

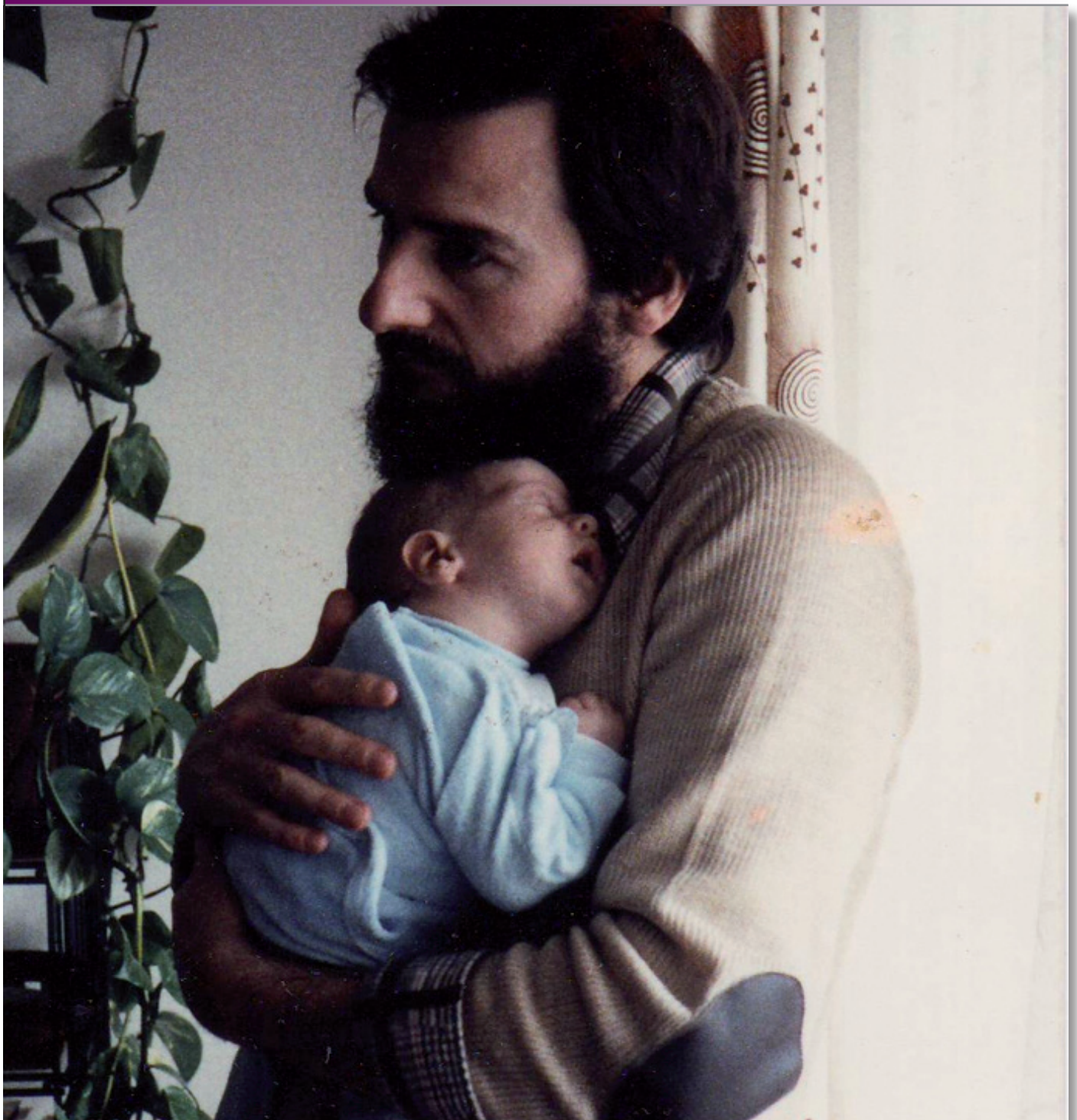
eipea

escoltant i pensant els autismes

Monográfico número 2, diciembre 2021

Autismo, intervenciones tempranas

Juan Larbán Vera



- 4** Prólogo
- 6** Artículos
Autismo y psicopatología en el bebé.
- 18** Autismo temprano.
- 38** Desarrollo de la vida psíquica. Prevención de sus tempranas desviaciones hacia la psicopatología.
- 46** Autismo: aspectos genéticos, neurobiológicos y ambientales.
- 58** Autismo y entorno cuidador del bebé: crianza y educación. La importancia para el desarrollo del bebé de la función de la crianza y de la educación en el seno de la familia.
- 72** Viñetas clínicas
Tratamiento Eva. Tratamiento de Guillem.
- 76** Entrevista
Juan Larbán: la dimensión humana.

Participa en nuestra campaña de micromecenazgo continuo en <https://eipea.aixeta.cat/es>. El sostenimiento de la revista depende de aquellas personas que ponéis en valor nuestra labor de difusión sobre el mundo de los autismos.

¡Muchas gracias!



- Revista digital de periodicidad semestral
- ISSN 2462-6414
- Web: www.eipea.com - Contacto: eipea@eipea.com
- Fotografías de portada y contraportada: Cortesía de Juan Larbán
- Todo el contenido de esta revista, excepto donde esté indicado lo contrario, está bajo una licencia de Creative Commons.



Equipo editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra)

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona)

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

Prólogo

Se dice que RECONOCER es tan importante que se escribe igual al derecho que al revés. Es un palíndromo. Este es un acto de reconocimiento y de homenaje que queremos realizar a Juan Larbán desde la Revista *eipea*. El monográfico que presentamos es básicamente la historia de los encuentros entre Juan Larbán y nuestra revista. Hemos reunido en una sola publicación diversos textos suyos, viñetas y un reportaje-entrevista que llevamos a cabo en Ibiza hace unos años junto con un par de artículos inéditos. Él es un maestro y mentor, pero también un amigo atento, dispuesto a ayudar y colaborar, sin escatimar esfuerzo. Tenaz en sus convicciones y perseverante en sus argumentos, indignado con la mala praxis y sus consecuencias, con la mirada permanentemente fijada en el bienestar de sus pacientes y en la salud mental de la comunidad. Es un cuidador nato que se fija como meta no perder nunca de vista la dimensión humana de las personas y de los lugares.

Juan Larbán, en la línea de otros grandes profesionales que le precedieron, como Júlia Corominas, ha estudiado en profundidad el desarrollo psicológico de la primera infancia y su psicopatología, hurgando en los factores protectores y de prevención. Se adentra en el mundo de los autismos desde diversos lugares, ligando una y otra vez sus pensamientos centrados en la familia, los padres, los hijos, la crianza, el cuidado, la relación... Este monográfico da cuenta de ese compromiso con las personas que sufren, pero también de una lucha contra la desesperanza, el derrotismo y la idea de irreversibilidad. Juan Larbán arremete asimismo contra los mitos, los tópicos, las explicaciones superficiales y la preterminación.

El monográfico está editado en clave de atención e intervención tempranas en el autismo. Cada vez más hemos ido comprendiendo la importancia de la prevención y, para ello, de la comprensión de los mecanismos más arcaicos en el ser humano, de los factores de vulnerabilidad y de protección, del riesgo como indicador. Todo ello enmarcado en la relación. En los artículos que publicamos, el protagonista no es el autismo, ni tan solo el niño o la niña con autismo en exclusiva. La presencia de figuras cuidadoras y de su interrelación con el bebé es constante, las miradas, no ya unidireccionales, sino también, y sobre todo, reflejadas mutuamente en el otro, en ese juego de espejos que no solo sirve de imagen simbólica o, incluso, de nombre de neurona, sino de demostración de que necesitamos al otro para ser.

Valgan las siguientes líneas, tomadas del propio Juan Larbán, para introducirnos en su discurso, siempre respetuoso y sagaz:

“Este 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/a, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de crianza”. ●

Equipo *eipea*



Autismo y psicósomática en el bebé

INTRODUCCIÓN

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

VULNERABILIDAD SOMÁTICA

La noción de “vulnerabilidad somática” puede reemplazar a la de “psicósomática”. El concepto de vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables. De ahí que, cualquier enfermedad puede ser “psicósomática” o no serla, dependiendo de las características del funcionamiento psíquico del sujeto. La vulnerabilidad es un potencial y como tal se diferencia de la clásica noción de disposición determinista o que alude a una suerte de tendencia definida, siendo en realidad más una probabilidad que puede cambiar de signo en determinadas circunstancias asociadas a nuevos vínculos intersubjetivos y/o nuevos ambientes facilitadores del desarrollo.

EVOLUCIÓN Y DESARROLLO DEL NIÑO ¹

Algunas consideraciones sobre el hecho de que, en la balanza interactiva que decide hacia qué lado se inclinará la evolución y el desarrollo del niño, intervienen diferentes factores.

En lo que respecta al bebé:

Por un lado, están las situaciones de riesgo y la vulnerabilidad del bebé. Por el otro, se encuentran las competencias del bebé y su extraordinario potencial de desarrollo, así como la resiliencia o resistencia y recuperación del niño frente a las adversidades que la vida le depara, obstaculizando su desarrollo normal.

En lo que respecta al entorno cuidador:

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

y del bebé, así como también el grado de aislamiento familiar de su entorno, el grado y la fuerza del vínculo de apego existente en la familia y entre el bebé y sus padres, etc.

Por otro lado, en esta balanza, también influyen el potencial de cambio, la capacidad de empatía, de reconocer sus límites, de pedir y aceptar ayuda y soporte externos, así como la capacidad de asumir su responsabilidad en la situación y de ejercer una función reparadora, el grado de apoyo social con el que cuentan los padres, el grado de satisfacción con la relación de pareja y calidad del apoyo que se brindan, etc. Todos ellos son factores que pueden mejorar el pronóstico evolutivo y aumentar el grado y capacidad de resiliencia o de resistencia del bebé, de los propios padres, de la familia y del entorno cuidador frente a las adversidades de la vida (Larbán, 2014, 2016).

BEBÉ Y ENTORNO CUIDADOR

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

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

Para la supervivencia de la especie humana no solamente es necesario el sistema motivacional de la sexualidad para la reproducción y perpetuación de la especie, sino que también lo es el apego. Sin vínculos de apego entre los miembros de un grupo, familia, tribu, etc. no hay pertenencia ni seguridad que una al grupo ante las amenazas ambientales (Bowlby, 1969). Por otra parte, la cohesión y la pertenencia grupal en un sentido identificativo no se pueden concebir sin la intersubjetividad que es lo que permite las identificaciones recíprocas que permiten al grupo vivir y convivir. Para que haya cooperación entre los miembros de un grupo, unos y otros tienen que poder saber lo que ocurre en la mente del otro en un momento dado. Por otra parte, sin conciencia moral, sin la vergüenza, la culpabilidad, etc. no sería posible la supervivencia humana. Para tener emociones “morales” hace falta tener intersubjetividad porque hace falta ser capaz de verse con los ojos del otro. No se puede mantener la identidad de uno mismo sin la interacción con el otro. Sin el otro, el sí mismo no se forma y, si ya está constituido, se enajena, se diluye o se fragmenta.

El funcionamiento autista del niño tendría que ver con dificultades importantes en la integración de la sensorialidad, elemento fundamental para una adecuada percepción de la

¹ Genérico en este texto.

realidad, tanto interna como externa, así como de los estados emocionales del otro percibido como ser separado-diferenciado, que tienen como consecuencia los fallos básicos e invasivos en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad (experiencia subjetiva compartida con el otro).

Estas cuatro necesidades bio-psicológicas básicas del bebé serían:

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

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

El apego seguro incrementa la resiliencia en el niño.

La figura de apego seguro, más que designar la necesidad de un vínculo con el cuidador, representa para el bebé la seguridad básica esencial para poder explorar y, por tanto, para aprender. La ausencia de la vinculación de apego seguro puede inhibir el deseo y la capacidad exploratoria del bebé y, por consiguiente, la de aprender (Fonagy, 2004). Para que el vínculo de apego sea percibido como seguro por el bebé, es necesario que la disponibilidad y sensibilidad del cuidador permitan desarrollar en el niño un estado emocional basado en la sensación de seguridad. Este sentimiento de seguridad es un elemento necesario para el adecuado desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales que se basan en la exploración, permitiendo al niño su evolución hacia un mayor grado de autonomía.

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

Necesidad psico-biológica de un espacio-tiempo “de soledad” a través del cual el bebé va consiguiendo la autorregulación psicósomática, la regulación de la interacción, la integración cuerpo-psyque y la integración de los estímulos tanto internos como externos. Lo consigue el bebé cuando está ensimismado en el momento de tomar el pecho o el biberón y, también, cuando cierra los ojos tras una interacción emocionalmente intensa con quien le cuida. El bebé utiliza el parpadeo o la mirada periférica como una forma de cortar o segmentar el flujo de estímulos para así regularlos e integrarlos mejor (Golse, 2004). Si observamos la actitud de ensimismamiento del bebé tras un intercambio emocional intenso con el adulto cuidador, constataremos cómo su pulso deja de latir aceleradamente y su ritmo respiratorio se hace más pausado (autorregulación psicósomática). Tras este momento de repliegue parcial y transitorio, el bebé con desarrollo normal está dispuesto a continuar la interacción que incluso reclama. Lo mismo nos ocurre a los adultos que también necesitamos de este momento de ensimismamiento para no encontrarnos desbordados por un exceso de

estímulos (internos y externos) que necesitan ser procesados para poder ser asimilados. Este espacio de ensimismamiento o de soledad sería la base del concepto winnicottiano llamado “capacidad creativa de estar a solas consigo mismo”.

Estos momentos de ensimismamiento con desvinculación transitoria de la interacción con el otro, pero en presencia del otro, son fundamentales para que el bebé vaya consiguiendo la necesaria integración sensorial (transmodal) de los estímulos que le llegan desde diferentes canales sensoriales para hacerse una imagen mental global (base de la experiencia que deja una huella corporal, neuronal y psíquica, fundamental en el desarrollo de la capacidad de aprendizaje) de la realidad percibida. Para ello, tan importantes son las palabras y caricias tranquilizadoras de la persona que ejerce la función materna ante un ruido inesperado que asusta al bebé -para que pueda integrar el ruido percibido por el canal sensorial auditivo con el tono de las palabras del cuidador, con su mirada (canal sensorial visual) y con las caricias (canal sensorial táctil), en un contexto no amenazante y tranquilizador-, como el permitirle que a través de su ensimismamiento pueda desarrollar la percepción interoceptiva (visceral, fundamental para la autorregulación psicósomática y la integración mente-cuerpo), así como interiorizar e integrar la experiencia vivida como algo interactivo-emocional, no amenazante y tranquilizador, en un contexto percibido como no hostil.

De esta forma, el bebé va comprendiendo de que va lo que está pasando y viviendo, no solamente con respecto al exterior y/o interior sino también y fundamentalmente en su interacción, primero emocional y luego cognitiva, con el otro, captando su sentido (antes de comprender su significado) y situándolo en su contexto. Vemos que estos momentos de ensimismamiento tienen por objeto evitar el desbordamiento sensorial y facilitar la integración sensorial, lo que Meltzer llama el mantelamiento sensorial (término evolutivo contrapuesto al de desmantelamiento sensorial, de carácter anti-evolutivo -consistente en la desintegración o anti-integración sensorial como defensa activa del bebé frente a una experiencia repetitiva y duradera, no reparada, desagradable y no integrable sin la ayuda del otro, centrando su atención en la recepción del estímulo percibido a través de un solo canal sensorial y disociándolo del resto, para evitar la interacción emocional con el otro) tanto si los estímulos percibidos son vividos como agradables o desagradables por el bebé.

Para que se le facilite al bebé esta integración sensorial hace falta que el adulto cuidador sea capaz de despertar y estimular la capacidad de atención del bebé -condición necesaria para que pueda percibir y recibir, interiorizándolos, los estímulos que se le aportan en la interacción-, colocándolo en la posición adecuada (facilitando el desarrollo de la percepción e integración de la sensorialidad propioceptiva, base de la constitución del esquema corporal, de la percepción de su cuerpo en el espacio y en relación con otros objetos o personas) y de forma que el bebé pueda ver la expresión del rostro de quien le habla (durante las primeras semanas de vida, es necesaria una distancia de unos treinta centímetros de rostro a rostro o

Autismo y psicósomática en el bebé

de boca a oreja). Hace falta también que la comunicación del adulto cuidador con el bebé sea muy expresiva (el bebé está más atento a lo que se mueve que a lo que permanece estático y por eso, su atención en el rostro humano se centra de forma preferente en el triángulo formado por los ojos y la boca) y con un “lenguaje bebé” (necesario durante el primer semestre de vida ya que este tipo de lenguaje está adaptado a su capacidad de atención y percepción, centrada en esta etapa de su desarrollo en la interacción diádica emocional con su cuidador) que respete las bases de la comunicación no verbal, a saber, el ritmo (musicalidad del lenguaje), la prosodia (acento, tonos y entonación), la alternancia (ahora uno y luego el otro), la reciprocidad (compartir algo) y, además, que su ritmo interactivo (vinculación-desvinculación) sea compatible con el del bebé.

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

“Desde siempre recuerdo que he odiado que me abrazaran. Aunque deseaba experimentar esa agradable sensación, me abrumaba demasiado. Era como si me cubriera una gran ola de estimulación y reaccionaba como un animal salvaje. En cuanto alguien me tocaba, necesitaba huir, se me fundían los plomos. Sentía una sobrecarga y tenía que escapar, a menudo con brusquedad” (Grandin, 2006).

Este texto entrecomillado está extraído del libro “Pensar con imágenes”, de la autora Temple Grandin, una persona afectada de síndrome de Asperger que es profesora de universidad en Estados Unidos, que ha triunfado en su profesión como investigadora en ciencia animal y diseñadora de mataderos para animales, además de ser un referente mundial en materia de autismo gracias a la publicación de su libro autobiográfico, que ya está en su segunda edición en lengua castellana.

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

La interacción que no facilita, no permite, el acceso del bebé a la capacidad de ensimismamiento -con la importancia que ésta tiene para regular el flujo de estímulos e integrarlos, además de conseguir a través de ella el equilibrio psicósomático y la unión mente-cuerpo- sería un factor de riesgo espe-



La noción de “vulnerabilidad somática” puede reemplazar a la de “psicósomática”. El concepto de vulnerabilidad es claramente diferenciable del de enfermedad: no todos los sujetos vulnerables enferman ni todos los sujetos enfermos son vulnerables.

cífico de posible evolución hacia un funcionamiento autista, riesgo compartido con la evolución hacia las manifestaciones psicosomáticas precoces del bebé. Esta capacidad de ensimismamiento del bebé permite, además de la autorregulación, la regulación de la interacción con el otro.

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

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

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

3 - Necesidad de intersubjetividad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En la medida que el cuidador de referencia es capaz de ponerse en el lugar del bebé, de identificarse con él de forma parcial y transitoria, sin confundirse con él, le está permitiendo al bebé no solamente sentirse comprendido en sus necesidades, sino también sentirse reconocido en sus peculiaridades como sujeto. Se podría decir que esta experiencia compartida de “vivir virtualmente” lo que vive el otro está en la base de la empatía.

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

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

Desarrollo de la intersubjetividad

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

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

Desde su nacimiento, el bebé es capaz de discriminar el contacto físico y verbal con su madre del contacto y relación con otras personas de su entorno, incluida la relación con el

padre. Esa capacidad de discriminación y diferenciación progresiva va asociada con el desarrollo de la vinculación de apego y la capacidad de ensimismamiento, así como del grado de resiliencia en el bebé.

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

Hacia los siete meses, comienza el bebé a hacer señalamientos. El señalamiento no significa solamente que el bebé quiere el objeto que señala. Expresa también el deseo de compartir lo que ve con la madre; es por eso que la mira cuando señala un objeto (señalamiento protodeclarativo). El niño con riesgo de funcionamiento autista puede hacer señalamientos para llamar la atención del adulto cuidador indicando lo que quiere o necesita, pero le es más difícil hacerlo para compartir lo que ve con el otro. Este paso evolutivo de un tipo de señalamiento a otro marca frecuentemente el paso de la intersubjetividad primaria (diádica y dialógica) a la intersubjetividad secundaria (triádica y con triangulación relacional con el otro y con lo otro que no soy yo ni nosotros). Es un indicador muy importante del progreso del niño con riesgo de funcionamiento autista y de su evolución hacia un desarrollo normal.

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

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



Si queremos evitar que los trastornos precoces de naturaleza psicosomática y/o autística del bebé se instalen en su psiquismo temprano en formación, cronificándose, tenemos que conseguir que se detecten y traten adecuadamente antes de los tres años de vida que es cuando, interiorizados y formando parte de su mundo interno, van estructurando su personalidad.

el experimentador no había conseguido hacer. Los investigadores han introducido en el experimento un elemento de control, un robot en lugar del experimentador. El niño había imitado la intención y no el acto del experimentador, cosa que no hace con el robot ya que, para él, un robot no tiene intenciones.

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

Intersubjetividad primaria y secundaria

El concepto de “intersubjetividad” (Trevarthen, 1982) implica un proceso en que la actividad mental, incluyendo la concien-

cia, motivación e intenciones, cognición y emoción, es transferida entre mentes. Se manifiesta como la capacidad de resonancia con sentimientos, conciencia y propósitos inteligentes en la interacción con los otros. Es transmitida, especialmente, por la cara, cuerdas vocales y las manos, adaptadas para transmitir de forma inmediata información visual, auditiva o táctil sobre propósitos, intereses, emociones y simbolismos activos en las mentes de los sujetos. En ella asienta el aprendizaje cultural, la creación de la “realidad social”, de las creencias, los lenguajes, los rituales, las tecnologías. La educación está enraizada en la intersubjetividad preverbal y gestual. El diálogo humano, en el sentido lingüístico, también descansa en ella.

Hallazgos recientes basados en la neuro-bio-psicología del apego, la regulación afectiva del niño y el psicoanálisis convergen en la influencia del exterior sobre la estructuración psicológica del sujeto y la importancia de carencias en el mismo durante la infancia. El mundo psíquico del niño evoluciona desde un mundo dominado por la interacción a un mundo dominado por la intersubjetividad primaria (relación diádica), en el primer semestre, y hacia la intersubjetividad secundaria (relación triádica), desde el segundo semestre. El cuidador de referencia para el bebé, lo repetimos una vez más, constituye un soporte básico del sentimiento de seguridad, imprescindible para un buen apego, en la medida que va reconociendo el estado del niño y sus necesidades evolutivas.

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

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

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

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

Los primitivos mecanismos de aprendizaje subyacentes son, en el primer semestre, los de detección de relaciones de contingencia. La madre, a través de una identificación empática

(parcial y transitoria) con el estado emocional de su bebé, produce un reflejo externo del mismo, contingente (dependiente, relacionado) con su estado emocional.

A diferencia del reflejo proveniente de un espejo, el reflejo parental no es perfectamente contingente con los rasgos visuales o con la conducta del bebé.

