que tiene que ver con las situaciones más simbólicas y más fantasmáticas. Porque el fallo que está en todo lo que tiene que ver con el simbolismo no se puede trabajar de otra manera que de una forma más atractiva y respetuosa con lo que te van trayendo ellos.

L. Pues, si te parece, damos por acabada aquí la conversación. Ha sido un placer.

P. Lo mismo digo. ●