El adulto imprime, marca, al reflejar el estado afectivo del bebé, un elemento que no estaba en el estado afectivo de éste.

Debido al “marcaje”, el bebé no atribuye al adulto la emoción percibida (“desacoplamiento referencial”). El reflejo parental así modificado es modulador del afecto en el bebé, quien utiliza esta información para categorizar estímulos como pertenecientes o no al sí-mismo. A través de una relación especular sana, el bebé percibe que la representación de la expresión emocional que observa en el otro pertenece a su cuidador y a su vez se corresponde con su propio estado afectivo. Este sistema produciría una internalización de la función reguladora del afecto de la madre (Bernardi y Goldstein, 2007).

Posteriormente, desde el segundo semestre de vida, se desarrolla una “intersubjetividad secundaria” tendente a desarrollar una capacidad de compartir propósitos de acción con el otro, desarrollando una verbalizable “Teoría de la Mente”. El lenguaje y otras convenciones simbólicas, desde esta perspectiva, enriquecen la intersubjetividad, generando ilimitadamente significaciones y estrategias de pensamiento, pero sin constituir las bases del conocimiento en lo interpersonal (Trevarthen, 1998).

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

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

El acceso a la intersubjetividad secundaria (relación triádica) tiene consecuencias significativas sobre cómo los adultos se comportan con el niño y sobre cómo le hablan al niño. El lenguaje verbal del adulto es muy diferente cuando se dirige a un lactante que no habla y se encuentra todavía dentro del proceso de intersubjetividad primaria (relación diádica).

La utilización durante el primer semestre del llamado “lenguaje-bebé” por parte del adulto en la interacción con el lac-

tante que no habla, dadas las características descritas anteriormente, permiten al niño comprender de forma progresiva que lo que le está comunicando el adulto cuidador hablándole de esa forma exagerada, pausada, sencilla, recortada y con entonación musical, no solamente tiene que ver con él, sino también con el otro que no es él.

Durante el primer semestre, el diálogo interactivo entre adulto cuidador y bebé, en lo que se refiere al lenguaje verbal del adulto, está marcado por un tipo de expresiones dirigidas hacia el lactante que no habla con mímicas exageradas para comunicar mejor los estados emocionales y expresiones verbales, con características rítmicas y prosódicas (musicalidad del lenguaje) que son universales. Lo podríamos llamar lenguaje-bebé, hablado por el adulto que se dirige hacia él. Este tipo de lenguaje que Muratori llama “maternaje verbal”, del tipo “lenguaje-niño-directo”, a diferencia del “lenguaje-adulto-directo”, empleado con niños con los que se puede compartir la atención hacia un objeto externo, aumenta el interés del niño por el rostro del adulto que le habla e interactúa con él, incluso en niños con funcionamiento autista.

La intersubjetividad como formación innata motivacional y primordial está ligada a estructuras límbicas y subcorticales cerebrales que embriológicamente son anteriores al desarrollo de la corteza cerebral, funcionando como reguladoras del desarrollo neural. De sus vicisitudes en el encuentro con el ambiente, donde en primer lugar están los otros humanos, nace la capacidad de representarse a sí mismo y a los otros, los sistemas motivacionales, el acceso al lenguaje en sus diferentes modalidades, así como las grandes “performances” posibles del ser humano (Aiken y Trevarthen, 1997).

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

El contexto natural de la emoción es una elaboración dinámica entre personas que están buscando controlar una negociación de propósitos y entendimiento. El niño de dos meses tiene capacidad para este contacto humano, realizando vocalizaciones de sílabas rudimentarias, con movimientos de labios y lengua que son preparatorios para la articulación secuencial de sílabas (“lenguaje pre-verbal”). El bebé controla las expresiones de la madre a través de las variaciones del contacto ocular.

Sabe provocar en ella una sonrisa de reconocimiento o una actitud maternante. El microanálisis de los cambios en el contacto y las expresiones muestran que ambos están implicados tanto en la autorregulación como en la regulación del intercambio (Trevarthen, 1993).

4 - Necesidad de resiliencia

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

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

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2003) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de treinta años con una cohorte de 698 niños, nacidos en Hawái en condiciones muy desfavorables. Al cabo de esos treinta años, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982, 1992). Este estudio, realizado en un marco ajeno a la resiliencia, ha tenido un papel importante en el surgimiento de la misma (Manciaux, 2001). Así, frente a la creencia tradicional fuertemente establecida de que una infancia infeliz determina necesariamente el desarrollo posterior del niño hacia formas patológicas del comportamiento y la personalidad, los estudios con niños resilientes han demostrado que son suposiciones sin fundamento científico y que un niño traumatizado, “herido”, no está necesariamente condenado a ser un adulto fracasado.

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

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

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

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

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

La resiliencia, entendida como la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas, nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre. Es la resultante de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, pudiendo expresarse de muy diferentes maneras en diferentes culturas (Manciaux et al., 2001).

Como el concepto de personalidad resistente, la resiliencia es fruto de la interacción entre el individuo y su entorno.

Hablar de resiliencia en términos individuales constituye un error fundamental. No se es más o menos resiliente, como si se poseyera un catálogo de cualidades. La resiliencia es un proceso, un devenir, de forma que no es tanto la persona la que es resiliente como su evolución y el proceso de vertebración de su propia historia vital (Cyrułnik, 2001). La resiliencia nunca es absoluta, total y lograda para siempre. Es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux et al., 2001).

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

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

Posiblemente, la resiliencia en cuanto a realidad humana sea tan antigua como la propia humanidad; sin embargo, el interés científico por ella es mucho más reciente. Aparecen entonces dos elementos básicos de la resiliencia: la resisten-

cia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión; dicho en otras palabras, la superación de las crisis, el dolor, la muerte, la pobreza, como situaciones límite ante las cuales se resiste el ser humano, como luchador innato y superviviente de la esperanza. El otro elemento lo constituye la capacidad de construir o reconstruir su propia vida, a pesar de las circunstancias difíciles.

La capacidad de resiliencia sería otro sistema motivacional que regula la resistencia de la persona ante la adversidad y las situaciones traumáticas, además de regular la capacidad para recuperarse de los efectos negativos o traumáticos de la experiencia y de la huella dejada en él por la experiencia vivida.

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

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

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

FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS E INESPECÍFICOS

Todas estas capacidades y funciones, que se desarrollan en el bebé a partir de una necesidad biopsicológica básica cuya adecuada satisfacción depende de la persona que le cuida, están profundamente alteradas e incluso frecuentemente ausentes en los casos más graves en que el niño desarrolla un funcionamiento o proceso defensivo de tipo psicótico y autístico. Sin embargo, presentes de forma durable en el bebé sano, incrementan y potencian sus competencias y su desarrollo psíquico a la vez que aumentan su resiliencia y su salud mental.

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

Lo que en psicoanálisis se llama “barrera paraexcitación” estaría profundamente alterada en los niños que desarrollan un funcionamiento defensivo autístico. Dicha barrera protectora y filtradora de estímulos, tanto internos como externos,

sería como una piel psíquica porosa, yo-piel (Anzieu, 1994) o una envoltura psíquica (Houzel, 2005) que, en condiciones normales y gracias al filtrado inicial de estímulos proveniente de la persona que ejerce la función materna, se iría formando progresivamente en el bebé. Constituiría el continente psicósomático precoz, piel física y yo-piel o “piel psíquica” (0 a 6 meses), que va permitiendo al bebé constituirse como sujeto separado del otro y llenarse progresivamente del contenido, consciente e inconsciente, corporal y psíquico, de la experiencia compartida con el otro que, una vez interiorizada e integrada, pasa a formar parte de la experiencia y mundo interno propios del bebé.

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

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

VULNERACIÓN INTERACTIVA; PSICOSOMÁTICA Y AUTÍSTICA

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

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

En ambos casos, el bebé se protege como puede del efecto caótico y desorganizador que tiene el entorno sobre él. Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional

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

FACTOR ESPECÍFICO DE VULNERABILIDAD PSICOSOMÁTICA Y FACTOR ESPECÍFICO DE RIESGO AUTÍSTICO

El término “vulnerabilidad” proviene del latín “vulnus”, que significa herida y, en su uso amplio, alude a fragilidad o posibilidad de ser dañado. En tanto que noción general, es un término usado como tendencia a padecer o como factor de riesgo.

El funcionamiento psíquico de riesgo o de vulnerabilidad psicósomática podría ser entendido como un déficit simbólico producto de una no correspondencia entre las posibilidades reales del niño y la consistencia o adecuación de los cuidados prestados por el entorno cuidador, así como los intercambios que éste proporciona en el proceso del desarrollo evolutivo normal.

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

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

mentales del objeto-sujeto relacional que atrae su atención, pero de forma disociada o separada de los afectos que las acompañan.

En los casos de traumatismo perinatal vivido por la madre como tal y con efecto traumatógeno para el bebé, el hijo se defiende del malestar, dolor emocional y sufrimiento psíquico que la situación interactiva genera en él mediante los mecanismos de defensa primitivos de que dispone, originándose en él, y teniendo como fuente sus defensas, los trastornos psicósomáticos y autísticos (Palau, 2009 a, 2009 b).

Tienen los mismos efectos sobre el bebé los microtraumatismos repetitivos y acumulativos. Es mérito de Masud Khan (1980) el haber introducido la noción acumulativa del trauma y diluir el concepto de trauma puntual. Khan introduce la cronicidad de las sucesiones prospectivas y retrospectivas de confirmación y rectificación de la vivencia sobre los acontecimientos y sobre sus efectos. Esta noción de repetición permite comprender que no es suficiente con una única situación traumática, así como no siempre son éstas evidentes sino silenciosas e imperceptibles, sucediéndose en formas diversas y en una espiral que las une.

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

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

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

ALEXITIMIA

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

Origen del término alexitimia:

Durante la década de los cincuenta y sesenta del siglo pasado, los psiquiatras Peter E. Sifneos y John C. Nemiah, del Beth Israel Hospital, en Harvard, vieron que una gran cantidad de pacientes con trastornos psicósomáticos tenía muchas dificultades para hablar de sus emociones. Además, adquirían una postura rígida, se centraban en los detalles funcionales y no usaban la fantasía. En 1972, Sifneos acuñó el término alexitimia para designar estas características.

Características de la alexitimia:

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Kotliarenco, M. A., Càceres, I. y Fontecilla, M.** (1997). *Estado de Arte en Resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Larbán, J.** (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152.
- Larbán, J.** (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67.
- Larbán, J.** (2014). *Vivir con el autismo: una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Editorial Octaedro.
- Larbán, J.** (2016). *Vivre avec l'autisme. Une expérience relationnelle. Guide à l'usage des soignants*. Paris: Éditions Érès.
- Manciaux, M., Vanistendael, S., et al.** (2003). La resiliencia: estado de la cuestión. En M. Manciaux. (coord.), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198, 75-78.
- Meltzoff, A. N.** (1995). Understanding the intentions of others: Re-enactment of intended acts by eighteen month-old children. *Developmental Psychology*, 3, 838-850.
- Palau, P.** (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, 39-70.
- Palau, P.** (2009a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.
- Palau, P.** (2009b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60.
- Richters, J. E. y Martínez, P. E.** (1993). Violent communities, family choices and children's chances: an algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Rochat, P.** (Editor). (1999). *Early social cognition*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Rutter, M.** (1986). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M.** (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Stern, D.** (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Stern, D.** (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? *Comment? Psychothérapies*, 25 (4), 215-222.
- Trevarthen, C. y Hubley, P.** (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. En J. Lock. (Editor), *Action, Gesture and Symbol* (p. 183-229). London: Academic Press.
- Trevarthen, C.** (1982). The primary motives for cooperative understanding. En G. Butterworth, y P. Light. (Editores), *Social cognition: Studies of development of understanding* (p. 34-53). Brighton: Harvester Press.
- Trevarthen, C.** (1993). The function of emotions in early infant communication and development. En J. Nadel, y L. Camaioni. (Editores), *New perspectives in early communicative development* (p. 48-81). London: Routledge.
- Trevarthen, C.** (1999). Intersubjectivity. En R. Wilson, y F. Keil. (Editores), *The encyclopedia of cognitive sciences* (p. 413-416). Cambridge MA: MIT Press.
- Vanistendael, S.** (2003). La resiliencia en lo cotidiano. En M. Manciaux. (Editor), *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Editorial Gedisa. (Orig. 2001).
- Werner, E. E. y Smith, R. S.** (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. E. y Smith, R. S.** (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Autismo temprano

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 “tríada de Wing” (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora), es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que, desarrollándose desde 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 hipóte-

sis 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 cerebral 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 imperialismo 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 COMPRENSIÓN 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 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 de-



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.

sarrolla 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 demás) 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 diferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno, podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento psí-

quico 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 positiva 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 autosensorial, 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 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



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.

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 evoluciona normalmente desde un mundo dominado por la interacción a un mundo dominado por la intersubjetividad primaria (relación diádica) en el primer semestre y hacia la intersubjetividad secundaria (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, intervienen 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 psicossomáticos, 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 psicossomáticos 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 entrecorillado, 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, constrictivos y anexantes, en palabras de Cramer y Palacio, que obs-

taculizan el proceso de separación-diferenciación-individualización 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, descritas anteriormente, pueden darse en los siguientes casos:

Cuando la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé sufre de un estado psíquico de desconexión emocional y sensorial duradero, como mecanismo de defensa (de tipo “anestesia”) para no sufrir más (trastorno depresivo y/o obsesivo grave) acompañado o no de períodos que cursan con angustia paralizante (agravación del cuadro depresivo y/u obsesivo desconectado y “parálisis” psicomotora además de “anestesia” emocional y sensorial) o bien, alternando con períodos 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 períodos de angustia paralizante y ansiedad intensa, acompañada de agitación psicomotora, incrementa la situación de riesgo para el bebé al añadirse el factor de

desorganización en los cuidados y la imprevisibilidad de las respuestas del entorno cuidador a sus necesidades y demandas. El bebé, en estas situaciones de alternancia anímica extrema de la madre, vive una interacción de gran inseguridad con ella, oscilando entre un déficit de estímulos que le hacen recurrir a la autoestimulación sensorial y un exceso de estímulos no integrables de los que tiene que protegerse, ausentándose de la interacción.

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

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



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).

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 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” autísticos).*

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, interacción 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 ocupan de los niños pequeños, sino también como método de observación para detectar situaciones de riesgo evolutivo hacia el funcionamiento autista en el bebé y desarrollar intervenciones terapéuticas que lo eviten o que lo corrijan en sus estadios iniciales.

Houzel 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 contra-transferencia 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 sos-

tener 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, hipertonías o hipotonías paradójicas y sin causa pediátrica.
- Anomalías de la mirada: retraso en la instauración de una mirada penetrante, prevalencia de la mirada periférica sobre la central, conductas de evitación de la mirada.
- No aparición de los tres elementos organizadores del psiquismo temprano del niño según Spitz (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 monocorde 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 evocadora, de presencia más rara.
- Ciertas fobias variables y atípicas con respecto a la edad del niño.

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

Los signos de alarma observados en el bebé: perspectiva evolutiva

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 intersubjetiva 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 avidéz 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 inexpressivo. 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 hipertonía 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 laléos. 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.



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.

**** 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 forzará para que siga comiendo, sino que, focalizando su atención en él, intentará tranquilizarlo con su actitud corporal, sus caricias, sus palabras, etc. Su hijo, atento a lo que le transmite emocionalmente la madre, puede entonces interiorizar como experiencia un conjunto de sensaciones agradables, tranquilizadoras y no solamente el susto y la ruptura de la armonía interactiva que ha provocado en ese momento el desencuentro doloroso y frustrante con la madre. Esto es posible gracias a la integración perceptiva 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 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.

*** 37- *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.*

*** 38- *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 neuropediatría, 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 psicósomáticos 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 ob-

jetivo 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 pedírsele 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, Ll., 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 equipo 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. Bursztein 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.sepyrna.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 psicossomática*, 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 psicossomática*, 73, 41-60. <http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>
- Palau, P.** (2010). Psicossomática y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicossomática*, 74, 39-70. <http://es.scribd.com/doc/88593286/Psicossomatica-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 objetales*. Madrid: Editorial Aguilar.

Spitz, R. A. (2001). *No y si: Sobre la génesis de la comunicación humana*. Ediciones Paidós Ibérica.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Stern, D. (1999). *Diario de un bebé*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.

Stern, D. (2005). Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychothérapies*, XXV (4), 215-222.

Streri, A. (1991). *Voir, atteindre, toucher*. París: P.U.F.

Streri, A., et al. (2000). *Toucher pour connaître*. París: P.U.F.

Trevarthen, C. y Hubley P. (1978). Secondary inter-subjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. En A. Lock (ed.), *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (p. 183-229). Londres: Academic Press.

Viloca, L. (2003). *El niño autista: Detección, evolución, y tratamiento*. Barcelona: CEAC.

Volkmar, F. R. y Pauls, D. (2003). Autism. *Lancet*, 62, 1133-1141.

Winnicott, W. D. (2002). *Realidad y juego*. Madrid: Editorial Gedisa.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., et al. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International journal of development neuroscience*, 3, 143-152.

Desarrollo de la vida psíquica. Prevención de sus tempranas desviaciones hacia la psicopatología

EL HIJO EN EL DESEO DE LOS PADRES

El ser humano está inserto en las mallas de la filiación y esto hace que el hijo se inscriba en una cadena de transmisión generacional de deseos, de fantasías conscientes e inconscientes y de mitos. Los padres transmiten no solamente un capital genético-constitucional, sino también una herencia cultural. La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases del desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona en cierta medida el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres y, también, el desarrollo del embarazo y del parto, así como de las primeras relaciones padres-hijo. Ser padres supone asumir la reactivación de una doble identificación (hacer suyos aspectos del otro) presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, la reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener. La reactivación de las identificaciones parentales se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada -relación a tres- y a la imagen de la función materna y paterna también interiorizadas -relación a dos- (Larbán, 2006).

Las circunstancias internas y externas son siempre diferentes con cada hijo. Esto hace que con cada uno de nuestros hijos seamos padres diferentes. A su vez, cada hijo es diferente para los padres, no solamente por lo que puede despertar en ellos como personas, como pareja y como padres, sino también por el potencial de sus competencias y su vulnerabilidad. El bebé a su vez modula la investidura de los padres hacia él y, también, el modo de relación con ellos a través de proyecciones primitivas de su estado de ánimo, de placer, de malestar, etc. -hacer sentir para hacerle saber- que permiten a los padres receptivos identificarse con estas proyecciones para así comprenderlo mejor y ajustar más adecuadamente su interacción con él. En cierta medida, el hijo también "hace" a los padres. Podemos ver las relaciones precoces padres-bebé como un proceso emocional interactivo, recíproco y asimétrico, que mediante su sincronización y regulación progresivas crea y desarrolla un espacio psíquico-emocional compartido que puede desembocar en una espiral interactiva de alto potencial evolutivo o en una serie de círculos cerrados generadores de trastornos precoces en la relación padres-hijo y también en el niño, con el grave riesgo de cronificarse y de constituir núcleos defensivos y pa-

tológicos en el niño y, posteriormente, en el adulto. Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad. Ser padres es también asumir que el hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas parentales (expectativas, deseos, conflictos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes), que despiertan en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con él. Proyecciones con las que el bebé se va identificando progresivamente, interiorizándolas y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones que nacen de la empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él) de los padres hacia su bebé, que conllevan la anticipación creadora de los progresos que va realizando el hijo, a la vez que posibilitan el desarrollo sano del bebé. Pero también, proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que pueden limitar su potencial de desarrollo.

La constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. La forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento importante a la hora de valorar los factores de riesgo y la capacidad de resiliencia (resistencia psicológica y buena capacidad de recuperación ante situaciones existenciales adversas) en cuanto a la evolución de la interacción padres-hijo. El deseo de tener un hijo está ligado al deseo de vida, de inmortalidad y a la transmisión generacional.

TRANSMISIÓN PSÍQUICA GENERACIONAL

Con respecto a la transmisión psíquica, precisaré que designa tanto los procesos como las vías y los mecanismos mentales capaces de operar transferencias de organizaciones y contenidos psíquicos (conscientes e inconscientes) entre distintos sujetos y, particularmente, de una generación a otra o a través de generaciones, así como los efectos de dichas transferencias (Segoviano, 2008).

PADRES-HIJO DURANTE EL EMBARAZO

La crisis de identidad que vive la madre durante el embarazo desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad importante ya que deja de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen. El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas



La interacción entre “herencia” y “ambiente” comienza mucho antes de lo que pensábamos y ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el niño, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales.

de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma y, posteriormente, separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo intensamente vivida en el segundo trimestre y el duelo y la separación que serían por anticipación las vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada. Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura, además de sentirse cuidada por la familia, el marido y el sistema sociosanitario. En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación del marido proporciona elementos nuevos de cuidados (físicos, emocionales y psíquicos) que eviten o contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre.

Los futuros padres se hacen padres con el patrimonio y capital de recursos y competencias que han adquirido en su propia familia y en su relación con los otros a lo largo de su vida. También llevan consigo, en relación con su propia biografía, un

mayor o menor grado de vulnerabilidad ante los elementos estresantes (situaciones existenciales de cambio) y un mayor o menor nivel de riesgo en función de las separaciones, pérdidas y duelos que les haya tocado vivir y, sobre todo, por la forma en que los han vivido.

La preparación al parto podría ser utilizada no solamente en el plano fisiológico y en su vertiente informativa como se suele hacer habitualmente, sino también y fundamentalmente como un apoyo psicológico que ayude a los futuros padres en su función de integración de roles y de funciones parentales. La participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto que normalmente realizan las comadronas sería un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la evitación de interacciones de riesgo si se pudiese trabajar preventivamente en estos grupos de futuros padres con sus deseos, miedos, expectativas y fantasías, tanto conscientes como inconscientes, a través de la relación psico-emocional virtual que establecen entre ellos y con su hijo no nacido.

Me parece fundamental señalar la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres y en especial a la persona que ejerce la función de madre, incluidas las visitas domiciliarias de apoyo y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé. Visitas efectuadas por enfermeras especializadas que realizan un seguimiento evolutivo del bebé y su

Desarrollo de la vida psíquica

interacción con él, así como los cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual. Seguimiento evolutivo -que no se hace en España- de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir situaciones de riesgo interactivo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden evolucionar hacia desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños, su futuro y el de sus familias, así como para la salud pública. Quiero poner de relieve lo fundamental que es para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mencionados la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre obstetras, comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infanto-juveniles, para evitar que fallen los cimientos de los padres del mañana. Esta tarea implica también el desarrollo de una política de apoyo socio-sanitario dirigida a la familia y en especial a los cuidadores familiares para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos; política no suficientemente desarrollada ni, a mi juicio, adecuadamente enfocada en nuestro país, ya que se debería estimular y fomentar la crianza de los niños mediante la atención directa de la madre y del padre en lugar de hacerlo en el sentido de una delegación de los cuidados del niño pequeño con los abuelos, o sometiendo al niño a una institucionalización precoz y excesiva en guarderías o escuelas infantiles (Larbán, 2012).

DESARROLLO PRENATAL DEL BEBÉ: VIDA INTRAUTERINA

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

Dichos estudios han permitido realizar una investigación longitudinal de la evolución intrauterina y postnatal de un número determinado de niños. La información recogida basada en las experiencias sensoriales y motrices del feto y su comprensión desde una perspectiva interactiva permiten pensar que es posible la existencia en el feto de una rudimentaria vida mental antes de su nacimiento y desde el primer trimestre de vida intrauterina. Parece entonces posible que ciertas formaciones patológicas y defensas puedan comenzar a desarrollarse en el feto. Estos estudios sobre la conducta del feto sugieren además cierta continuidad entre aspectos de la vida prenatal y postnatal en la evolución del desarrollo del niño. Todo ello nos hace pensar que la interacción entre "herencia" y "ambiente" comienza mucho antes de lo que pensábamos y que ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el niño, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales. Esto no significa que todo comportamiento extrauterino de los niños objeto de observación intrauterina ha de atribuirse a experiencias prenatales; la interacción postnatal con los progenitores juega también un importante papel. Diversas investigaciones en este campo han demostrado que todos los sentidos humanos comienzan a ser operativos durante el segundo trimestre

del embarazo y que el feto va respondiendo a los estímulos auditivos, táctiles, de presión, térmicos, vestibulares, gustativos y dolorosos (Piontelli, 2002).

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración que conllevan una situación de estrés crónico para la madre con sobre-estimulación de sus glándulas suprarrenales y liberación de cortisol que le llega al feto atravesando la barrera placentaria. De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entorno más próximo. El embarazo en sí mismo no es una enfermedad, pero sí un estado "especial" de la madre que requiere de "cuidados especiales" por parte de su entorno. Los signos de alarma como factores de riesgo de posible funcionamiento autista en la vida fetal se corresponden con fetos pasivos que presentan movimientos auto-sensoriales repetitivos y duraderos, así como una tendencia a no explorar su entorno uterino.



Partimos de la premisa de que el afecto es el principal organizador de la vida relacional y de que el niño va integrándose afectivamente en la interacción con el otro a partir de que sus adultos significativos reconozcan y "lean" sus sentimientos y estados internos.

DESARROLLO PERINATAL DEL BEBÉ. TRAUMATISMOS PSÍQUICOS PERINATALES

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador. A su vez, la madre, en este periodo de su maternidad, se suele hallar en una situación de gran sensibilidad y con una necesidad regresiva importante de dependencia y cuidados del entorno. Hay situaciones que pueden ser vividas por la madre como traumáticas con su correspondiente efecto traumatógeno para ella y su bebé. Situaciones perinatales que son vividas con un fuerte impacto traumático (daño, herida, golpe) por la madre, dada la especial sensibilidad y sensación de vulnerabilidad con que se vive durante el embarazo, así como los momentos que preceden, acompañan y siguen al parto, periodo evolutivo que llamamos perinatalidad. Estas vivencias traumáticas, en muchos casos, no pueden ser elaboradas, asimiladas, contenidas ni integradas por la madre-padres. De forma inconsciente y no intencional pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un efecto traumatógeno para su hijo.

La detección perinatal de los factores de riesgo de origen traumático en la interacción madre-padres-bebé, así como las posibles tempranas desviaciones del desarrollo del bebé hacia la psicopatología permiten, con un diagnóstico y tratamiento adecuados, hacer una labor de prevención primaria y secundaria con la consiguiente evitación de la aparición del trastorno y de su instalación en el psiquismo temprano del bebé, tanto si el trastorno es de tipo psicossomático como autístico. El poder hacer un trabajo psicoterapéutico basado en la interacción padres-bebé y, en especial, madre-bebé, en un momento en que las defensas de la madre erigidas frente al sufrimiento ocasionado por la experiencia traumática vivida son todavía susceptibles de movilización y su motivación para pedir y recibir ayuda es máxima, suele conseguirse con relativa facilidad la creación de una alianza terapéutica basada en la identificación empática parcial, transitoria y recíproca. En este caso, el desarrollo de la alianza terapéutica adquiere las características de solidez y estabilidad que otras situaciones menos críticas que esta no permiten debido al estado de ambivalencia afectiva que vive quien pide ayuda. Por otra parte, los recuerdos están vivos en la persona de la madre, la reactivación de su sufrimiento y el reconocimiento del posible sufrimiento de su bebé están a flor de piel. La posibilidad de cambiar el estilo interactivo entre la madre, los padres y su bebé, deteniendo y modificando la situación de sufrimiento de la madre, de los padres y su hijo, así como el curso evolutivo patógeno en el que estaban inmersos es muy grande en un contexto como el que describimos. El esfuerzo terapéutico es mínimo, su eficacia y rendimiento máximos. Su coste a todos los niveles es también mínimo. ¿A qué esperamos para implantar y desarrollar estos métodos de intervención precoz, de tanto éxito terapéutico y de tan bajo coste?

DESARROLLO POSTNATAL DEL BEBÉ

El proceso evolutivo del ser humano consistiría en pasar de la dependencia adictiva a una separación y diferenciación

cada vez mayor de las personas que lo cuidan para lograr progresivamente un mayor grado de individuación y autonomía. Para lograr con éxito este objetivo, es necesario desarrollar la capacidad creativa de estar a solas consigo mismo. El niño que puede interiorizar los cuidados que ha recibido en la relación en ausencia de quien le cuida, que los encuentra interiormente, puede recordar y puede recrear esa experiencia, puede aprender de otras experiencias anteriores, puede desplazar esa experiencia a otras situaciones que le pueden dar sensaciones e impresiones semejantes a las vividas cuando está cuidado y amparado por su madre o cuidador; esa capacidad del niño de crear y recrear esa experiencia en su interior y poder desplazarla de lo que es a lo que representa para él es fundamental. Es la que permitirá más tarde al adulto encontrarse creativamente consigo mismo cuando está sólo sin sentirse desamparado. Esta evolución permite que sea mucho más fácil el proceso de separación-diferenciación-individuación gracias a una separación progresiva, a una diferenciación del otro hasta llegar a una autonomía relativa. Si este proceso que describimos se bloquea o es bloqueado de forma duradera, el niño dependerá del cuerpo físico y de la presencia real de la madre o de objetos que son meros sustitutos de su presencia real y de los cuales no se puede separar. Se les suele llamar a estos objetos “consoladores” u “objetos fetiche”. En estos casos, el niño no puede desplazar las cualidades que le dan seguridad a otros objetos porque ese objeto, como la madre, es el que tiene las cualidades y no él, no pudiendo desarrollar su potencial creativo subjetivo a la vez que queda expuesto al desarrollo progresivo de una tendencia a establecer relaciones adictivas con objetos y personas. Para que el desarrollo sano del bebé se produzca, es necesario que el ejercicio adecuado de las funciones parentales le permita al niño desarrollar el potencial de competencias con que viene equipado desde el nacimiento, desplegando así todo su extraordinario potencial evolutivo (Larbán, 2007).

COMPETENCIAS PRECOCES DEL BEBÉ Y ENTORNO CUIDADOR FACILITADOR

Estas tres últimas décadas han supuesto un cambio importante en la forma de ver y observar al bebé en la interacción con su entorno. La visión que se tenía hasta entonces del bebé como un ser desamparado, poco competente e incapaz para desenvolverse en la vida, cambió al observarlo desde la óptica de su extraordinaria potencialidad hecha realidad a través de su interacción con el entorno cuidador y gracias al adecuado ejercicio de las funciones parentales. Largo tiempo considerado como un ser pasivo, el lactante aparece, al contrario, dotado de pronto de competencias precoces notablemente interactivas, haciendo de él un ser de orientación social inmediata. Las competencias del bebé y las del adulto armonizan de manera estrecha a fin de permitir y organizar los diferentes niveles de interacción. Es importante subrayar que el conjunto de competencias que tiene el bebé no aparece espontáneamente en el seno de su sistema interactivo. En efecto, el término mismo de “competencia” incluye la noción de virtualidad, de potencialidad y su actualización constituye su expresión. De este modo, la expre-

sión de estas competencias no es automática y depende de numerosas variables tales como las condiciones de presentación del estímulo y el estado de vigilancia del bebé. La capacidad de atención del bebé es esencial para el desarrollo del conjunto de sus competencias interactivas (Bydlowski y Graindorge, 2007). En el campo de las competencias precoces del bebé, Stern nos muestra que el bebé funciona como un organismo individualizado desde el nacimiento y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación (Stern, 1999). El bebé, muy tempranamente y si todo va bien en su desarrollo, es capaz de captar el estilo interactivo de su cuidador de referencia -diferenciándolo del de otras personas de su entorno- y ajustarse a ese estilo interactivo. Cada vez son más numerosos los estudios e investigaciones que muestran el extraordinario potencial evolutivo que tiene el ser humano para desarrollarse progresivamente como sujeto en su interacción con el entorno.

FUNCIONES PARENTALES Y DESARROLLO DEL HIJO

El potencial evolutivo del bebé, así como el desarrollo de su potencial genético-biológico-psico-social (lo constitucional del ser humano al nacer) y el desarrollo de sus competencias desde su vida intrauterina y su nacimiento, dependen de la interacción con su entorno. Partimos de la premisa de que el afecto es el principal organizador de la vida relacional y de que el niño va integrándose afectivamente en la interacción con el otro a partir de que sus adultos significativos reconozcan y "lean" sus sentimientos y estados internos. Se trata, en este caso, de la comunicación e interacción empática (identificación parcial y transitoria con el otro percibido como separado de sí mismo) del cuidador en su relación con el niño. Gracias a este proceso, el niño logrará establecer las raíces intersubjetivas de la comunicación humana. Por eso, a la hora de evaluar los factores de riesgo interactivo en lo que concierne al entorno cuidador familiar-bebé y en especial a las personas que desarrollan la función parental, tanto la función materna como la paterna, es importante considerar aquellas dificultades de comunicación emocional, cognitiva e intencional que en la interacción con el bebé pueden dificultar la comunicación intersubjetiva y obstaculizar el acceso a la intersubjetividad (capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida con el otro) del bebé. Tengamos en cuenta que en el primer año de vida se constituyen y desarrollan los cimientos, los fundamentos del ser y del sí mismo en interacción con el otro, con su entorno cuidador que lo "alimenta". Sería éste el paso previo a la constitución posterior del yo, de la identidad y de la personalidad del sujeto. Por eso, en esta temprana etapa evolutiva, se pueden generar vulnerabilidades que pueden dar lugar -a corto o largo plazo- a graves trastornos psicopatológicos, psíquicos y del desarrollo.

La función parental: las personas que ejercen la función parental y, dentro de ella, la función materna y paterna, son esenciales para conseguir que el bebé sobreviva, madure biológicamente y se desarrolle como persona. Cuando digo padres, madre y padre en este texto, me refiero a las funciones más que a las personas. De la misma forma, cuando digo niño,

me refiero al genérico "niño", que engloba también a la niña. Madre y padre son funciones más allá de los seres humanos que las encarnen. La función es un concepto matemático, que implica un lugar vacío. Cualquiera puede ocupar este lugar si es capaz de desarrollar aquello que caracteriza la función. Se trata, en este caso, de las funciones básicas y necesarias para la supervivencia y desarrollo del niño pequeño, cosa que sin ellas sería imposible para él. Desde esta perspectiva, pueden desarrollar la función parental o la materna y paterna personas y profesionales -también instituciones- que no sean los padres y las madres. Sin embargo, no hay que olvidar que, en condiciones normales y debido al hecho biológico que supone el embarazo, quien mejor conoce a su hijo es la madre que sería la persona más adecuada para ejercer la función materna. Lo mismo podríamos decir del padre y de la función paterna.

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

Concibo la manera de desarrollarse el funcionamiento psíquico del bebé a partir de la relación dialéctica entre estas dos funciones (materna y paterna) que le permiten constituirse como sujeto con subjetividad propia y con capacidad para establecer relaciones intersubjetivas con el otro. La importancia que estas funciones tienen es tal que el déficit o exceso de una de ellas puede alterar la construcción de la subjetividad del bebé. La manera en que la función materna y/o paterna es ejercida depende de las características de las personas que realizan esas funciones, pero también de las características del bebé: "El bebé es una persona y como tal modela a sus padres y a su entorno" (Brazelton, 1989).

La función materna: la gestación biológica no garantiza el deseo de supervivencia indispensable para el recién nacido, razón por la cual la persona que ejerza la función materna tiene que ser portadora de este deseo para el niño. Vamos ahora a señalar de forma condensada algunas de las características de la función materna: la persona que ejerce la función materna le presta al bebé su cuerpo y su funcionamiento mental, así como su capacidad de elaboración y ensoñación basada en la identificación empática que le permite traducir e interpretar lo que le pasa al bebé para responder adecuadamente a sus necesidades materiales y corporales, pero también y, sobre todo, psico-emocionales. Mediante sus respuestas, no solamente técnicas, sino también y fundamentalmente afectivas, la persona que ejerce la función materna le devuelve al bebé un material previamente elaborado, filtrado de las ansiedades, malestar, dolor, sufrimiento y temores que, a través de la interacción, había "depositado" el bebé en ella. El bebé puede de esta forma

construir progresivamente su propio continente psicosomático y llenarlo de un contenido emocional asimilable como paso previo al contenido del pensamiento (Larbán, 2008).

La función paterna: como función se distingue de la paternidad biológica porque tiene un valor simbólico; representa la ley porque funciona como un operador psíquico de separación de la relación madre-hijo, regulando la omnipotencia materna (traducida en la disponibilidad absoluta para comprender y satisfacer las necesidades del bebé, imprescindible al principio de la vida). Además, crea un lugar externo y le proporciona un orden a la interacción madre-bebé. La persona que ejerce la función paterna ejerce también la función materna si es necesario. Interviene para sostener y apoyar la interacción madre-bebé. También está presente para regularla y ponerle límites. Introduce la relación a tres, el concepto de ley y sus normas de aplicación. Favorece y sostiene la simbiosis inicial madre-bebé. También le corresponde limitar y "cortar" progresivamente dicha simbiosis. Filtra las influencias e intrusiones de familiares y amigos para que no interfieran en la autorregulación necesaria del bebé ni en la regulación de la interacción madre-bebé. A través del deseo y la sexualidad, el padre ayuda a la madre a recuperar su espacio de persona diferenciada del

bebé y, también, su espacio y cuerpo de mujer. La interacción del padre desde el lugar del tercero con su hijo permite el paso de la relación a dos a la relación a tres y, de ahí, el paso hacia lo grupal y social. Se crea de esta forma un continente psicosomático tridimensional donde las representaciones internas de los objetos tienen cabida. Junto con la madre, el padre facilita la creación de la cuarta dimensión espacio-temporal en la que vive su experiencia y construye su mundo interno el bebé; dimensión caracterizada por la percepción del tiempo de forma lineal y no circular, con un antes y un después, lo que permite la salida del círculo vicioso de la repetición, convirtiendo la interacción en una espiral evolutiva y no en una experiencia de sentirse y verse atrapado en un círculo interactivo repetitivo (Larbán, 2008).

Para terminar, no olvidemos que, para comprender el nacimiento y desarrollo psíquico precoz del ser humano, así como sus tempranas desviaciones hacia la psicopatología, no tenemos que perder de vista que el psiquismo temprano del bebé tiene sus raíces en su cuerpo y en la interacción con su entorno cuidador, justo ahí donde se entrecruzan estos dos aspectos tan importantes para él y para su desarrollo como sujeto (Golse, 2004). ●

BIBLIOGRAFÍA

- Brazelton, T. B.** (2001). *El saber del bebé*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bydlowski, S. y Graindorge, C.** (2007). Naissance et développement de la vie psychique. *EMC Psychiatrie*, 37, 160-A-10.
- Golse, B.** (2004). *Du corps à la pensée*. París: Editorial PUF.
- 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. Ed. SEYPNA. (Recuperado en: <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. Ed. SEYPNA. (Recuperado en: <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. Ed. SEYPNA. (Recuperado en: <http://www.seypna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>)
- Larbán, J.** (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores*. Barcelona: Ed. Octaedro.
- Piontelli, A.** (2002). *Del feto al niño*. Barcelona: Ed. Espax.
- Segoviano, M.** (2008). Transmisión Psíquica Escuela Francesa. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, 3.
- Stern, D.** (1999). *El nacimiento de una madre*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- RECOMENDADOS**
- Brazelton, T. B.** (1981). Comportement et compétence du nouveau-né. *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV (2), 375-396. París: Ed. PUF.
- Brazelton, T. B. et al.** (1981). Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV (2), 398-418. París: Ed. PUF.
- Brazelton, T. B. y Nugent, Kevin, J.** (1997). *Escala para la evaluación del comportamiento neonatal*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Cramer, B.** (1990). *De profesión bebé*. Barcelona: Ed. Urano.
- Lasa, A.** (1993). Sobre los fundamentos del psiquismo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, 5-12. Ed. SEYPNA. (Recuperado en: <http://www.seypna.com/articulos/fundamentos-psiquismo/>)
- Manzano, J. et al.** (2002). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Ed. Necodisne.
- Palau, P.** (2009 a). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicote-*

rapia y psicosomática, 73, 41-60. Ed. IEPPM. (Recuperado en: <http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>)

Stern, D. (1978). *La primera relación: madre-hijo*. Madrid: Ed. Morata.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del lactante*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Stern, D. (2002). *Diario de un bebé*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Torras de Beà, E. (2008). Organización social y cambio: su influencia sobre la salud mental. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 93-100. Ed. Fundación Orienta.

Viloca, Ll. y Mundó, L. (2011). Trastornos de la personalidad. Estructuras y sensorialidad primitiva: evoluciones psicopatológicas. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 18, 105-112.

Winnicott, W. D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Ed. Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D. W. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Winnicott, D. W. (1993). *Conversando con los padres*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Winnicott, D. W. (1994). *Conozca a su niño*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Winnicott, D. W. (1998). *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Winnicott, W. D. (2002). *Realidad y juego*. Barcelona: Ed. Gedisa. (Recuperado en: <http://es.scribd.com/doc/85683286/WINNICOTT-Realidad-y-Juego>)



Autismo: aspectos genéticos, neurobiológicos y ambientales

INTRODUCCIÓN

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

Hoy día, la *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 estaba 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. Este modelo de investigación genética descuida el hecho de que los genes de un determinado genoma (totalidad de la información genética que posee un organismo en particular) nunca trabajan solos, sino que trabajan en red y, además, interactuando entre ellos. Es por ello por lo que actualmente la genómica, conjunto de ciencias y técnicas dedicadas al estudio integral del funcionamiento, la evolución y el origen de los genomas, está abriendo el abanico de posibilidades ya casi agotadas del anterior modelo de investigación genética.

A estas dificultades mencionadas de la investigación genética -que tendrían que hacernos más modestos, comedidos y prudentes a la hora de difundir los avances genéticos logrados y, más todavía, a la hora de difundirlos en los medios de comunicación, para no crear falsas expectativas entre los padres y en la sociedad, muy difíciles de hacerse realidad y sin mostrarse realmente útiles en la clínica cotidiana a corto y medio plazo- se han ido añadiendo otras que han estimulado los avances de la ciencia creando nuevas disciplinas, como la *epigenética*, que estudia y describe al conjunto de interacciones existentes entre los genes (genoma) y su entorno que conducen a la expresión del *fenotipo* -manifestaciones visibles del genotipo en un determinado ambiente-, es decir, a la expresión genética o más bien

genómica, tanto sana como patológica. Dicho de otro modo, el material genético contenido en los genes se manifestará, se expresará y se hará visible o no en función de la interacción con el medio.

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

Sería a mi juicio un grave error, que ya estamos cometiendo actualmente, el considerar como únicos y excluyentes los posibles factores de riesgo -que no causales, que es cosa diferente- de origen ambiental, vistos como aislados y externos a la persona y, a su vez, considerados como ajenos (factores tóxicos, infecciosos, alimenticios) a la importancia de la crianza en el desarrollo del niño y, dentro de ella, a la importancia de la interacción entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social) y bebé, tanto en el caso del desarrollo sano del niño, como en el caso de sus tempranas desviaciones psicopatológicas en su desarrollo.

GENÉTICA

Tras esta breve, pero necesaria, introducción, voy a repasar ahora de forma muy esquemática las aportaciones de la genética en la investigación de los Trastornos del Espectro Autista.

Se dice que los TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo) y, en especial, los TEA (Trastornos del Espectro Autista) son tres o cuatro veces más frecuentes en los niños que en las niñas. Sin embargo, considero que, para hacer semejante aseveración, falta investigación epigenética al respecto. No se han hecho suficientes estudios que validen la hipótesis de que su prevalencia en varones sea una prueba de la causalidad genética del autismo. Aspectos diferenciales ligados a la identidad sexual del bebé y su temperamento, en interacción con un entorno cuidador primario donde predomina la figura femenina ejerciendo de forma preferente la función materna, pueden in-

fluir en el desarrollo de estilos de interacción madre-bebé muy diferentes en el caso de que el bebé sea un niño o una niña.

El 18 de septiembre de 2008, entre las noticias publicadas por BBC-MUNDO, aparecía una que informaba de que el autismo leve se diagnostica con mayor dificultad en las niñas que en los niños. Su texto está entrecomillado y en cursiva:

“Se cree que el autismo afecta cuatro veces más a varones que a mujeres, pero un último estudio desarrollado por investigadores británicos sugiere que éste no es el caso.

Los científicos, que presentaron su trabajo en un encuentro de la Real Facultad de Psiquiatría (Royal College of Psychiatrists) del Reino Unido, examinaron a 493 niños y a 100 niñas con autismo.

Descubrieron que las chicas mostraban diferentes síntomas y menos signos de los síntomas tradicionalmente asociados con el autismo como, por ejemplo, el comportamiento repetitivo.

La mayoría de los niños y niñas investigados no padecen autismo clásico, aunque sí tienen dificultades de socialización y comunicación.

Los investigadores hallaron que las niñas son más propensas a tener un interés obsesivo en las personas y en las relaciones. Pero es más probable que sus padres acepten este interés y, por lo tanto, tiendan a no reportarlo a los médicos. Además, este tipo de obsesiones son más difíciles de ser descubiertas usando cuestionarios estándar de diagnóstico.

El profesor Simon Baron-Cohen (impulsor y destacado investigador de la teoría de la mente), un experto en autismo de la Universidad de Cambridge, dijo: “Éste es un problema clínico importante y hay muy pocos estudios que lo investigan”.

Judith Gould, de la Sociedad Nacional de Autismo, indicó: “Oímos de muchas mujeres a las que se les ha diagnosticado tarde en sus vidas”.

“La forma en que el autismo se manifiesta en las mujeres puede ser muy compleja y, por lo tanto, indetectable. Puede que, debido a errores de concepto o a estereotipos, a muchas niñas y mujeres con autismo nunca se les deriva para diagnóstico”.

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

Añadió que “también es posible que las mujeres sean mejores en ‘tapar’ las dificultades para poder adecuarse a la sociedad”.

“Características como la timidez y la hipersensibilidad, comunes en las personas con autismo, a veces son consideradas típicas del sexo femenino”.

“Sin embargo, si un niño muestra esas características, puede despertar preocupación en su entorno”.

A todo esto, tengo que añadir que en mi práctica clínica he tenido varios casos de mujeres adultas que, en tratamiento psicoterapéutico, han mostrado un funcionamiento autista que arrastraban desde su infancia, sin haber sido diagnosticadas ni tratadas y evolucionando con apoyos que yo llamo ortopédicos e instrumentales, que ellas mismas habían desarrollado por su cuenta, permitiéndoles una evolución dentro de una aparien-

cia de normalidad; es decir, con trabajo y familia, aunque con dificultades de integración y relación social debidas a obstáculos importantes en la relación y comunicación intersubjetiva con el otro, así como en la comunicación empática, sobre todo emocional, con los demás.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GENÉTICA Y AMBIENTE

En cuanto a los factores de riesgo de origen ambiental, el criterio o, más bien, la ideología imperante consiste en buscar entre los factores ambientales de origen tóxico, infeccioso, metabólico, alimenticio, etc. las posibles causas del autismo, dejando de lado los factores de riesgo de origen relacional y psico-social.

Entre los factores ambientales, se ha sugerido como posibles causas infecciones víricas (rubéola, herpes, etc.), complicaciones obstétricas, administración de vacunas (desmentido), intoxicaciones, intolerancia a determinados alimentos y nutrientes, consumo de determinados productos durante el

embarazo, alteraciones gastrointestinales, intoxicaciones por plomo y mercurio con efectos a medio y largo plazo, con dosis no muy grandes y lenta acumulación en el organismo, etc.

Respecto a la relación entre autismo y gluten, varios destacados profesionales franceses implicados en el diagnóstico, tratamiento e investigación del autismo analizan en profundidad este tema y no encuentran evidencias de ningún tipo que puedan establecer una relación causal ni de riesgo evidente entre uno y otro de los elementos de la interacción. Los autores llaman la atención sobre los riesgos para la salud que supone llevar este tipo de dieta de forma prolongada en el tiempo y sin un control médico y analítico rigurosos. Apuntan, además, la hipótesis de cómo y por qué la teoría de la influencia del gluten y la caseína en el desarrollo del autismo tiene y ha tenido tanta repercusión en los medios de comunicación y en los padres afectados. Señalan la función metafórica que suponen y representan las teorías alimenticias respecto al autismo. Citaré ahora -por lo que supone el hecho de sustituir lo simbólico por lo real en este caso - las analogías que pueden encontrarse:

1. Analogía entre las interacciones afectivas precoces y la alimentación precoz.
2. Analogía entre la porosidad de la mucosa digestiva y la afectación del envoltorio psíquico (barrera para-excitación), el yo-piel psíquico y poroso, alterado en el niño autista.



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

3. Analogía entre las reacciones autoinmunes inducidas por los antígenos alimenticios y la confusión entre lo interno y lo externo, entre el yo y el no-yo, que se da también en el niño autista.

Cabe señalar que, si estas teorías pueden permitir una representación metafórica de los procesos que actúan en el funcionamiento defensivo autístico, no permiten desprenderse de ellos ya que suponen una ecuación o equivalente simbólico en el que la cosa se confunde con lo que ésta representa, reforzando así el funcionamiento defensivo de tipo psicótico. Además, como el exterior es vivido en estos casos como amenazante, peligroso e intrusivo, ya que hay que protegerse eliminando de la dieta los nutrientes incriminados, se repite inconscientemente y se refuerza el funcionamiento defensivo autístico que consiste en defenderse y protegerse del exterior a través del repliegue autístico (Robel, Beauquier-Maccotta, Bresson, Schmitz y Golse, 2005).

Hasta la fecha, la conclusión de numerosos grupos de trabajo es que no existe evidencia documentada de modo científico que pruebe que los factores ambientales citados y estudiados hasta ahora sean por sí mismos causantes del autismo.

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

Actuando de este modo, se muestra un aspecto de la realidad al mismo tiempo que se oculta y, lo que es más grave, se niega otro, con la posible finalidad, consciente y/o inconsciente, de eludir responsabilidades, alimentando complicidades entre unos y otros.

Muchas familias de afectados y bastantes profesionales que les atienden se *agarran* como a un *clavo ardiendo* a lo descrito entre los factores genéticos y ambientales, negando otras posibilidades de riesgo que les conciernen y responsabilizan y olvidando que lo genético, así como lo ambiental, interactuando entre sí, pueden ser factores de vulnerabilidad y de riesgo, pero no elementos causales y, todavía menos, factores exclusivos y excluyentes de otros posibles riesgos.

LO GENÉTICO-CONSTITUCIONAL Y LO AMBIENTAL

Los factores genéticos que son indicadores de vulnerabilidad no son factores etiológicos ni etiopatogénicos, es decir, no son factores causales; son factores predisponentes, pero no determinantes. Es la interacción de lo genético o, más bien, de lo genómico (redes de genes de un mismo genoma que interactúan entre sí) con el ambiente, la llamada hoy día "epigenética", la que va a determinar la manifestación o no de esa predisposición. De la misma forma, tampoco son factores causales los factores de riesgo interactivo y psicosocial. Son factores predisponentes, pero no determinantes.

Desde la genética se da un papel fundamental a la causalidad pluri-genética (red de genes interactuando entre sí dentro

del mismo genoma) y multifactorial (factores múltiples y diversos), así como a la interacción del sujeto y de lo genético-constitucional con el entorno, en cuanto a la aparición y desarrollo o no de alteraciones (incluso morfológicas) y enfermedades que genéticamente predisponen al sujeto que las tiene a padecerlas, pero que no determinan su posible padecimiento. Lo genético predispone, pero no determina el porvenir del sujeto.

"Vamos sabiendo, poco a poco, lo que cada gen hace y cuál es su función. Pero es que ninguno trabaja solo: el verdadero sentido de la vida son las redes de genes que trabajan juntos. Y ese es uno de los problemas. Por eso, en este campo, no podemos ser reduccionistas, porque podríamos saltarnos la clave. Quédese con esta idea: redes de genes que trabajan en conjunto. Eso somos...". Eso es el genoma, diría yo.

"Pongamos que tenemos de innato el 50 por 100 y de adquirido el otro 50. Es verdad que hay muchos rasgos que nos llegan por herencia, pero eso significa poco. Mire, suelo poner un ejemplo bastante ilustrativo: es como si dijéramos ¿en qué influyen las cartas que nos llegan en un juego de azar? Lo importante no son las cartas que recibimos, aunque esto tenga cierta influencia. Lo importante es cómo las jugamos. Quiero decir con ello que la heredabilidad, es decir, la influencia de los factores genéticos en la personalidad nunca es cien por cien segura".

"Quizá los rasgos más heredables, si es que podemos hablar en estos términos, serían, por ejemplo, la habilidad en el conocimiento, en que la herencia nos daría un 50 por 100; la tendencia a la extroversión sería un poquito más, un 54, así como la personalidad abierta, cordial, simpática, que llegaría a un 57 por 100; la tendencia al tradicionalismo, un 54 por 100; la tendencia a la neurosis la situaríamos en un 48 por 100 y la tendencia a la agresividad quedaría en un 38 por 100. Pues bien, con todo ello, que no es más que un juego, la posibilidad de que esos rasgos se desarrollen depende de usted. De su libertad, que la tiene, y de factores ambientales que influyan en que esas tendencias cristalicen".

Estos tres párrafos precedentes son declaraciones del profesor Francis S. Collins (Collins, 2007), médico genetista y director a escala mundial del proyecto *Genoma* o, si se prefiere, supervisor del proyecto más ambicioso de la ciencia moderna: ordenar, clasificar y conocer a fondo todo el mapa genético del ser humano.

En una entrevista a Michael Rutter (Rutter, 2007), Sir Michael, desde 1992, éste realizó las declaraciones que vamos a ver a continuación a través de un extracto de las mismas.

Como datos destacados de su biografía caben destacar los siguientes. Nació en el Líbano, aunque de padres ingleses. En 1936 se trasladó al Reino Unido y, durante la Segunda Guerra Mundial, estudió en los EEUU. Tras post-graduarse en neurología, pediatría y cardiología, se adentró en el ámbito psiquiátrico y, con posterioridad, en la epidemiología y la genética. Está considerado como una de las voces más autorizadas a nivel mundial en el terreno del autismo. Ha publicado medio centenar de libros y medio millar de artículos científicos y sigue activo en la investigación de trastornos neuropsiquiátricos, diseño

de estudios longitudinales, auditorías sobre eficacia del aprendizaje en las escuelas o técnicas de entrevista a los pacientes ¹.

Su investigación con los niños/as rumanos adoptados del Reino Unido da a entender que los autismos pueden tener un origen ambiental.

“Lo bueno -a la vez que desesperante- de la Medicina es que no se puede dogmatizar ni imponer normas generales... Los científicos que establecen una relación causa-efecto bien quisieran pensar que han dado con una explicación, pero la naturaleza se encarga de rebatir sus principios y siempre sale con sorpresas. Muchos padres ingleses adoptaron niños rumanos en los años 90 como consecuencia de reportajes crudos en los que se ilustraba cuán abandonados estaban los orfanatos del depauperado régimen político de Ceausescu. De hecho, las adopciones de niños rumanos llegaron a doblar en el 2000 a las de niños huérfanos ingleses. Pero empezaron a aparecer problemas serios de adaptación que se relacionaron con el espectro autista y el Gobierno me encargó una investigación al respecto”.

¿A qué conclusiones llegó?

“Seguimos a 165 adoptados y descubrimos que había ciertamente una proliferación de casos de autismo entre esos niños que no guardaba relación con los adoptados en los mismos años por familias de modo de vida similar y con edades emparejadas. Pero el problema no estaba en ningún gen ni en un desarrollo anormal del tamaño cerebral, sino en un efecto a largo plazo de las paupérrimas experiencias vividas en el periodo de internamiento en los orfanatos rumanos. En lo científico, aquella investigación trajo a colación la insospechada circunstancia de que un autismo puede saldar cuentas con una experiencia anterior a la adopción, lejana, y manifestarse a largo plazo. Además, observamos que cuanto más tiempo había permanecido el niño institucionalizado en aquellos orfanatos, peor era el síndrome desencadenado”.

Estos estudios muestran la importancia que puede tener el ambiente o los factores de riesgo psicosociales y no solamente los factores de vulnerabilidad genéticos en el aumento de la prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista y, también, que experiencias ambientales negativas para el bebé, anteriores a la adopción en este caso, pueden generar, más adelante, secuelas autistas.

¿Qué pasó con los orfanatos rumanos?

“El informe que realizamos tuvo consecuencias. Se desató una convulsión política porque la baronesa Emma Nicholson promovió una moción del Parlamento Europeo que acabó con una prohibición de las adopciones en Rumania a partir del 2004”.

Estas son las declaraciones efectuadas por Sir Michael Rutter con ocasión de su viaje a España para participar en un encuentro científico internacional sobre el Síndrome de Asperger. Esta experiencia que relata y su confrontación ante la realidad o naturaleza de las cosas que comenta le obligaron a revisar

y matizar su posición en cuanto al papel de lo genético en la etiopatogenia de los trastornos mentales y, en particular, del autismo y Síndrome de Asperger.

Para llegar a donde la genética no ha podido, se ha desarrollado lo que algunos llaman el segundo genoma o, mejor, el interlocutor entre genoma y ambiente. Se trata de una disciplina científica llamada *Epigenética*.

El término *epigenético* (epi es un prefijo griego que significa sobre o por encima de; de lo genético, en este caso) fue introducido en 1956 por Waddington (Waddington, 1956 y 1980) con el objeto de encontrar respuestas a las preguntas que la genética pura, aislada de otras disciplinas, no podía responder. Conrad Hal Waddington (1905-1975) fue un biólogo del desarrollo, paleontólogo y genetista escocés y uno de los fundadores de la biología de sistemas; fue, además, uno de los mayores y más avanzados científicos integradores de diferentes disciplinas como la genética, la embriología y la evolución. Analizó los límites de la genética de poblaciones y, también, advirtió de los problemas acarreados por la exclusión del desarrollo de la síntesis evolutiva moderna. Frente a la separación radical entre genotipo y fenotipo, Waddington propuso el término *epigenotipo*, referido al proceso de desarrollo y el término *epigenética* como la ciencia encargada de su estudio. Waddington, un avanzado investigador-integrador (de diferentes disciplinas científicas) de su época, ya nos dice en 1956 que *“parece que los cambios en el genotipo sólo tienen efectos en la evolución si traen consigo alteraciones en el proceso epigenético por el que se forman los fenotipos; y los tipos de cambio posible en el adulto o en cualquier animal están limitados a las posibles alteraciones en el sistema epigenético por el que éste se produce”.*

“La diferencia entre genética y epigenética probablemente puede compararse con la diferencia que existe entre escribir y leer un libro. Una vez que el libro ha sido escrito, el texto (los genes) será el mismo en todas las copias. Sin embargo, cada lector podría interpretar la historia del libro de una forma ligeramente distinta, con sus diferentes emociones y proyecciones, que pueden ir cambiando a medida que se desarrollan los capítulos” (reflexiones de Jenuwein, investigador austriaco en este campo).

Veamos ahora lo que genéticamente ocurre a nivel celular:

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

¹ Michael Rutter ha fallecido recientemente, el 23 de octubre de 2021. Nota de los editores.

Es importante señalar que la función del gen es la producción en serie de proteínas. El gen es un molde a través del que se crean proteínas específicas con funciones concretas. El ser humano tiene unos 25000 genes, pero no todas las células tienen todos los genes expresados, es decir, activos. La diferencia entre una célula y otra no está en los genes que tenemos en cada célula, sino en cuáles expresamos. Expresar un gen quiere decir que el gen lleva a cabo la función para la que está destinado: la producción en serie de una proteína determinada. Cada proteína tiene unas funciones específicas que serán las que dotarán a cada célula de su aspecto y funcionamiento. La diferencia entre una neurona y un hepatocito se basa en el tipo de proteínas que son codificadas o, lo que es lo mismo, qué genes están expresados o activos.

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

Los genes son poco alterables, sólo extrañas y poco habituales mutaciones los varían, pero los reguladores, el encendido/apagado, son muy influenciados por el ambiente, por estímulos tanto internos (hormonas, fases de desarrollo del cerebro...) como externos (estrés, aprendizaje, interacción social...).

Los factores sociales, la vida que vivimos, modifican la expresión de nuestros genes, tanto en los relacionados con funciones corporales como los relacionados con las funciones cerebrales. Lo que vemos, oímos, aprendemos, vivimos, modifica la expresión de determinados genes, variando nuestro ser; el ambiente en el que me desarrollo modifica la expresión de mi genética.

Esta variación de nuestra expresión genética, del encendido/apagado de nuestros genes, se transmite de manera cultural. Mantenemos los elementos de enseñanza, alimentación, crianza que hemos aprendido y que nos han hecho expresar nuestra genética de manera diferente.

Esos cambios de expresión no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Esto quiere decir que hay una evolución cultural que modifica la expresión de la genética a través del aprendizaje, que es muy rápida y otra natural, biológica, basada en mutaciones, de una lentitud que se mide por decenas de milenios”.

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

Desde 2003, el Proyecto ENCODE (Enciclopedia de los Elementos del ADN) intenta dilucidar los entresijos del ADN secuenciado y crear un catálogo con todos los elementos funcionales que contiene el genoma que, al mezclarse, constituyen la información necesaria para formar todos los tipos de células y órganos del cuerpo humano. Esta información ha ayudado a los científicos a entender mejor cómo se regula la expresión de los

genes, qué factores determinan que las proteínas se produzcan en las células apropiadas y en el momento adecuado y permitirá nuevos avances en la comprensión de enfermedades.

Los primeros resultados del Proyecto ENCODE, la investigación de mayor envergadura que en la actualidad se está llevando a cabo en el campo de la genómica, proyecto en el que participa un equipo internacional de investigadores con participación española, nos ha permitido descubrir cómo el 80% de nuestros genes, llamados hasta ahora “genes basura” y, también, genes silenciados porque no expresan su código genético, permaneciendo inactivos en cuanto a la producción de las proteínas específicas necesarias para la constitución de cada órgano y el desarrollo de su función, en realidad cumplen un importante papel actuando como un gran panel de control con millones de interruptores que regulan la actividad de nuestros genes y sin los cuales los genes no funcionarían y aparecerían enfermedades. “Nuestro genoma sólo funciona gracias a los interruptores: millones de lugares que determinan si un gen se enciende o se apaga. Hemos encontrado que una gran parte del genoma está implicada en controlar cuándo y dónde se producen las proteínas, más allá de simplemente fabricarlas”, afirmó Ewan Birney, coordinador del proyecto e investigador del Instituto Europeo de Bioinformáticos de Hinxton (Cambridgeshire, este de Inglaterra), en una rueda de prensa celebrada en el Museo de la Ciencia de Londres (Diario de Ibiza, 05-09-2012).

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

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

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

En una primera parte del experimento, el equipo de la Universidad Duke expuso a hembras de ratón en gestación a un agente químico, el BPA, que forma parte del plástico que se encuentra en todas las casas (envases, recipientes, biberones, etc.). Todos los vástagos que nacieron eran amarillos o, lo que es lo mismo, con predisposición a sufrir las enfermedades mencionadas.



Los avances de la neurociencia del desarrollo han puesto de relieve la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo.

En la segunda parte del estudio, nacieron los ratones mencionados. Los dos de la misma madre y con la misma carga genética. Durante la gestación del roedor amarillo, la madre recibió el BPA y una dieta normal. Sin embargo, durante la gestación del marrón, la progenitora, que también recibió el compuesto del plástico, siguió una dieta especial enriquecida con ácido fólico y genisteína, un folato presente en la soja.

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

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

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

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

El denominado efecto placebo es el más claro de ellos: un alto porcentaje de pacientes se curan porque creen que están recibiendo un medicamento cuando lo que están tomando es un simple caramelo. El científico estadounidense menciona el caso de una mujer que participaba en un ensayo clínico con un antidepresivo y que mejoró espectacularmente de una depresión de años. La participante no recibía el antidepresivo, sino un placebo, pero lo destacado del asunto es que las pruebas de neuroimagen mostraban que la actividad de su cerebro había cambiado.

La biología respondió a algo tan inmaterial como la sugestión o el pensamiento. Y para ilustrar que lo contrario también se cumple, el caso de un hombre que, tras ser diagnosticado de cáncer de esófago y haber recibido los tratamientos pertinentes, muere tal y como sus médicos le habían asegurado y vacunado. Lo curioso del caso es que cuando le practicaron la autopsia no encontraron suficientes signos de cáncer como para haberle causado la muerte. Uno de los terapeutas que le atendieron dijo en un programa de Discovery Health Channel: *“Murió con cáncer, pero no de cáncer”.*

“Hay que luchar contra el determinismo genético. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada”, dice Manel Esteller, director de epigenética del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (Madrid) y del Instituto Catalán de Oncología (Barcelona). Sus investigaciones con personas genéticamente idénticas son conocidas en todo el mundo por su importancia y trascendencia.

Esteller ha estudiado a decenas de parejas de gemelos de distintas edades y ha podido observar cómo la forma de vida va dejando sus huellas en los genes a través de marcadores químicos (cambios epigenéticos) que son los que los encienden o apagan. En el genoma, los genes son desactivados por un proceso químico llamado metilación, mientras que la acetilación los activa. Un solo dato ilustra bastante bien los hallazgos de Esteller: las diferencias en las marcas químicas presentes en los genes, cambios epigenéticos, de gemelos de 50 años son cuatro veces mayores que las que se pueden encontrar en gemelos de sólo tres años. Además, la disparidad aumenta a medida que aumentan las diferencias en el estilo de vida. *“Cada vez hay más datos que sugieren que la epigenética sana se transmite a las generaciones futuras y la alterada, también”, asegura Esteller. Se podría decir que hay una heredabilidad epigenética -que se transmite culturalmente a la siguiente generación- de los factores protectores de la salud (resistencia ante la enfer-*

medad y capacidad de recuperación) y de los factores que predisponen a padecer un determinado trastorno o enfermedad (vulnerabilidad). (El País, 20-07-2008).

Manel Esteller ha explicado, según el artículo publicado por Diario de Ibiza (05-03-2009), que el 80 por ciento del genoma *“no son genes, sino otras secuencias de ADN”* y que la genética es *“como el abecedario de la vida de las células, mientras que la epigenética sería la ortografía, la gramática, la que da un significado al genoma”.*

Por eso, según el experto, *“podemos tener genomas iguales y enfermedades distintas; el medio ambiente deja unas marcas químicas en nuestro genoma; algunas son heredadas y nos permiten crecer y envejecer y otras pueden alterarse en patologías”.*

De hecho, la epigenética, además de su impacto directo en nuestras vidas, remueve los cimientos de la mismísima teoría de la evolución. Parece que Charles Darwin no tenía toda la razón. Por su parte, el despreciado Jean-Baptiste Lamarck, un naturalista francés ligeramente anterior a Darwin, que de alguna manera ya había descrito la epigenética en el siglo XIX, debería obtener finalmente su lugar en el olimpo científico. Para Darwin, los cambios en el ADN que se dan en el proceso evolutivo son fruto del azar, mientras que Lamarck sostenía que se producen debido a la interacción con el medio ambiente y a la adaptación a él. Uno de los aspectos importantes de la teoría de Lamarck sobre la evolución de las especies ha sido rechazado por la comunidad científica hasta hace poco. Nos referimos a su hipótesis de que los caracteres adquiridos podían heredarse. Ya hemos visto, gracias a la epigenética, que sí se pueden heredar.

Los seguidores de Darwin despreciaron y casi borraron de la historia de la ciencia la teoría lamarckiana, hasta que las investigaciones epigenéticas aparecieron en escena y comenzaron a dar pruebas objetivas de su validez. *“Lamarck no debería haber sido tan denostado”, opina Esteller.*

Lo que hacemos con lo genético, cómo vivimos, comemos, sentimos y pensamos, también influye en lo que somos. Estudios epigenéticos demuestran que podemos introducir cambios en nuestro genoma que pasarán a nuestros descendientes.

Podemos deducir de los avances de la epigenética que la modalidad de crianza y las interacciones precoces entre el bebé y su cuidador pueden influir y modificar lo genético-constitucional, tanto en positivo como en negativo. Además, vemos que dichos cambios epigenéticos son transmisibles a las generaciones siguientes. Otro hecho importante se deriva de los descubrimientos de la epigenética: las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas permanentemente a través de la regulación de la expresión génica relacionada con la interacción ambiental.

NEUROBIOLOGÍA DEL DESARROLLO PLASTICIDAD Y NEUROGÉNESIS CEREBRAL

“Uno de los privilegios de ser un humano es que podemos hacer real nuestro pensamiento”, explicaba Joe Dispenza, bioquímico estadounidense especializado en el funcionamiento de la

mente, en una entrevista realizada durante la presentación en España de su libro "Desarrolla tu cerebro: La ciencia de cambiar tu mente". "De igual modo, el cerebro cambia como resultado del pensamiento", añadía. "Si pensamos siempre de la misma manera y nos comportamos de la misma manera, el cerebro no cambia. Lo que tenemos que hacer es forzar al cerebro a activarse de forma diferente. La idea biológica que subyace a esta afirmación es que es necesario romper los hábitos, proponerse actuar, pensar e incluso sentir de una manera distinta a la habitual. De este modo, se estimula la creación de nuevas conexiones neuronales a la vez que se debilitan las que nos mantienen en el mismo círculo de repeticiones" (Dispenza, 2008).

En una ocasión, un neurocientífico de la Universidad de California en San Francisco, Michael Merzenich, explicó que en cada momento elegimos cómo va a funcionar nuestra hiperflexible mente y así elegimos quién seremos en el momento siguiente. Efectivamente, la clave de esta posibilidad para modelar el cerebro está en su enorme elasticidad o plasticidad. La misma que nos permite aprender sin cesar y que también reorganiza todo cuando una de las áreas no funciona para que otras asuman, al menos, una parte de su trabajo.

PLASTICIDAD CEREBRAL

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

La neurobiología fundamental ha puesto en evidencia el fenómeno de la plasticidad neuronal a través de toda una serie de trabajos y particularmente los de Kandel sobre los circuitos de la memoria, por los que ha obtenido el Premio Nobel en el año 2000 (Kandel, 2001).

Eric Kandel, psiquiatra y neurofisiólogo, ha recibido el Premio Nobel de Medicina por sus descubrimientos en el estudio de la memoria. Estudios que le permiten afirmar, con más convicción que antes, que la plasticidad cerebral depende tanto o más de factores ambientales y vinculares que de la determinación biológica. Tras sus experiencias con un caracol marino, ha llegado a la conclusión de que el aprendizaje y las experiencias son las que modelan la estructura del cerebro. Así descubrió que la red de conexión entre las células cerebrales es única para cada individuo y que no está determinada por el ADN, sino por el aprendizaje. Los estudios premiados han logrado demostrar que la memoria constituye la espina dorsal de nuestra vida mental y que los recuerdos condicionan nuestra existencia.

Si bien los resultados experimentales que demuestran la existencia de esta plasticidad 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, 1909-1911).

Los resultados de la investigación sobre la plasticidad cerebral 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 el caso del bebé, con su entorno cuidador; experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático, sino también la huella neuronal del sujeto que la vive. En su interesante, estimulante y sugerente libro, publicado en castellano, un profesional del psicoanálisis y otro profesional de las neurociencias nos muestran de forma amena y didáctica estos aspectos de la plasticidad cerebral que comentamos. Nos permiten comprobar cómo el psicoanálisis y las neurociencias pueden encontrar un espacio de intersección entre las dos disciplinas donde el encuentro no solamente es posible, sino también extraordinariamente fecundo (Ansermet y Magistretti, 2006).

La experiencia psíquico-neuronal está en la base del aprendizaje y desarrollo humanos. Experiencias que pueden ser positivas para el desarrollo del bebé, que facilitan su evolución, la comunicación interneuronal y el desarrollo de su sistema nervioso, así como de su psiquismo y de su capacidad para comunicarse y relacionarse con su entorno y consigo mismo y, también, experiencias negativas o anti-evolutivas que impiden dicho proceso comunicacional y relacional y, por tanto, su adecuado y normal desarrollo bio-psico-social (Palau, 2009).

El concepto de plasticidad neuronal permite representar las influencias que el medio ambiente ejerce sobre el cerebro, su constitución y transformación. El cerebro posee una extraordinaria plasticidad neuronal en cuanto a su conectividad y función en todos los niveles de organización. Las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas permanentemente a través de la regulación de la expresión génica relacionada con la interacción ambiental. La plasticidad neuronal se refiere a los cambios que ocurren en la organización del cerebro en áreas neocorticales y en áreas relacionadas con la memoria como resultado de una experiencia. Una actividad del cerebro asociada a una función determinada puede localizarse en otra área como consecuencia de una experiencia normal, de un daño cerebral y/o de una recuperación posterior. La plasticidad del cerebro se expresa en las sinapsis neuronales, en la capacidad de establecer nuevas conexiones y en el uso de las zonas del cerebro para otras actividades. Neurofisiológicamente, no solo son cambios celulares del órgano, sino de producción, modificación o recuperación de la conducta o la cognición perdida.

El ser humano desarrolla intensivamente las funciones cerebrales durante los tres primeros años de vida desde la fase embrionaria, desarrollo que persiste intensa y significativamente hasta los 6 años y, a un ritmo menor, durante toda la vida, tal como lo evidencia la plasticidad cerebral.

Como vemos, los avances de la neurociencia del desarrollo han puesto de relieve la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo. Las interacciones cara a cara modulan no sólo el desarrollo del niño sino algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción (neuronas espejo). A la luz de estos descubrimientos de la ciencia, la crianza y las primeras interacciones adquieren una esencial importancia para el desarrollo del niño. Estos hechos nos muestran que una adecuada interacción con el medio o con el entorno cuidador puede producir cambios en el desarrollo psíquico y en las funciones cerebrales, incluso si hay cierto grado de disfunción o de afectación cerebral.

NEUROGÉNESIS CEREBRAL

La neurogénesis (producción y regeneración de las células del sistema nervioso central, es decir, de las neuronas y de las células gliales) 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.

En la década de los 50, Rita Levi-Montalcini, médica y neuróloga italiana se preguntaba: ¿Existen algunos factores que promueven la diferenciación y el desarrollo del tejido nervioso en los seres vivos? Cuestionamiento que le llevó a descubrir una molécula proteica capaz de promover el desarrollo de las células del tejido nervioso llamada *factor de crecimiento neuronal*. Por este importante descubrimiento recibió el Premio Nobel de Medicina en 1986.

Vemos que la estimulación del entorno, según sea la adecuada o no, puede facilitar o impedir no solamente el desarrollo psíquico de una función determinada en el niño, sino también el desarrollo de las redes neuronales encargadas de esa función.

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

Las células madre del cerebro son células indiferenciadas adultas caracterizadas por su “pluripotencialidad”, es decir, por su capacidad de generar otras células diferenciadas más especializadas y del mismo tipo celular al que pertenecen. Son las responsables del proceso conocido como “neurogénesis”, un fenómeno que consiste en la continua formación de nuevas neuronas que ocurre en el cerebro de todos los mamíferos, concretamente en el hipocampo y en la zona subventricular-bulbo olfatorio.

En concreto, las células madre del cerebro cuentan con la capacidad de diferenciarse o dar lugar a dos tipos celulares conocidos como células de glía (astrocitos y oligodendrocitos) y

también a neuronas. El conocimiento de los procesos que determinan esta diferenciación hacia un tipo celular u otro es de gran importancia para llegar algún día a establecer terapias eficaces con el objetivo de reparar diversos problemas que tienen que ver con el sistema nervioso y que están en la base de las enfermedades neurodegenerativas. En este fecundo campo de la investigación genética, cabe destacar el importante trabajo efectuado por el científico español José Manuel García-Verdugo, catedrático de Biología Celular de la Universidad de Valencia, y su equipo, pioneros en la caracterización e identificación morfológica de los nichos del cerebro donde se produce la neurogénesis, siendo su trabajo avalado por la comunidad científica en distintos hallazgos recientes como el estudio de la morfología de las células madre del cerebro o la descripción del entorno en el que habitan.

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. Como decíamos anteriormente, 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).

NEURONAS ESPEJO

El 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” (Rizzolatti et al., 1996; Rizzolatti y Arbib, 1998; Gallese, 2001) en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro en lo emocional y en lo cognitivo (unión con el otro) sin confundirse con él (separación del otro y diferenciación del otro). Es como si el sujeto observador pudiese vivir de forma “virtual” la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica (neuronas espejo) y psicológica (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 sus intenciones y respuestas facilitando, de esta forma, el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos. Este descubrimiento nos permite considerar la comunicación y comprensión empática como la base de toda interacción facilitadora del desarrollo psíquico y cerebral del ser humano.

El desarrollo del cerebro requiere de formas específicas de experiencia para dar origen y promover el crecimiento de los

circuitos neuronales involucrados en los procesos mentales, como la atención, la memoria, la emoción y la auto-reflexión. Constituye una condición que hace necesaria la interacción con adultos para lograr el desarrollo de estructuras nerviosas responsables de ciertas funciones.

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

Pensamos que esto es así en el caso del funcionamiento defensivo de tipo autista en el niño. Los resultados de tratamientos precoces y adecuados lo prueban y confirman en muchos casos (Palau, 2010; Larbán, 2010).

En los casos de “autismo” en los que los indicios causales de una alteración genética parecen suficientemente probados, cabe preguntarse si “lo autista” del cuadro clínico formaría parte no solamente de lo genético-constitucional, sino también del desarrollo de la interacción precoz del bebé con su entorno cuidador y de la evolución de la experiencia del sujeto en dicha interacción.

PARA TERMINAR

Como vemos a lo largo del recorrido que les he propuesto hacer conmigo a través de este artículo, en el caso del autismo se ha desarrollado progresivamente la creencia mítica de su origen genético o neurobiológico, así como de su irreversibilidad. Creencia muy arraigada tanto en la sociedad como en

BIBLIOGRAFÍA

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

Boto, Á. (2008, 20 de julio). *Los genes no lo son todo*. El País.

Collins, S. F. (2007, 3 de junio). Declaraciones realizadas y publicadas por el *Dominical de Diario de Ibiza*, pág. 49. (Entrevista realizada por Ramón Sánchez Ocaña).

Dispenza, J. (2008). *Desarrolla tu cerebro: La ciencia de cambiar tu mente*. Madrid: Ed. Plaza.

Esteller, M. (2009, 5 de marzo). El 80% del genoma no son genes, sino otras secuencias de ADN. *Diario de Ibiza*.

Gallese, V. (2001). The “shared manifold” hypothesis from mirror neurons empathy. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 33-50.

el ámbito profesional y que, como acabamos de mostrar, no tiene actualmente, gracias a los avances de la neurociencia, ningún fundamento científico, obstaculizando gravemente tanto la prevención y detección temprana como su tratamiento precoz. Tratamiento que, por lo que les he mostrado, tendría que estar basado esencialmente en la interacción entorno cuidador-bebé y, en especial, padres-bebé. La finalidad de este tipo de tratamiento es ayudar a los padres y entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social) a cambiar el estilo interactivo que puede estar incrementando los factores de riesgo interactivo y alimentando el funcionamiento defensivo autístico del bebé. Con este tipo de tratamiento efectuado en el primer año de vida del bebé y, si es posible, antes de los tres años, que es cuando el funcionamiento autista se va instalando en su psiquismo y va progresivamente formando parte de su personalidad, se consigue la reversibilidad del proceso autístico en el niño (genérico en este texto). Los tratamientos más tardíos, y cuanto más tarde peor, no dan tan buenos resultados, son más costosos y difíciles de realizar pues, además de ayudar a cambiar la dinámica relacional familiar, tenemos que ayudar al niño a cambiar su funcionamiento autista interiorizado e integrado en su personalidad (Larbán, 2012).

CONCLUSIONES

No podemos esperar sin intervenir terapéuticamente ni a los resultados diagnósticos ni a la comprobación de su causalidad genética. Todavía menos a que aparezcan tratamientos genéticos y biológicos eficaces. La realidad es la existencia de una situación de riesgo que se puede cambiar (con una adecuada y temprana detección y tratamiento en el primer año de vida) y una evolución patológica y gravemente discapacitante que, en muchos casos (intervención temprana centrada en la interacción padres-bebé), se puede evitar (Larbán, 2008). ●

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

Larbán, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152.

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

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

Lipton, B. (2007). *Biología de la creencia*. Madrid: Ed. Palmyra.

Palau, P. (2009). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60.

Palau, P. (2010). Psicósomática y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicósomática*, 74, 39-70.

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

Rizzolatti, G., Fadiga, L., et al. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.

Rizzolatti, G. y Arbib, M. A. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neurosciences*, 21, 188-194.

Robel, L., Beauquier-Maccotta, B., et al. (2005). Autisme et gluten: mythes et réalités. *La psychiatrie de l'enfant*, XLVIII (2), 577-592. Paris: Ed. PUF.

Ruiz-Flores Bistuer, M. (2010). Lo mío es genético. *Prensa Pitiusa. Artículo de opinión* núm. 160-161, p. 20.

Rutter, M. (2007, 15 de enero). Declaraciones efectuadas en *EROSKI Consumer*, apartado de psicología y salud mental.

Waddington, C. H. (1956). *Genetic assimilation of the bithorax phenotype*. *Evolution*, 10, 1-13.

Waddington, C. H. (1980). *Biología, hoy*. Barcelona: Teide.

Autismo y entorno cuidador del bebé: crianza y educación

LA IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO DEL BEBÉ DE LA FUNCIÓN DE LA CRIANZA Y DE LA EDUCACIÓN EN EL SENO DE LA FAMILIA

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

La **crianza** son los cuidados que dedicamos al bebé para que crezca bien biológica y psicológicamente. Lo esencial de la crianza es la disponibilidad emocional que ofrece la madre a la relación de apego que el bebé establece con ella, el “diálogo” y las interacciones que ella mantiene con él, por ejemplo, mientras lo alimenta, lo baña y juega con él. De este diálogo e interacciones depende el desarrollo del cerebro y de las funciones psíquicas del bebé. Vemos, pues, la gran importancia de la crianza que reúne todo lo que son los cuidados del bebé, integrados por el eje vertebrador del diálogo entre la madre y su hijo. En este diálogo, ella participa “conversando” con su bebé, con palabras y con las acciones de cuidar y el pequeño participa emitiendo los sonidos vocales de que es capaz a cada edad y con una variedad de movimientos de brazos, piernas y de todo el cuerpo (Torras, 2011).

La **educación** (del latín *educere*, “guiar, conducir” o *educare*, “formar, instruir”) puede definirse como:

- El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.
- El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.
- El proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.

La educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, etc. respetando siempre a los demás.

Vemos que la crianza y educación en los niños pequeños compete, en primer lugar, a la familia y, también, en el caso de niños escolarizados, al sistema educativo.

No es deseable ni recomendable disociar (separar, desconectar) los aspectos de la crianza de aquellos correspondientes a la educación de los niños pequeños, al objeto de poder responder de manera integrada y global a unas necesidades que de manera natural no se presentan con ese grado de disociación en el niño y proveer, de esta manera, una continuidad y coherencia en los cuidados que es muy necesaria en los primeros años de vida. En los últimos decenios, se ha avanzado mucho en la constatación de la importancia de las interacciones entre cerebro-mente-organismo (cuerpo). Se ha de destacar la importancia concedida al vínculo temprano y a las primeras interacciones emocionales del bebé con su entorno cuidador, tanto en la aparición de problemáticas ligadas a la corporalidad y a su desarrollo psíquico y cerebral como a su sano desarrollo.

El vínculo de apego entre el bebé y su cuidador principal constituye el molde relacional a partir del cual el ser humano configura su sentir con respecto a sí mismo, a los otros, y su manera de relacionarse con los demás. El vínculo de apego seguro incrementa considerablemente la resistencia psicológica y la capacidad de recuperación del niño pequeño ante las situaciones adversas que la vida le depara. En este sentido, la ayuda destinada a la constitución y evolución de este vínculo de manera adecuada desde los diferentes contextos familiares y profesionales que atienden al niño pequeño es una estrategia de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud, en los diferentes ámbitos (individual, familiar y social) en los que vive y se desarrolla el ser humano.

La respuesta familiar, política y social hacia las necesidades que presentan la crianza y educación en la primera infancia debe centrarse en estas necesidades básicas del ser humano, relativizando en la medida de lo posible el peso de los condicionamientos laborales y económicos que tanto están influyendo en el modo como se atiende a los niños pequeños actualmente. En este sentido, para lograr una verdadera conciliación de la vida laboral y familiar de los padres, no solamente se tendrían que crear más plazas de guarderías o escuelas infantiles, sino desarrollar unas políticas de ayuda económica y laboral (ampliación de los permisos de maternidad y paternidad, facilidades para su reciclaje e incorporación posterior a la vida laboral, revalorización social de la crianza y educación en la familia) destinadas a los padres que quieran criar y educar de forma prioritaria a sus hijos pequeños en casa. Ayudas que tendrían que ser mucho más consistentes, importantes y adecuadas que las que tenemos ahora. Esta sería la dirección a seguir en los próximos años si verdaderamente queremos garantizar una mejor evolución de nuestros hijos.



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

Las respuestas a las necesidades de crianza y educación de un bebé se encuadran en un conjunto más complejo de necesidades familiares y sociales. En este sentido, la manera de responder a cada bebé será diferente de acuerdo con la singularidad de cada ser humano y el contexto-entorno en el que se desarrolla. *En todo caso, la escolarización precoz -antes de los dos años- y el exceso de horas pasadas en el centro escolar -más de 30 horas a la semana- puede provocar importantes dificultades emocionales y afectar negativamente el desarrollo del niño pequeño, además de aumentar los factores de riesgo para su salud mental, tanto en el presente como en el futuro.*

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

La excesiva tendencia social y política existente de “institucionalizar” en escuelas infantiles la crianza de nuestros hijos desde tempranas edades (desde los tres a los seis años, incluso antes de los tres años, etc.), como medida preferente de conciliación de la vida laboral y familiar, en lugar de desarrollar también políticas de apoyo a la familia con ayudas adecuadas, tales como la prolongación del permiso de maternidad, una legislación de excedencias remuneradas y con garantía de reincorporación al lugar de trabajo, el mantenimiento del sueldo para uno de los padres que cuida del hijo/a pequeño, etc. destinadas a los padres que quieran criar a sus hijos a estas tempranas

edades, creo que no está influyendo positivamente en la salud mental de nuestros hijos. Una de las principales causas de esta situación estriba, a mi juicio, en el papel que desempeña en contra de un adecuado desarrollo del niño/a pequeño el llamado “síndrome del cuidador anónimo”.

El niño pequeño, en los primeros años de vida (primera infancia, de 0 a 3 años), necesita de la constitución de un vínculo de apego seguro con su entorno cuidador familiar y, sobre todo, con su cuidador habitual, la persona que de forma preferente ejerce la función materna que, en nuestra cultura, es sobre todo la madre. Necesita también que se cree y desarrolle, en esta relación diádica entorno cuidador-bebé, un vínculo de pertenencia recíproco que facilite la constitución de ese núcleo de seguridad relacional e interna en el niño, necesario para experimentar y desarrollar, a través de su curiosidad, su capacidad de aprendizaje y su progresiva independencia.

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

La vinculación de apego seguro potencia en el niño la capacidad de resiliencia (Cyrułnik y Seron, 2004), factor bio-psi-

co-social de protección de su salud mental que permite al niño pequeño la superación de experiencias negativas para su sano desarrollo gracias a ese vínculo de apego seguro y a esa seguridad interna “sostenedora” de la que hablamos. Tras una situación traumática, el niño/a puede evolucionar bien si tiene a alguien con quien establecer vínculos seguros.

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

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

“Para paliar esta situación, son urgentes verdaderas medidas de conciliación entre el trabajo de los padres y las necesidades de los bebés y de los niños, en forma de ayudas que permitan a los primeros dedicar suficiente tiempo al cuidado de sus hijos. De hecho, nos dan ejemplo de esta realidad los países que nos aventajan en los índices de bienestar y de éxito escolar”.

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

Estos párrafos entrecuadrados y en cursiva son un extracto del interesante libro que sobre este tema ha publicado Eulalia Torras (Torras, 2008).

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

J. L. Tizón también ha escrito un interesante editorial sobre el mismo tema (Tizón, 2009).

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

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

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

Una escuela saludable como una naranja: sabrosa, brillante, aromática; requiere que sus “frutos” se dejen crecer y madurar a su aire (libre). Así, conjugando jugos y juegos entre el complejo entramado del ramaje, se acaba componiendo la palabra “nosotros” desde las más variadas individualidades, desde ese mar de juguitos naranjas. Una escuela para disfrutar creciendo y para crecer disfrutando.

Este fragmento en cursiva ha sido extraído del libro por parecerme representativo de lo que en esta etapa evolutiva es y tendría que ser la escuela y el aprendizaje para el niño. Interesante, enriquecedora y placentera forma de aprender, válida no solamente para el niño pequeño, sino también para el más mayorcito y para el adulto ya que pienso que es una pena que la educación se haya ido apartando de estos sanos principios educativos conforme se va haciendo más mayor el niño/a.

“Leyéndolo podemos aprender maneras de llevar a cabo una educación vinculada a la investigación como bisagra de la misma puerta que permita a los niños abrirse al mundo”.

Entrecuadrado y en cursiva he puesto un fragmento de una de las críticas literarias de este maravilloso e interesante libro que el sugerente título invita no solamente a leer sino también a probar, a saborear.

Frecuentemente, hoy día, la función de la crianza familiar de los hijos, así como su educación, no son consideradas un elemento esencial y prioritario para su sano y adecuado desa-

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

Sin embargo, la base del desarrollo sano en el niño, así como el proceso de su desarrollo psicopatológico, incluido el trastorno autista -sin negar la importancia de los factores genéticos y constitucionales, es decir, el temperamento del niño-, tiene mucho que ver con la crianza, con la educación, 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.

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

Lo absurdo de esta situación increíble encuentra sentido, para mí, cuando considero para qué les sirven estas actitudes defensivas a unos y otros y, también, cuando veo una creencia como la que he comentado en interacción recíproca con otras que he desarrollado en otras publicaciones (Larbán, 2010a), alimentándose y sosteniéndose mutuamente, tanto para no dejar que caiga el ideal narcisista construido sobre ellas -dándole la espalda a la realidad- como para mantenerlas vivas como realidades incuestionables para evitar que la pérdida o caída de una de ellas ponga en peligro el conjunto y, sobre todo, a la persona que sostiene esas creencias que, a su vez, le sirven de soporte y sustento.

Como consecuencia de todo ello, el abandono y negación del modelo relacional de comprensión del proceso interactivo autistizante, así como del proceso defensivo autístico del bebé, también ha supuesto a mi juicio un enorme retroceso en la comprensión, confrontación y abordaje clínico adecuado de los trastornos mentales y del autismo temprano, así como de sus graves consecuencias.

Este abandono del modelo relacional-ambiental se ha ido produciendo de forma progresiva, como consecuencia de la creencia mítica en la etiología genética del autismo que se apoyaba también en la no plasticidad del cerebro y en la no consideración de la neurogénesis cerebral, todos ellos fenómenos que hoy día se sabe que son necesariamente interactivos con el entorno para el adecuado y completo desarrollo de las funciones cerebrales y psíquicas del bebé (Larbán, 2011).

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

ENTORNO FAMILIAR

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

Afortunadamente, con el paso del tiempo y al amparo del *tejido* asociativo, la mayoría de las familias de afectados ha reaccionado buscando una respuesta más adecuada a su sufrimiento por parte del entorno profesional y social. No solamente a su sufrimiento, sino también a los múltiples y complejos problemas que les toca padecer cuando se ven inmersos en el hecho dramático de asistir, con una profunda y dolorosa sensación de impotencia e incompetencia, al desarrollo en su hijo/a de una *enfermedad* de las llamadas *raras* e incurables, entre las que se puede incluir el autismo. Es más, las familias han colaborado en la creación de recursos públicos, desarrollado servicios de atención y apoyo a su colectivo y, algunas de ellas, declaradas de utilidad pública, están prestando servicios complementarios, o sustitutivos, de los inexistentes en la red de salud pública.

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

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

diferente pasaba, pues eran hipotónicos o no respondían al sonido ni a las formas de la manera esperada. Otros, parecían desarrollarse normalmente hasta que ciertos signos de alarma aparecieron: no sonreían o no reclamaban la presencia de la madre. Esta falta de respuesta social del bebé es un signo particularmente doloroso para los padres que fácilmente se malinterpretan como un rechazo hacia ellos y puede acarrear los cuestionamientos: “¿No soy una buena madre para él?” o “¿Qué estamos haciendo mal?”.

Pero este es solo el comienzo de un largo camino que recorrerán acompañados por la duda y la preocupación, aunque quizás se aliviarán, parcial y transitoriamente, en escasos periodos de entusiasmo, consecuencia de algún logro hecho por el niño o, simplemente, producto de una fuerte negación de la evidencia. Es probable que este sube y baja emocional, esta verdadera montaña rusa de ilusión-desilusión se repita muchas veces a lo largo del proceso” (Cherro y Trenchi, 2007).

He transcrito esta reproducción parcial, entrecomillada y en cursiva del texto de Miguel A. Cherro y Natalia Trenchi tal y como aparece en uno de sus artículos porque me parece lleno de sensibilidad y empatía, así como de comprensión por el largo y doloroso camino que supone el proceso de duelo que tienen que recorrer los padres con un hijo del que se empieza a sospechar un posible funcionamiento autista.

En lo que respecta a los trastornos mentales severos en la infancia y, en especial, el funcionamiento autista precoz en el niño/a, las familias y, en especial, los padres, se encuentran desgarrados por un conflicto que nace de su ambivalencia o

de actitudes defensivas inconscientes que tienen como mecanismo de defensa la *disociación* (desconexión entre cosas generalmente asociadas entre sí). Muchos de ellos, fruto de su *ambivalencia afectiva* (coexistencia de dos emociones o sentimientos opuestos), se dan cuenta de las alteraciones en el desarrollo de su hijo/a e, incluso su posible gravedad, al mismo tiempo que esperan, como es lógico y legítimo, equivocarse en su percepción y que su hijo/a no padezca lo que intuyen que tiene.

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

Cuando reconocen el problema en su hijo/a, cosa que no es fácil cuando ello supone afrontar un hecho tan doloroso como el posible funcionamiento autista del hijo/a, catalogado a su vez con las etiquetas, a mi juicio erróneas, de crónico (para siempre) y de incurable (sin solución), tienen que dar otro paso más, que es el reconocimiento de su parte de responsabilidad en lo que le sucede a su hijo/a, tanto para lo *bueno* como para lo *malo*. Si no se reconoce y afronta el problema, asumiendo su parte de responsabilidad en el mismo, difícilmente se podrá resolver dicho problema.

Voy a transcribirles -entre comillas y en cursiva-, como ejemplo de lo dicho anteriormente, un fragmento de un documento editado por una asociación de familias de personas con autismo que muestra cómo lo que les he comentado antes sobre la



La respuesta familiar, política y social hacia las necesidades que presentan la crianza y educación en la primera infancia debe centrarse en estas necesidades básicas del ser humano, relativizando en la medida de lo posible el peso de los condicionamientos laborales y económicos.

causalidad lineal de éstos trastornos (hoy día superada por la visión interactiva y multifactorial), que señalaba a las familias injustamente y, en especial, a los padres como causantes del trastorno -interpretada y posiblemente difundida de forma inadecuada en el pasado-, arrastra todavía consecuencias y heridas no cicatrizadas en los padres.

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

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

Los posibles errores cometidos en el pasado por la visión y divulgación interesada y simplista de la compleja teoría y clínica psicoanalíticas, señalando a la familia, los padres y, sobre todo, la madre como causantes de ésta y otras modalidades de psicopatología han hecho un flaco servicio al avance del estudio de la interacción entorno cuidador-bebé como espacio privilegiado para detectar, precozmente, tanto los factores protectores de la salud que intervienen en la **resiliencia** (*término psicológico que incluye la resistencia psicosomática y emocional del sujeto que le permite un sano desarrollo en ambientes adversos, así como capacidad de recuperación del efecto patógeno y traumático que dicho ambiente tiene sobre él*) como los factores que aumentan el riesgo evolutivo del niño hacia la psicopatología.

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

Habiendo sido desacreditado el abordaje psicoanalítico del autismo en tanto que investigación etiológica -que ya hemos visto que no lo es sola ni esencialmente-, la búsqueda de una explicación en cuanto al origen del trastorno es des-

plazada hacia el exterior del espacio relacional entre el hijo/a y los padres. Se busca entonces una causa externa y objetiva que no tenga nada que ver con las raíces del funcionamiento familiar, ni con la interacción padres-bebé, ni con su biografía, ni tampoco con la filiación psíquica del niño autista.

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

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

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

La base de la alianza terapéutica sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria, que vive el terapeuta en relación con la forma de ser del paciente, su sufrimiento, su 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 y las resistencias del paciente, ajustándose a ellas (Despars, Kiely y Perry, 2001).

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.

Fue para mí una gran satisfacción comprobar que en el congreso internacional sobre autismo celebrado con gran éxito de participación los días 3, 4 y 5 de febrero de 2010 en Toledo, organizado por la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y la Universidad de Salamanca, con la colaboración del CERMI de Castilla-La Mancha, estuvieron representados en las ponencias presentadas los diferentes modelos de comprensión y abordaje del funcionamiento autista del niño/a, incluido el modelo relacional -cosa sorprendente para mí, dado lo inusual de que, en un congreso de estas características y en España, se le reserve un espacio a este modelo relacional- que fue abordado desde diferentes ámbitos y experiencia clínica por profesionales tan destacados como las Dras. Viloca y Jiménez-Pascual, así como por los Dres. Manzano, Lasa y Muratori. El excelente trabajo y la decisiva intervención de la Dra. Jiménez Pascual, coordinadora de salud mental de la Comunidad Autónoma organizadora, hicieron posible dicho Congreso y, sobre todo, la inclusión en el mismo del modelo relacional de comprensión del funcionamiento defensivo autístico.

ENTORNO PROFESIONAL

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

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

Con la teoría pseudo científica de la causalidad genética, muchos de ellos intentan evitar su implicación relacional y emocional en el contacto con estos niños, haciendo de las herramientas terapéuticas, rehabilitadoras y psico-educativas algo que tiene que ver más con lo instrumental que con lo relacional. Es decir, se prioriza en la comprensión del autismo un modelo de tipo deficitario (cerebral-mental) que requiere para su tratamiento de medidas que yo llamo ortopédicas por la utilización que se hace de ellas y que, en ciertos casos, permiten un avance en la sintomatología del niño afectado, pero sin resolver nada de lo que concierne a su psicopatología autista que, pienso, es fundamentalmente de base relacional.

A un niño/a con funcionamiento autista, dentro de este modelo de comprensión deficitaria cerebral y mental de su problemática psíquica, se le aplican tratamientos cognitivo conductuales, se le proporcionan tratamientos logopédicos y

psicomotores, tratamientos psicofarmacológicos, medidas psico-educativas, etc., pero frecuentemente estas medidas -que también considero necesarias, pues no pongo en duda el componente deficitario que padecen muchos de estos niños como consecuencia del rechazo que viven hacia la relación y comunicación con el otro- se aplican sin tener en cuenta que lo primario y primordial para estos niños es el encuentro con un adulto, en este caso un profesional o, mejor todavía, un profesional de referencia que tenga el deseo de comunicarse (de forma empática, parcial y transitoria, para no confundirse con ellos) y de relacionarse con ellos. Las medidas antes enumeradas, desde esa comprensión de la importancia de la relación y comunicación con estos niños, se convierten en secundarias y al servicio de esa interacción-comunicación empáticas que es lo primero que hay que intentar conseguir con estos niños y con sus familias.

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

1ª: José es un niño de 12 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 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 psico-motricidad, 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 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 de lado durante las actividades grupales para recogerla de nuevo al terminarlas. Este juego, primer paso de una interacción emocional, lúdica y simbólica con el otro, marcó para José y su evolución un antes y un después, ayudándole a salir progresivamente del aislamiento autista que padecía.

2ª: Ana es una niña de 10 años que padece 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 trata-

miento, 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 que se esfuerzan por corregir “*educativamente*”, mediante técnicas conductuales, por considerarla impropia e inadecuada para relacionarse socialmente con los demás. La conducta es la siguiente; cuando alguien se le acerca demasiado, la toca o rompe sin querer su distancia relacional de seguridad, se aparta y escupe en el suelo. Antes, 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, antes reprochable, significaba para ella un gran progreso evolutivo, pues tenía un significado interactivo equivalente al “NO quiero que te acerques, que me toques”, etc., la actitud del equipo terapéutico, de los padres y del equipo educativo cambió, permitiéndole a Ana una mejor y más favorable evolución.

Stanley Greenspan (1941-2010), psiquiatra infantil estadounidense e investigador del vínculo emocional del bebé con su entorno cuidador y sus tempranas alteraciones psicopatológicas, incluido el autismo, ha escrito en colaboración con Serena Wieder, un interesante e importante libro en el que de forma muy clara, sencilla y didáctica, apoyándose en múltiples ejemplos y situaciones de la vida cotidiana, nos permite comprender mejor, desde una perspectiva vincular y emocional, el funcionamiento autista del niño. Greenspan, que fue premiado por sus investigaciones y su teoría dada a conocer en los años noventa, denominada DIR / Floortime (intervención para el desarrollo de relaciones humanas), ha sido una de las autoridades más destacadas en el estudio de la salud mental y el desarrollo emocional de bebés y de los niños. De su nuevo enfoque psicológico, se destaca que es necesario que el adulto cuidador se concentre en el nivel de desarrollo psíquico y cerebral del niño en lugar de agrupar a los pequeños según su clasificación de discapacidad como ocurre, entre otros, en el caso del autismo y facilitar una alternativa de tratamiento para su problemática. La filosofía del tratamiento de Greenspan hace hincapié en crear vínculos emocionales entre el adulto y el niño. Como destacada autoridad mundial sobre el trabajo clínico con bebés y niños que presentan problemas emocionales y de desarrollo, su trabajo ha tenido un gran impacto en el tratamiento del autismo, cuya aplicación del método creado y desarrollado por él y conocido popularmente como el método “Floortime” -que implica una participación activa de los padres- gira en torno a un concepto denominado “tiempo de atención básica compartida” en el que se trata de estimular y potenciar la interacción lúdica y emocional entre el niño afectado y sus cuidadores (Greenspan y Wieder, 2008).

Este 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 propone-

mos 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/a, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de crianza.

Entiendo por alianza terapéutica la interacción empática que se establece entre dos personas o más con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el marco 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 en tanto que otro, diferente y separado de mí, *como si* estuviese en su interior, pero sin confundirse con él. A su vez, este proceso interactivo permite, sin pedírselo, que el otro intente comprendernos de la misma forma. Aplicado más específicamente a la relación terapéutica, la alianza terapéutica supone que la comprensión empática del sufrimiento, del problema, de la forma de ser del paciente, produce de forma progresiva e interactiva la comprensión también empática del paciente hacia la forma de ser, la actitud y el método de trabajo del terapeuta.

Con respecto a la empatía y la comprensión empática, destacaré ahora al escritor británico Marc Haddon, especializado en literatura para niños y adolescentes y premiado guionista de televisión, que es en la actualidad profesor de escritura creativa en la Universidad de Oxford y en la fundación Arvon, dedicándose además a la pintura abstracta. Ha escrito numerosos libros para niños y un poemario. Trabajó durante un tiempo con personas con deficiencias físicas y mentales, lo que le ayudó a crear su primera novela para adultos, “El curioso incidente del perro a medianoche”, ganadora del premio Whitbread y el Commonwealth para escritores. En esta excelente, apasionante e interesante novela de intriga se relata en primera persona la aventura e investigación (la muerte del perro de la vecina) llevada a cabo por Christopher, un adolescente afectado por síndrome de Asperger. El autor escribe la novela de forma que podamos identificarnos con el personaje central y comprenderlo como si estuviésemos en su lugar. Un detalle significativo: los capítulos del relato no están numerados de forma habitual, sino siguiendo el orden de los números primos, uno de los intereses obsesivos de Christopher, que destaca en matemáticas (Haddon, 2004).

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

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

Desde mi experiencia clínica de muchos años como asesor, formador y supervisor en una asociación de familiares de personas con enfermedad mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo, APFEM -Asociación Pitiusa (Ibiza y Formentera) de Familiares y personas afectadas por Enfermedad Mental y de niños y adolescentes con autismo y otros trastornos del desarrollo-, en la que desde hace años se valora la importancia de los cuidados del cuidador familiar para el adecuado trato y cuidado del familiar afectado, la formación continuada de los profesionales debería ser también concebida como una exigencia ética irrenunciable del profesional y como los *cuidados necesarios del cuidador profesional* proporcionados por la institución, para el mejor y más adecuado desempeño de su labor, así como para evitar el síndrome del *profesional quemado*.

Desde una dimensión ética de nuestro trabajo, no podemos olvidar que, como personas y como profesionales, no solamente somos responsables de lo que decimos y hacemos, sino también de lo que omitimos y, además, y en gran parte, de la repercusión que esto tiene sobre el otro.

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

Si somos cuidadores profesionales de quien nos pide ayuda, tenemos que poder cuidarlo, sin descuidarnos a nosotros mismos. Lo podemos conseguir, además de con nuestro desarrollo personal y profesional, con la creación de espacios-tiempo, institucionales y de formación continuada, con supervisiones, entre otras actividades clínicas que contribuyen a que el cuidador profesional sea, y se sienta, acompañado a lo largo del proceso que éste realiza a su vez con las personas afectadas y sus familias (Larbán, 2010c).

Se evitarían así, no solamente muchos efectos perjudiciales que, sin querer, provocamos en las personas que nos piden ayuda, encontrándose en situación de sufrimiento y vulnerabilidad, sino también que la necesidad de cuidarnos se convierta en la necesidad de *cuidarse de*, en el sentido de protegerse defensivamente de los que esperan de nosotros una ayuda personal (humana, de sujeto a sujeto) y profesional (objetiva, pero sin tratar al otro como mero objeto de estudio) (Larbán, 2010b).

La creencia, hasta ahora arraigada en la mayoría de los profesionales del entorno cuidador del bebé, de que es imposible detectar el autismo antes de los 18-24 meses de vida del niño/a está afectando muy seria y negativamente los posibles avances en la detección de los factores de riesgo de funcionamiento au-



Si somos cuidadores profesionales de quien nos pide ayuda, tenemos que poder cuidarlo sin descuidarnos a nosotros mismos.

tista del niño/a en el primer año de vida.

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

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

La ideología rígidamente aplicada a la política sanitaria en el campo de la salud mental infanto-juvenil puede hacer que nos encontremos, como es el caso en España, con que la canalización de la demanda hacia los servicios de salud mental infanto-juvenil, que es realizada de forma exclusiva a través los servicios de atención primaria pediátricos, provoque que se pierdan en el camino un buen porcentaje de casos.

Nos tendríamos que plantear seriamente la conveniencia de que la demanda de ayuda, dirigida a los servicios de salud mental infanto-juveniles, también pueda hacerse directamente desde las familias, así como desde los equipos educativos y sociales, para evitar que un importante porcentaje de casos no solamente se pierda en el camino, sino que, además, no sea adecuadamente atendido.

Este aspecto de la política sanitaria y la actitud que ésta genera serían contrarios al modelo de salud mental comunitaria que inspira la reforma psiquiátrica en España y en el contexto europeo en que vivimos, ya que, en este caso, no se facilita el libre acceso del ciudadano a los servicios de salud mental infanto-juvenil a los que por ley tiene derecho.

ENTORNO INSTITUCIONAL

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

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

Es conocida la relación entre bajo peso al nacer y lesiones cerebrales. Se estima que el 80% de los nacidos antes de las 33 semanas tienen alteraciones en la sustancia blanca del cerebro que luego limitan el desarrollo escolar normal. Pero lo que se observa de forma estadística no se cumple siempre individualmente. Carme Junqué, catedrática de psico-biología de la Universidad de Barcelona, lo explica: *“Las anomalías cerebrales no siempre van acompañadas de déficit funcional; se pueden observar alteraciones estructurales con rendimientos cognitivos normales e incluso superiores y, aunque se desconocen los factores que intervienen, es muy probable que la estimulación ambiental adecuada pueda contribuir a optimizar la conectividad cerebral y ésta se refleje en una mejor funcionalidad cerebral”*.

Un total de 40 hospitales de toda España se han integrado en el Proyecto Hera (recibe el nombre de la mujer de Zeus, protectora de la familia) cuyo objetivo es formar profesionales y conseguir la óptima implantación de esta metodología en las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), como por ejemplo la del Hospital Vall d’Hebron de Barcelona, abierta las 24 horas del día a los familiares de los bebés prematuros y que sigue los llamados *cuidados centrados en el desarrollo* (CCD), una serie de medidas que procuran adecuar las condiciones ambientales de luz y ruido, controlar parte del dolor sin fármacos y potenciar el contacto piel con piel o la lactancia materna en nacidos con bajo peso.

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

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

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

El método de crianza llamado *canguero*, en alusión a la forma de prolongar la crianza extrauterina que tiene este mamífero marsupial tan conocido y popular en Australia, utilizado desde tiempos ancestrales por algunas sociedades primitivas y desarrollado hace años en Colombia debido al déficit de incubadoras que padecían para atender a los prematuros en las UCIN, ha sido incluido progresivamente dentro de los cuidados centrados en el desarrollo del bebé. Esta forma de crianza se está reconociendo cada vez más como una de las medidas más económicas, fáciles de implantar y desarrollar en las UCIN, con inmejorables y magníficos resultados no solamente en la mejora de la calidad de la interacción padres-bebé y en especial madre-bebé, sino también en el proceso de maduración orgánica y desarrollo psico-social del bebé.

En el servicio de neonatología del departamento de pediatría del Hospital de La Fe de Valencia, la pediatra y neonatóloga Blanca Gascó, responsable de la implantación del programa canguero en este hospital, ha diseñado una ropa especial que facilita enormemente el *maternaje* (ejercer la función materna en la interacción de crianza y cuidados, tanto físicos como psicológicos y emocionales, con el bebé) que se ofrece al bebé a través de este método.

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

Me parecen significativas y muy importantes respecto a lo que acabo de comentar, las experiencias desarrolladas en el servicio de pediatría del Hospital de Sagunto, gracias a la fecunda colaboración de Mercedes Benac, neuropediatra, y Pascual

Palau, psicólogo clínico, psicoterapeuta y psico-somatólogo. La detección de factores de riesgo evolutivo del bebé de pocas semanas hacia una psicopatología psicósomática o autística y su correspondiente tratamiento psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, está evitando en gran número de casos la instalación del trastorno en el psiquismo temprano del bebé y ahorrando una ingente cantidad de sufrimiento en los padres (Palau, 2009).

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

ENTORNO SOCIAL

El entorno cuidador del bebé es, además, entorno social, que tiene también su parte de responsabilidad en el tipo de cuidados que recibe o no el niño/a en nuestro medio.

Sociedad somos todos y cada uno de nosotros.

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

1. 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.

2. 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 2 años y dos meses de promedio.

3. La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de 5 años.

4. El diagnóstico de los TEA es fruto, hasta el momento, más de los servicios especializados en diagnóstico de TEA (a los que acuden las familias de forma privada) que de los servicios sanitarios de atención primaria.

5. Hasta tres o cuatro años pueden pasar antes de que un niño que muestra los primeros síntomas de autismo sea diagnosticado y reciba el tratamiento adecuado.

6. Aunque las familias acuden a consultar a servicios públicos de salud, la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en servicios privados (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

Este retraso en el diagnóstico y su correspondiente tratamiento se produce a pesar de que, en el primer año de vida, ya desde los tres meses, pero sobre todo en el segundo semestre, hay muchas señales que hacen sospechar a los padres que el desarrollo de sus hijos no es normal y esto les lleva a pedir ayuda. En muchos casos, los padres han acudido a los profesionales, que no han sabido reconocer los síntomas. A causa de ello, los niños pueden estar sin tratar o recibiendo tratamientos psicológicos más inespecíficos durante mucho tiempo. El diagnóstico se realiza antes cuando hay déficit cognitivo grave asociado a malformaciones.

Todo esto ocurre sabiendo que 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 durante el primer semestre y, si no es posible, dentro del primer año de vida del niño.

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) y permitiendo al niño un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos.

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

Las agrupaciones de familiares de afectados tienen, aquí, un importante papel que desempeñar para desbloquear la situación de no cambio que arrastramos desde hace más de 20 años por incapacidad de los profesionales para ponerse de acuerdo en cuanto a la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil como especialidad separada de la psiquiatría de adultos y de la pediatría, así como la especialidad de psicología clínica infanto-juvenil, presionando con su poder de voto a los que, desde el poder, tendrían que resolver esta cuestión, tomando como ejemplo lo que desde hace muchos años se ha hecho en todos los países de la Unión Europea y de Europa en general. Decisión que la administración pública de nuestro país, sea de un color político o de otro, ha evitado tomar hasta ahora.

Lo malo de esta actitud cómoda y negligente de nuestra administración, esperando a que los profesionales se pongan de acuerdo, es que, con ella, se ha perjudicado durante muchos años y muy gravemente la salud, el bienestar y el desarrollo de nuestros niños y adolescentes, adultos y padres del mañana, así como de sus familias.

Han tenido que ser las agrupaciones de familiares de afectados por trastornos mentales junto con algunos profesionales, entre los que me incluyo, las que presionando a la administración (con difusión en medios de comunicación, manifestación a las puertas del Ministerio de Sanidad y, sobre todo, con su poder de voto electoral) consiguen que el día 6 de abril de 2009, poco antes del cambio ministerial, el anterior ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria, sensibilizado por este asunto, y durante la asignación de plazas MIR para la especialización en medicina, anunciase la creación de la especialidad médica de psiquiatría de niños y adolescentes en España. Su sucesora, la ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, poco tiempo después de su nombramiento, el 23 de abril del mismo año 2009, reiteraba ante los pacientes -Foro Abierto de Salud- su compromiso con la creación de la especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil en España y con el abordaje de las llamadas *enfermedades raras*.

Lamentablemente, dicho proceso de creación de la especialidad fue paralizado debido a una sentencia del Tribunal Supremo (12 de diciembre del año 2016) en la que se señalaba, entre otros fallos de procedimiento, el no haber consensuado suficientemente la creación y desarrollo de la especialidad con las Comunidades Autónomas ni evaluado suficientemente el impacto económico que la implantación y desarrollo de la especialidad iba a tener a nivel nacional y sobre todo autonómico.

Durante este tiempo de espera, las asociaciones de profesionales se han unido y puesto de acuerdo sobre la troncalidad en la especialidad de psiquiatría dentro de la medicina para la psiquiatría infantil y del adolescente. También se han puesto de acuerdo sobre la importancia de su creación e implantación sin más demora, tomando el relevo de las agrupaciones de familiares y consiguiendo que el actual gobierno, en el BOE fecha 04 de agosto del año 2021, publicase Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizasen diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Estamos, pues, de enhorabuena ante semejantes buenas noticias para la salud mental de nuestros niños y adolescentes que, no hay que olvidarlo nunca, serán los adultos y padres de mañana. Habrá que hacer un seguimiento del proceso de creación de dicha especialidad, así como de la formación

de los profesionales y dotación presupuestaria de los servicios para que las buenas intenciones iniciales no se tuerzan por el camino.

Como en salud mental los principales dispositivos asistenciales son los profesionales que atienden las demandas de la población, habrá que unirse también y trabajar para conseguir que la creación de la especialidad de psicología clínica infantil y del adolescente sea una realidad en un corto periodo de tiempo y no pase lo mismo que con la psiquiatría.

Hasta ahora, la psiquiatría era la pariente pobre de la medicina en un sistema público de salud que se nos vendía como uno de los mejores del mundo, ocultando una realidad y carencias que el COVID y sus consecuencias han puesto de manifiesto. La ratio de psiquiatras en este país es un 40 % inferior a la de la media europea. El gasto sanitario en salud mental es de un 5% del total frente al 7 % de media de la Unión Europea. España es un país en el que no se prioriza la salud mental.

En España, más de la mitad de las personas con trastorno mental que necesitan tratamiento no lo reciben y un porcentaje significativo no recibe el adecuado. No es un dato que extrañe si se tiene en cuenta que la proporción de psicólogos clínicos es de 6 por cada 100.000 habitantes, frente a los 18 de media en la Unión Europea. Hay en España 9,6 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, muy por detrás de países como Polonia, Finlandia y Bélgica con 24, 23 y 20, respectivamente.

Para terminar, voy a referirme ahora brevemente a las declaraciones efectuadas por Alberto Lasa que, como presidente de SEPYPNA, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, realizó en su XVIII Congreso Nacional, celebrado en 2005 en La Coruña, sobre el tema "*El tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia (autismo, psicosis infantiles, y trastornos generalizados del desarrollo)*". De forma tan condensada que hay que leer su texto con suma atención para no perder ningún detalle, Alberto Lasa nos comunica a través de los 12 breves apartados en los que estructura su declaración, su a mi juicio oportuna reflexión, su acertada crítica y su experimentada opinión sobre este tema (<https://www.sepypna.com/documentos-y-publicaciones/documentos-suscritos-por-sepypna/a-coruna-tratamiento-trastornos-mentales-graves-infancia-adolescencia/>). ●

BIBLIOGRAFÍA

- Cherro, M. A. y Trenchi, N.** (2007). El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista. *Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 9, 33-41. Barcelona: Ed. Fundación Orienta.
- Cyrułnik, B. y Seron, C.** (2004). *La résilience ou comment renâitre de sa souffrance. Penser le monde de l'enfant*. Paris: Éditions Fabert.
- 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. Genève: Ed. Médecine et Hygiène.
- Díez, Navarro, M. C.** (2007 y 2008). *Mi escuela sabe a naranja*. Ed. Graó, Barcelona.
- 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: Ed. Plaza.
- Haddon, M.** (2004). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona: Ed. Salamandra.
- Larbán, J.** (2010 a). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67. Ed. IEPPM.
- Larbán, J.** (2010 b). Ser cuidador: El ejercicio de cuidar. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 55-99. Ed. SEYPNA.
- Larbán, J.** (2010 c). El modelo comunitario de atención a la salud mental. Continente y contenido. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 49, 205-224. Ed. SEYPNA.
- Larbán, J.** (2011). Autismo: Mito y Realidad. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, 113-123. Barcelona: Ed. Fundación Orienta.
- Palau, P.** (2009). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, p, 41-60. Madrid: Ed. IEPPM.
- Tizón, J. L.** (2009). Editorial. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 14, 7-8. Barcelona: Ed. Fundación Orienta.
- Torras de Beà, E.** (2008). Organización social y cambio: su influencia sobre la salud mental. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 93-100. Barcelona: Ed. Fundación Orienta.
- Torras de Beà, E.** (2011). *La mejor guardería, tu casa*. Barcelona: Editorial Plataforma.



Viñetas clínicas

TRATAMIENTO DE EVA

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

En la primera entrevista con Eva y sus padres, me encuentro con una madre de aspecto depresivo y con rostro muy poco expresivo. Tiene dificultades importantes para interactuar espontáneamente con su hija. Relata que, desde hace varios meses, antes del nacimiento de su hija, se encuentra desanimada, que incluso hacer las cosas que le gustan supone un gran esfuerzo para ella: "Al principio lloraba, estaba muy nerviosa, no podía dormir y sufría mucho, pero ahora no siento, me encuentro como anestesiada. Casi no sufro, pero tampoco disfruto. Me siento muy mal por no sentir, por no poder emocionarme... Sufro mentalmente y me veo culpable y no muy buena madre porque me pasa eso también cuando cuido de mi hija. Cuando me quedé embarazada no era un buen momento para mí, pues había perdido mi trabajo y nuestra situación económica en la familia no era muy buena entonces. Durante el embarazo me convertí en una persona muy sensible, débil y llorona. Me irritaba y me sentaba mal casi todo. No disfrutaba de la maternidad, aunque me esforzaba en ello". Recuerda lo mal que lo pasó de niña, con muchas privaciones y muy pocos recursos económicos: "Mi madre tenía que trabajar y tenía muy poco tiempo para cuidarnos a los cinco hermanos que éramos. Yo era la mayor y desde muy pequeña tuve que cuidarme de mis hermanos pequeños. Se puede decir que casi no tuve infancia. Mi padre tenía problemas con el alcohol y era muy inestable en su trabajo. No me podía quitar de la cabeza el recuerdo del tercero de mis hermanos, una niña, que murió de meningitis, pero yo siempre he pensado que murió, sobre todo, por falta de cuidados adecuados".

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

y otros, expresando en primer lugar el sufrimiento intolerable y sin fin de la madre que, en su estado psíquico y emocional actual, no puede consolarse, ni tampoco obtener el consuelo ni la expresión emocional que necesita. La madre se relaja un poco y sus ojos se humedecen ligeramente. Conecto lo ocurrido en su infancia y en su familia de origen, las privaciones, la muerte de su hermana y su pensamiento de que había muerto por falta de cuidados adecuados, con su temor de que ocurra algo parecido ahora, en su propia familia y con su hija.

Les digo que Eva, muy sensible a pesar de las apariencias, tal y como está ocurriendo aquí, está percibiendo y compartiendo con su madre el angustioso sufrimiento que ésta tiene en su interior poniéndose nerviosa también. Intenta protegerse de ese sufrimiento compartido desconectando emocionalmente como lo intenta hacer inconscientemente la madre cuando habla de sentirse como anestesiada. Eva intenta protegerse del sufrimiento compartido como puede, con los pocos medios que tiene, evitando y rechazando el intenso malestar que siente huyendo de la relación y comunicación con su madre a la que tanto quiere y necesita. A su edad, sólo puede evitar el sufrimiento compartido de forma no verbal y a través de la retirada relacional manifestada con el cuerpo y la mirada en la relación con su mamá.

Continúo diciendo que su marido, Manuel, ha intentado ayudarla sin conseguirlo ya que muy atento y sensible a lo que la madre contaba, a duras penas podía contener sus emociones: "Probablemente, al querer coger a Eva en sus brazos, intentaba descargarla a usted de la tensión emocional y el peso de la responsabilidad de los cuidados de la hija, compartiéndolos con usted. Comprendo que para usted, en ese momento, dejarle a Eva era como un abandono y dimisión de sus funciones que hubiese supuesto una herida todavía más dolorosa en su amor propio y en su función de madre".

La madre llora entonces desconsoladamente. Le digo al padre que en estos momentos lo mejor que podemos hacer para apoyar emocionalmente a su esposa es acompañarla en lo que está viviendo, sin distraerla ni preguntarle ansiosamente qué es lo que le pasa. Ya nos lo contará ella si lo desea cuando pueda ponerle palabras a lo que está viviendo. Conforme la madre va recuperándose emocionalmente, Eva va tranquilizándose, el padre, la familia... y el psicoterapeuta, también.

Cuando el padre coge entonces a Eva en sus brazos, con el consentimiento de la madre, la interacción padre-bebé es en el plano de la comunicación emocional algo mejor, ya que Eva responde a veces de forma fugaz a los estímulos y demandas relacionales que le presenta su padre. Sigue la mayor parte del tiempo desconectada, pero no hay un rechazo tan activo ni tan intenso de la interacción con él.

La interacción conmigo se establece, en primer lugar, a través de los sonidos de displacer que Eva emite y a los que le respondo de forma empática, resonando con ella y devolvién-



doselos parecidos y al mismo tiempo modificados en función de lo que imagino que puede estar sintiendo ella. Se va estableciendo progresivamente entre los dos, al final de la primera entrevista y en las sucesivas, una interacción auditiva, un diálogo sonoro, una comunicación pre-verbal con su correspondiente ritmo (musicalidad sonora), su alternancia (ahora tú y luego yo) y su reciprocidad (experiencia compartida) en la que poco a poco voy poniendo palabras, hablándole de lo que hace y de lo que imagino que siente. Progresivamente, su capacidad de prestar atención se hace mayor y la comunicación se va haciendo lúdica y también visual-gestual. Conforme la madre va saliendo de su proceso depresivo, va incluyéndose en este tipo de interacción, cada vez más lúdica y placentera, con su hija.

Tras esta primera entrevista, el trabajo psicoterapéutico padres-bebé consiste en una serie de consultas psicoterapéuticas -en el sentido de Winnicott- con intervalos variables (semanal, quincenal, mensual) en función de la evolución de la familia y de sus necesidades. En cuanto al encuadre, ha sido flexible y cambiante en función de mis demandas y las de ellos. He visto frecuentemente a los padres y la hija, a la madre con la hija, al padre con la hija en tres ocasiones, a la madre a solas varias veces, al padre a solas en tres ocasiones y en dos ocasiones han asistido los cuatro miembros de la familia incluido el hermano, que llamaré David, tres años mayor que Eva.

En cuanto al trabajo psicoterapéutico efectuado, diré brevemente que ya estaba perfilado en la primera entrevista y que, al cabo de varias consultas y no más de tres meses de evolución, Eva ya había experimentado una notable mejoría en

su capacidad interactiva y en todos los ámbitos relacionales y emocionales afectados. El tratamiento en este caso duró catorce meses. La mejoría clínica experimentada por Eva y su familia permitió el final del tratamiento y la preparación de la despedida en este plazo de tiempo. Los signos del funcionamiento defensivo-autístico de Eva se hicieron cada vez menos frecuentes, menos intensos y duraderos hasta desaparecer progresivamente del todo. Se realizó un seguimiento evolutivo a los tres, cuatro, seis y ocho años de Eva, constatando la continuidad de su mejoría y la solidez de su evolución. El acceso de Eva al simbolismo y al lenguaje hablado se hizo normalmente aunque con algo de retraso. La integración de Eva en la guardería y en la enseñanza primaria se hizo sin dificultades importantes. El curso de sus aprendizajes era bueno y la capacidad de relación social y emocional cada vez mejor cuando la vi por última vez a los ocho años.

Con María, la madre -que estuvo con tratamiento psicofarmacológico (antidepresivos) durante siete meses-, durante el proceso psicoterapéutico, pudimos trabajar el proceso de separación-diferenciación entre el pasado y el presente, entre su hija y su hermana muerta; pudimos desbloquear el proceso de duelo, tanto por la pérdida de su trabajo como por la pérdida traumática que fue para ella la muerte de su hermana, así como de la situación ideal en la que le hubiese gustado tener y criar a su hija. Se pudo trabajar sobre su sentimiento de culpabilidad respecto a su idea de la muerte de su hermana, según ella, "por falta de cuidados adecuados" que ella sentía que era la encargada de proporcionarle. Comprendimos juntos que a

ella le hubiese gustado cuidar de su hermana y, posteriormente, de su hija como no habían podido hacerlo con ella sus padres. Se dio cuenta de lo difícil que es dar lo que no tienes. Durante el poco tiempo que duró la lactancia al pecho (un mes), la madre vivió momentos difíciles y angustiosos, pues pensaba que su hija chupaba de unos senos vacíos y que la poca leche que tenía era mala y podía perjudicar a su hija. Consultó con el pediatra que le aconsejó pasar al biberón. Así lo hizo y se sintió entonces muy aliviada, pues su hija comía mejor y ganaba peso normalmente. Los sentimientos de envidia y rivalidad que ella vivía con respecto a su marido, al ver que se relacionaba mejor con su hija que ella, también fueron elaborados. Un poco más difícil fue para ella reconocer esos mismos sentimientos proyectados sobre su hija, ya que veía que su hija era cuidada por su padre como ella no había sido cuidada. Su mejoría clínica, así como la de su autoestima, la de su imagen como persona, mujer y madre, así como la mejoría de su hija y de la relación de pareja, hicieron posible este trabajo.

Manuel, el padre de Eva, pudo implicarse todavía más en los cuidados de su hija, sobre todo durante las primeras semanas de tratamiento de su esposa y mientras ella, por su situación de crisis psico-emocional, no podía asumir la responsabilidad de los cuidados maternos hacia su hija. A instancias mías, el matrimonio consiguió que la madre de María (con la que tuve una entrevista) estuviese también más presente e implicada en los cuidados de su nieta y de su hija durante este periodo crítico de la evolución de María que, gracias a estos cuidados, pudo hacer una regresión parcial y transitoria que luego le permitió cuidar mejor de ella y de su hija.

El hermano mayor, David, en las dos veces que asistió a las sesiones, pudo comprender mejor lo que estaba pasando en su familia, la necesidad que tenía su madre de cuidados, la necesidad de que sus padres cuidasen intensivamente de su hermana y la importancia de que esto no supusiese el no cuidar también de él.

TRATAMIENTO DE GUILLERMO

Testimonio:

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

El bebé nació con un peso de 2 kilos y 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios, dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé, me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara qué le pasaba a mi hijo. Al otro día, volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé

no se alimentaba correctamente. Por este motivo, comenzaron a alimentarlo por sonda. A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón, lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien.

Toda esta situación generó, tanto en mi esposo como en mí, mucha tensión y frustración. Estando ya en casa, empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mí, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos, intenté obtener información de qué podía estar pasándole. Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces cuando busqué en internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infanto-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

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

Hoy por hoy, mi bebé es un niño alegre y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta experiencia, no tenía idea de

lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado. Daniela”

Comentario:

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

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

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

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

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

Juan Larbán: la dimensión humana

Equipo eipea¹

Juan Larbán te empieza a cuidar a través del correo electrónico cuando, amablemente, acepta ser entrevistado por el equipo de la revista. Lo sigue haciendo por teléfono en las llamadas para concretar el encuentro facilitando todos los pormenores. Y acabas sintiéndote cuidado cuando te muestra su despacho y te ofrece usar su cuarto de baño privado, antes de empezar la entrevista. Juan nos dedicó seis horas de un sábado de marzo en las que desgranó y entrelazó su vida personal y su trayectoria profesional en un encuentro en Ibiza teñido en todo momento por su cálida dimensión humana. En ese tiempo, conversamos, alimentamos el estómago y los sentidos con un excelente manjar y compartimos sesiones de trabajo grabadas que nos mostró y que analizó con nosotros.

Nos presentamos en su despacho con las lecturas de su libro y artículos muy en mente, pero sin guion preestablecido para la entrevista. Juan lo celebra, aunque sospechamos que tiene muy claro qué quiere contarnos. Y no puede encontrar mejor inicio que explicarnos qué le motivó a dedicarse a la psiquiatría y a la psicoterapia: *“Eran razones personales... Mi madre murió de cáncer cuando yo tenía diecinueve años y me tuve que cuidar de mis hermanos pequeños, con los que me llevaba nueve y once años. Mi padre era veterinario y tuvo que dedicarse a trabajar en el pueblo donde estaba para mantenernos a todos. Las dificultades de lidiar con mis hermanos me llevaron a pensar en el tema relacional, psicológico, me hicieron ver que era muy difícil mi tarea de hacer de padre y de madre sin serlo y necesitando yo un padre y una madre también... Creo que esa fue la motivación para dedicarme a la psiquiatría y a la psicoterapia”*.

“Yo soy maño, de Zaragoza, y la carrera de medicina la hice allí. Cuando la acabé, era el año 1970”. Nos invita a levantarnos y buscarlo en la orla colgada en la pared. Después de los consabidos guiños al paso del tiempo, retoma el tema de la maternidad señalándonos el cuadro de Picasso (*Desamparados*) impreso en la orla: *“Este cuadro me gusta mucho, sobre la maternidad... Por la tristeza que emana, pero también la proximidad entre la madre y el niño en la situación de miseria”*. Nos hace notar, asimismo, el lema que acompaña al cuadro en la orla, *“El médico cura a veces, alivia casi siempre y consuela siempre”*, para advertirnos del *“riesgo que corremos los médicos de adherirnos a la fantasía de la omnipotencia”*.

Juan nos sitúa en la época: *“La psicoterapia no existía, la psiquiatría era la de manicomio”*. Nos relata las experiencias de reforma y humanización en un esbozo de psiquiatría comunitaria: *“Pero la humanización y la reforma del manicomio era tolerada por la administración franquista hasta un cierto punto.*

El límite era cuando había más democracia y humanización en el manicomio que fuera”. Nos retrotrae al psiquiatra Montoya Rico y a su trabajo en la dirección del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (se despiertan en nuestra memoria las imágenes de un lejano y sospechoso incendio), en Santiago de Compostela, de los obstáculos e impedimentos con los que toparon todos aquellos que pretendieron modificar el statu quo.

Es un momento de decisiones profesionales claves: *“Me di cuenta de que, antes de empezar a intentar formarme en psiquiatría, necesitaba una identidad más consolidada de médico. Quise asegurarme la identidad de médico y estuve trabajando tres años como médico rural, haciendo de todo, fue una experiencia para mí muy positiva y muy madurativa. Me casé estando de médico de pueblo”*. Después de aquella etapa, *“yo tenía pensado, según cómo viera el panorama en España, marcharme fuera. En aquella época, tenía bastante dominio del francés por mis orígenes, mis abuelos paternos eran de origen francés. Descarté Francia porque tenían un sistema de becas muy difícil de conseguir. Entonces pensé en Suiza o en ir a Canadá, a Quebec. Aun así, me presenté a una plaza de residente en Santiago de Compostela, que obtuve... Pero, aparte de mal pagado, me di cuenta de que si seguía en España tenía que hacer más política que clínica y me dije: no, esto no es para mí, quiero formarme bien en el aspecto clínico”*.

Después de una temporada en Quebec, formándose en toxicomanías y alcohol-dependencias, Juan inicia una larga estancia en Suiza: *“Mi experiencia en Suiza fue fabulosa. Mientras mis compañeros tenían que acabar la especialidad en dos años aquí, yo me permití el lujo de formarme durante diez años, ganándome muy bien la vida, en una época y unos lugares donde la formación era psicodinámica”*. El primer año, en el hospital psiquiátrico de Neuchâtel, no obtuvo lo que deseaba. Aunque aprovechó para formarse en neurología y neuropsiquiatría con el equipo del hospital, debió dedicar la mayor parte de su tiempo a realizar tareas de docencia para la escuela de enfermería. Los nueve años siguientes los pasó en el sector este, en la ciudad de Montreux (*“la del famoso festival de jazz”*, nos apunta), en el cantón de Vaud: *“Cuatro años de clínica, dos ambulatorios y tres en infanto-juvenil”*.

Juan desgrana con un cierto ensimismamiento su biografía. Y cuando le interrumpes, te escucha atento, sin un mal gesto, nada que denote que ha tenido que detener la ensoñación de su relato para atender a tu pregunta o comentario. Pero no vuelves a preguntar porque pronto entiendes que tendrás tiempo para retornar sobre cada tema, que siempre mantendrá abierta la escucha.

¹ Texto redactado por Josep M^a Brun.

Nos habla de cómo en Suiza empezaron a desarrollar la psiquiatría de sector, más técnica, a diferencia de la comunitaria, más en contacto con la población; de lo bien diferenciada que tenían la psiquiatría de adultos, de ancianos y de niños, comentario que acompaña de una queja por la tremenda lucha que se ha tenido, y todavía se tiene, que librar en España tanto por el reconocimiento de la especialidad médica de psiquiatría de niños y adolescentes (ya reconocida oficialmente, pero sin desarrollar) como de la psicología clínica infanto-juvenil; de cómo la psiquiatría y la psicoterapia cubrían todas las necesidades del sector, tanto ambulatorias como hospitalarias, así como de instituciones intermedias del tipo hospitales de día.

Dos años antes de acabar la formación, le proponen desarrollar la asistencia y la salud mental de niños y adolescentes en Ibiza y Formentera. A pesar de lo atractivo del proyecto, prefiere acabar su formación. Y le esperan. En el año 1984, finalmente, se convierte en jefe del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ibiza y Formentera, cargo que ostentaría hasta el año 1992: *“Tengo que decir que en aquel momento solamente había la estructura asistencial que montó (Alberto) Lasa en Bilbao y la que monté yo aquí”*. Nos describe la estructura: *“El centro base estaba aquí en Ibiza. Éramos el jefe del servicio, que era yo, una psicóloga adjunta y tres becarios psicólogos que recibían formación y, aparte, una beca. Luego, en cada municipio creamos un gabinete psicológico y psicopedagógico, de manera que los padres no tenían que viajar. Los psicólogos llegaron a ser veinte, que se estaban formando y trabajando para el Patronato para la Salud Mental y Bienestar Social de Ibiza y Formentera, en el que estaba el Consell Insular y los Ayuntamientos de las islas junto con entidades como Cruz Roja, Cáritas, etc. Lo que tenía de bueno esta fórmula es que era comunitaria, pero*

con una orientación psicodinámica. Las entrevistas y las consultas eran de una duración mínima de tres cuartos de hora y se llegaban a hacer 14.000 intervenciones al año por un módico precio porque los psicólogos que trabajan en los gabinetes se comprometían a no cobrar más que la tarifa mínima de honorarios que fijaba el colegio de psicólogos y, a cambio, recibían formación dos mañanas a la semana. ¡Un servicio público con dos mañanas a la semana de formación! La hacíamos nosotros o traíamos gente de fuera. Los servicios sociales financiaban los tratamientos que los padres no podían asumir y los padres que podían pagaban ese mínimo”.

Esa parte de pago privado llevó a la discordia. Y Juan vuelve a quejarse de la injerencia de la política en la clínica. No se admitió que un servicio público tuviera una parte privada y él, disconforme con *“el apaño que intentaron hacer”*, pidió una excedencia por dos años para dedicarse a la consulta privada: *“Todo se desmanteló. Yo me extrañé mucho de que el desmantelamiento de un servicio como éste no provocase una movilización en la población y me pregunté qué habíamos hecho mal. Me di cuenta de que había estado hecho muy según el modelo suizo y era más una psiquiatría de sector que comunitaria, con lo que no había desarrollado un tejido asociativo o un espacio comunitario suficientemente importante para que esa reacción hubiese tenido lugar. Entonces me dediqué a apoyar a familiares de personas con enfermedad mental adultas para crear una asociación, que es APFEM (Asociación Pitiusa de Familiares de Personas con Enfermedad Mental) y que integró poco después en su seno a los niños y adolescentes con graves trastornos del desarrollo, incluido el autismo. He estado ayudándoles como asesor desde antes de su creación, en el año 1995, hasta el 2012 donde, por desacuerdos con la junta directiva, entre otros*

motivos por el cambio de orientación, lo dejé”. Su tarea en la asociación era la de formar a los equipos, supervisar el trabajo clínico y apoyar, orientar y asesorar a la junta directiva. *“Fue un trabajo muy interesante mientras la junta directiva estaba por la labor y tenía claro el esquema que había desarrollado en el que mi lugar era un espacio de transición entre la junta directiva y los profesionales”*.

Pasa entonces Juan a potenciar una asociación creada con finalidades formativas en el año 2008 con ocasión del congreso de SEPYPNA celebrado en Ibiza. La asociación, llamada ADISAMEF (Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental en Ibiza y Formentera), organizaba jornadas científicas anuales (*“muy importantes cuando teníamos presupuesto”*) hasta el año 2015 que, con el agotamiento de la junta y las pocas posibilidades de renovación, desaparece.

La última experiencia, hasta la fecha, se vehicula a través de la Funda-

Nacido en Zaragoza en 1946.

Licenciado en Medicina por la Facultad de la Universidad de Zaragoza en 1971.

Médico rural hasta 1974.

Trabajo y Formación Especializada -como Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos- en Suiza hasta 1984.

Jefe del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil de Ibiza y Formentera hasta 1992.

Consulta privada desde entonces.

Asesor de APFEM (Asociación Pitiusa de Familiares de Personas con Enfermedad Mental y de Niños y Adolescentes con Autismo y Otros Trastornos Generalizados del Desarrollo) desde su creación en 1995 hasta 2012.

Presidente de ADISAMEF (Asociación para la Docencia e Investigación en Salud Mental de Ibiza y Formentera) desde su creación en 2007 hasta su extinción en 2017.

Presidente de la Fundación Pitiusa Pro-Salud Mental desde su creación en 2015.

Profesor del Máster Oficial en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia.

ción Pitiusa Pro-Salud Mental, de la que fue presidente desde su creación en el año 2015. *“Lo que hizo la fundación es no crear equipos, no crear centros, sino aprovechar los recursos existentes. Creó una normativa para que se pudieran adherir profesionales o grupos de profesionales y centros que cumplieren la filosofía de la fundación. Es decir, una comprensión psicopatológica relacional, orientación psicodinámica o como mínimo relacional/emocional. Admitíamos que pudieran ser conductuales, pero siempre y cuando estuvieran supeditadas las técnicas conductuales a la relación y que hubiera una labor de supervisión, que realizaría yo. El único que cumplió los requisitos fue el centro de desarrollo infantil Arrels”.* Juan está contento del trabajo que se hizo. Se consiguieron recaudar los suficientes fondos para asumir tratamientos de niños pequeños y sus familias, en modalidad de centro de día, llegando a las 17 horas semanales de terapia: *“Hicieron progresos espectaculares, niños de año y medio, dos, tres años...”*. Poco a poco, la fundación pierde los recursos para cumplir los fines estatutarios que se había impuesto *“y estamos ahora, prácticamente, en proceso de disolución de la fundación también”.*

El relato nos deja un sabor agríndice, admirados por el empuje creativo y la calidad clínica de los diferentes proyectos, pero a la vez *dolidos* por lo efímero de esos proyectos, por los diferentes y continuados cierres de programas asistenciales de gran calado. No podemos evitar preguntarle cómo se lleva ese duelo. *“Yo creo que puede ser duro al principio, pero luego te das cuenta de la finitud y como tú te acercas también a la tuya se crea una visión diferente. Crear algo que trascienda, que tenga un objetivo de permanencia, es bastante utópico. Se tienen que reunir muchos elementos favorables para que eso ocurra. Al final, me he quedado con la satisfacción de que, aunque me hubiera gustado que eso hubiese durado más, mientras ha durado se han hecho muchas cosas y muy buenas. Yo no soy creyente y, por lo tanto, la trascendencia la sitúo en que es muy importante para mí dejar una huella y, efectivamente, yo me doy cuenta de que con esto que hemos ido haciendo y creando se han generado huellas... que han llegado tan lejos como Barcelona -añade mirándonos con sonrisa pícaro-. A los pacientes les sorprende mucho, cuando lo comprenden, que el motor del deseo es el sentimiento de falta. Cuando algo se interrumpe y no puedes hacer el duelo o te cuesta hacerlo, hay una sensación de vacío, de algo que te falta, que te impulsa a implicarte en nuevos proyectos tratando de aprovechar la experiencia del anterior... Son etapas, etapas que, al interiorizarlas, como yo lo hago ahora, te hacen dar cuenta de que detrás de todo esto está la fantasía de la eternidad, de que hay como un deseo de que la cosa se eternice y te das cuenta de que, como estás atrapado por esa fantasía, al final te vuelves un partidario de la homeostasis anti-cambio...”*.

El interés de Juan por el autismo viene de lejos, de su estancia en Suiza. *“La preocupación y pregunta que yo me hacía era la siguiente: ¿cómo estos niños, con lo importante y necesaria*

ria que es la interacción y el contacto con otros humanos para desarrollarse como personas y llegar a ser sujetos, con lo que esa palabra quiere decir, renuncian a eso? Y allí he percibido una parte activa de defensa que se instaura muy tempranamente en estos niños... ¿Cómo es que renuncian? ¿Qué están viviendo para llegar a semejante renuncia y semejante desastre evolutivo? Esta ha sido la motivación profesional que me ha llevado a profundizar en eso”. Ese interés tuvo continuidad en la consulta, donde ha atendido a niños muy pequeños con dificultades relacionales y de comunicación derivados, básicamente, por dos pediatras amigos de Ibiza muy sensibilizados por el tema. Esa concienciación llevó, incluso, a la realización de jornadas de formación para pediatras. *“Y así es como me fui convenciendo de que el autismo se puede detectar mucho más precozmente de lo que se detectaba, por lo menos el riesgo de funcionamiento autista. Y como siempre pienso que es mejor intervenir que dejarlo pasar, para reducir los factores de riesgo, empecé a hacer un trabajo clínico ya pensando con una mente más investigadora. El fruto fue el libro”².*

Coincidimos en la importancia de una intervención temprana, sin necesidad de esperar a un diagnóstico cuando se dan factores de riesgo significativos. Hablamos del Programa AGIRA, que compartía la misma preocupación y objetivo. *“Me di rápidamente cuenta de que los diagnósticos eran tardíos y los tratamientos todavía más. Se está haciendo prevención terciaria, se está intentando reducir las secuelas a estas edades en que se tratan”.*

En su libro, Juan desmonta los mitos sobre el autismo que percibe, entre ellos el de lo genético. *“Desmontar el mito de lo genético, de lo incurable, lógicamente también, de lo irreversible, de que si hay una lesión cerebral ya la hemos fastidiado, eso va a peor... El descubrimiento de que la apoptosis neuronal había sido malinterpretada; que es una poda neuronal, no es una muerte celular programada de tipo genético... Todo eso se ha podido desmontar y lo desmonto en el libro, pero tengo que decir que está muy arraigado”.* Juan se tira de los pelos cuando reflexiona sobre la epigenética, término acuñado por Waddington ya en 1942, que solamente ahora empieza a ponerse de relieve y deja a la genética en un segundo plano: *“¡Fijaros cuántos años de obscurantismo! Yo siempre digo que en medicina estamos todavía atrapados en las leyes de Mendel”.*

Aparece el tema de la inefable evidencia científica. Juan es muy crítico con esa visión de la ciencia y con la tendencia a privilegiar los protocolos: *“Una cosa va unida a la otra, con lo cual todo lo que es relación con el paciente o la persona pasa a ser secundario, se deshumaniza cada vez más el vínculo... Es un desastre. Y se oculta la financiación por parte de la industria farmacéutica de las investigaciones llamadas científicas”.* Nos recomienda la lectura de Javier Peteiro, quien habla del imperialismo de lo científico, lo que él llama científicismo: la creencia en que la ciencia es la única posibilidad de conocimiento³.

² *“Vivir con el autismo, una experiencia relacional. Guía para cuidadores”.* Ed. Octaedro, 2012. Editado también en francés: *“Vivre avec l'autisme, une expérience relationnelle. Guide à l'usage des soignants”.* Editions Érès, 2016.

³ *El autoritarismo científico*. Ediciones Miguel Gómez, 2010.



Santa Eulària des Riu, Ibiza.

Entramos en su forma de trabajar a partir de la importancia del trabajo con los padres que Juan subraya. Recalca que él no separa padres y niño para atenderlos por separado, salvo cuando el niño es mayor y percibe que su patología -en principio de origen interactivo- ha sido suficientemente interiorizada, formando parte de su mundo interno. *“Lo hago si además percibo en el niño el deseo o necesidad de un espacio propio y veo que es capaz de superar la angustia de separación y pérdida, aprovechando el espacio individual que se le brinda en presencia de sus padres que, por su parte, aceptan la creación y desarrollo de ese espacio transicional entre el terapeuta y su hijo”*. Cuando la separación se produce, *“le digo al chaval... Tenemos que colaborar y remar juntos en una misma dirección tus padres, tú y yo. Y si es en la escuela, los maestros, y también tu pediatra... Yo voy a ser muy respetuoso con la intimidad de lo que hablamos y trabajamos aquí, pero tengo el derecho y la obligación de informar a quien te está ayudando de mis impresiones respecto a tu evolución y el trabajo terapéutico que estamos haciendo. Lo mismo cuando veo a tus padres, hablo con tus maestros o tu pediatra; tengo todo el derecho y el deber de comunicarte a ti mis impresiones sobre el trabajo que hago con ellos, lo que vemos y lo que no vemos, así como lo que conseguimos y no conseguimos. Esto es lo que a mí me ha dado muy buenos resultados hasta ahora. Con lo cual, esa fórmula suiza de separar para lograr una mayor y mejor asepsia terapéutica...”*, deja en el aire.

Explica que trabajando de esta manera no ha tenido rivalidades con los padres o que las que ha habido al principio, han desaparecido: *“Los padres sienten que son parte activa, que*

no son personas a las que se les aparta, que tienen un valor, que se les considera, que además estás ofreciendo, sin ponerlos en cuestión, una forma de entender a sus hijos que les abre puertas insospechables para ellos...”. Juan defiende el privilegio de lo interactivo y lo epigenético en los problemas mentales, incluido el autismo. También, de la responsabilidad compartida de lo que denomina el entorno cuidador: familia, padres, el propio niño, profesionales, dispositivos asistenciales, sociedad... *“Uno de los trabajos que tengo que hacer con las familias es ayudarles a ir trasformando, poco a poco, el sentimiento de culpa que paraliza en un sentimiento de responsabilidad. Porque la culpa que paraliza psicológicamente sigue el camino de la expiación de la culpa a través del castigo, el autocastigo o el castigo externo hacia uno. En cambio, transformar eso en sentido de responsabilidad te lleva a corregir el error o a reparar el daño”*.

Sus comentarios nos conducen a preguntarnos sobre la idea del cuidador, que no sólo es quien cuida, sino que también es quien recibe las proyecciones del niño o de la patología. Juan ha reflexionado sobre el tema en diversos artículos, también en su libro. Hace énfasis en las supervisiones y en los seminarios teóricos de lectura que tienen como objetivo los cuidados del cuidador profesional. *“Cuando era responsable del Servicio de Salud Mental Infantil y Juvenil, tuve muy claro que si no había un espacio de cuidados en el que ellos (los profesionales) sintiesen que estaban siendo cuidados en el proceso asistencial y acompañados en el mismo proceso que seguían con los pacientes y sus familias, iba a ser un fracaso rápidamente porque se*

Juan Larbán: la dimensión humana

iban a quemar, descompensar o iban a abandonar rápidamente esta trayectoria...”.

Cuidar al profesional para que haga también frente a las proyecciones del niño y de su familia, para que encaje, integre y utilice terapéuticamente lo que recibe de ellos, para que le permita no desanimarse, no aburrirse, “no desinvertirse”. Remarcamos cómo capta en seguida el niño con autismo ese estado en nosotros. “Mirar hacia dentro tiene su problema para ellos, pero mirar para fuera, sobre todo con la mirada periférica... son unos maestros”, advierte Juan y le lleva a hablarnos de lo que para él constituye la esencia del autismo. “Así es como yo llegué a darme cuenta de los factores de riesgo más importantes. Me di cuenta de que en el autismo temprano hay como capas... La base o factor de riesgo, la base del trastorno más primitivo es de tipo sensorial y tiene que ver con la integración sensorial, pero yo no considero que sea un factor de riesgo específico porque es compartido con otras patologías. Pero sobre la capa de problemas de integración sensorial, se añade luego la dificultad de la intersubjetividad, que eso sí considero que es un factor de riesgo propio de una posible evolución autista. Entonces, lógicamente, las escalas de evaluación tienen que cambiar y centrarse en estos aspectos para detectar esas situaciones de riesgo mucho más precozmente. Y los tratamientos tienen que privilegiar esto mismo evitando que la técnica suplante el valor esencial y preponderante de la relación”.

Por ello, por esa importancia vital, Juan se lleva las manos a la cabeza al ver que la integración sensorial en España está en manos de terapeutas ocupacionales y la utilización que hacen con técnicas donde la relación no es tenida en cuenta. Nos relata ejemplos de situaciones perjudiciales para niños a raíz

de una sobreestimulación, de un desbordamiento sensorial, al no tener esa visión fisiopatológica y relacional del niño: “Entonces, ¿qué pasa? ¿Qué el problema es estimular a un niño? Estoy contento de que se haya abandonado el término de estimulación precoz. Tan necesaria es la estimulación adecuada de un bebé, un niño o un humano, como la desvinculación parcial y transitoria de la relación para ensimismarse, procesar los estímulos, integrarlos y lograr esa unidad psicósomática que se consigue cuando estás ensimismado... Si a los adultos nos pasa, todavía mucho más a un niño que es fácilmente desbordado porque no tiene capacidad de integrar ni autorregularse”. Juan redonda en esa necesidad de ensimismamiento que permite al bebé sano regular la relación: “Pensemos en un bebé sano, normal, en interacción con estímulos buenos con la madre, en interacción emocional... los dos se lo están pasando en grande y lo primero que empieza a hacer el bebé es parpadear... es la única forma que tiene de segmentar los estímulos... empieza con el parpadeo o la mirada periférica. La madre atenta puede ver allí un indicio de que él está diciendo algo... stop, pausa, tiempo para mí...”.

Pero nos advierte del riesgo de que el bebé no pueda satisfacer esta necesidad de ensimismamiento sano en el que no se pierde contacto con el exterior, “como un proceso preconsciente que te permite la integración”, convirtiéndose en aislamiento y, ahí, estamos pasando a un riesgo de psicopatología autista. Menciona el modelo relacional que defiende Juan Manzano y él mismo: “No se puede decir que cualquier trastorno psicopatológico, y el autismo en especial, sea la consecuencia de una disfunción interactiva, aunque sea un elemento importante y esencial, porque eso sería negar el aspecto defensivo y lo que



Juan Larbán nos escribió unas afectuosas palabras en la dedicatoria de su libro «Vivir con el autismo, una experiencia relacional».

cada miembro de la interacción pone de forma defensiva en la relación o interacción. Es lo que el niño hace con esa disfunción interactiva y lo que los papás o entorno cuidador hacen también con ella, lo que va a generar cierta patología que puede ser autística u otra". Nos remite a su libro para profundizar en la distinción entre el proceso interactivo autistizante y el proceso defensivo autístico y cita a Hochmann: "A mí me gustó mucho cuando habla de que no importa quién empieza a disfuncionar, sino que lo importante es darse cuenta de que en lugar de ser una espiral interactiva evolutiva se convierte en una interacción de círculos cerrados, repetitivos, donde no puede ocurrir otra cosa que auto agravarse la dinámica relacional y, por lo tanto, generar patología cada vez más grave...".

Juan entretiene aspectos teóricos con una reflexión sobre su formación, sobre su perspectiva, su mirada, en definitiva. La distinción o la frontera entre lo somático y lo autístico le lleva a reivindicar su perspectiva de médico de cabecera, cara a cara con el paciente: "Si un paciente me viene con un fuerte catarro o hecho polvo físicamente, me intereso por él físicamente también. Y si hace falta, le hago una receta de un antihistamínico o un antibiótico...". Su trabajo en Ibiza le reafirma en la bondad de la elección que hizo en Suiza, porque "durante un tiempo dudé si seguir una formación psicoanalítica ortodoxa o quedarme con una formación de psiquiatra psicoterapeuta. Y me di cuenta de que mi propio organismo me decía que no, que lo de ser psicoanalista era una súper especialidad para mí y yo estaba muy a gusto en esa otra visión. Imagino que lo de médico de cabecera y todo lo demás estaba influyendo de alguna manera. Y menos mal, porque cuando llegué aquí hubiera sido un problema, en el sentido de que yo he sido psiquiatra y psicoterapeuta de familias enteras y de varias generaciones. Si vengo aquí con esa asepsia psicoanalítica ortodoxa... ¡japaga y vámonos!". Habla de la flexibilidad que eso le permite en el cambio de setting en los tratamientos y de la riqueza que le aportó su formación en terapia de familia en Suiza. "Yo estoy muy contento de considerarme psiquiatra psicoterapeuta generalista. El psicoanálisis es siempre mi referencia, pero eso no impide que tenga también una visión sistémica...".

Juan vuelve a recordar y a valorar esos años de amplia formación en Suiza, que parece estrujó a fondo en un enriquecimiento plural de teorías y técnicas. Nombra a Mara Salvini, entre otros, como supervisora en la formación de terapia de familia y se detiene en Helm Stierlin, con el que realizó su genograma, para referirnos una aportación no sólo profesional, sino a la vez personal. "La verdad es que este trabajo sobre el genograma me ayudó muchísimo a ser padre. Añadido a todo el trabajo que había hecho y estaba haciendo con mi psicoterapia personal y otras experiencias terapéuticas como paciente, tanto a nivel individual como grupal, el trabajo del genograma me ayudó muchísimo a poder comprender muchísimas cosas y poder liberarme de esa sensación que yo tenía, por lo que me había tocado vivir de joven, asumiendo responsabilidades que no me tocaban, de que tener un hijo iba a ser una carga más que un disfrute. Entonces, todo ese trabajo sobre las generaciones anteriores y ver dónde me inscribía yo, facilitó un cam-

bio de mi pensamiento con respecto a los hijos, emergiendo en mí el deseo de ser padre y de tener un hijo".

Juan nos destaca la calidad de vida en Ibiza. Mira el reloj: "Hablando del tema, es hora de comer...". Ha reservado mesa en el restaurante El Cigarral, a poca distancia de su consulta, en el Eixample de la ciudad. Pedro, el dueño, le recibe con amistosa reverencia en un lugar donde en el plato prima la caza. Algunos comensales se levantan a saludarle al reconocerle e intercambia unas palabras con ellos. Se disculpa con azorada modestia: "Esto es pequeño, todos nos conocemos...". Durante la comida se impone hablar de gastronomía y de la isla, nos recomienda lugares que visitar y platos que degustar en nuestra breve estancia. Con Juan se hace fácil conversar y sugestivo escuchar. Compartimos anécdotas personales. Nos dejamos aconsejar por él en la elección del menú. Empezamos con una cazuela de arroz con carne de caza y acabamos con una greixonera, pudín típico de las Pitiusas. Pedro nos trae unas herbes eivissenques como remate final. Disfrutamos del manjar y de la conversación.

Todavía seguiremos trabajando por la tarde, después de que advierta por teléfono que llegará más tarde a casa. No han sido estos últimos tiempos fáciles para Juan y para su esposa. Se entusiasma cuando nos explica las imágenes de los vídeos de trabajo en el centro terapéutico Arrels. Comentamos aspectos de la relación, de la contratransferencia, de las familias, de las proyecciones que reciben los terapeutas... Hablamos de autosensores, de bidimensionalidad, de angustias catastróficas, de las cascadas de pérdidas significativas, de pictogramas que substituyen a la relación, del disfrute de los niños y de los profesionales en la relación, de canales sensoriales, realizamos variopintas reflexiones cuando estamos, ya todos, enfrascados en las imágenes y en la terapéutica.

Juan nos explica que en Ibiza todo es más accesible, nos habla del conocimiento desde lo personal y lo cercano, desde el familiar o el amigo que habla de ti. "Este aspecto me ha hecho decidir el quedarme hasta morir aquí. Porque yo lo que valoro mucho en la isla es eso, la dimensión humana, la posibilidad de desconectar cuando te vas aquí cerca a la playa, a un restaurante, sintiéndote como si estuvieses de vacaciones. Además, en pocos minutos llegas al campo y es una maravilla... calidad de vida. Eso no la cambiaría por nada del mundo...".

El momento de la despedida se colma de emoción contenida. Nos llevamos del encuentro su libro autografiado para la biblioteca de eipea y sobre todo el recuerdo de su dimensión humana. La que nos relataba de la isla, pero por encima de ella la suya... Nos marchamos agradecidos por su proximidad, calidez, naturalidad y generosidad con nosotros y nos comprometemos a escribirle el día siguiente para explicarle qué nos ha parecido el bullit de peix amb arròs a banda del restaurante Port Balansat, del Port de Sant Miquel, que nos ha recomendado. Ciertamente, un plato de tanta calidad como calidez la puesta de sol en Cala d'Hort, junto al islote de Es Vedrà, con la que cerramos la estancia y nos despedimos de Ibiza, allí donde vive, piensa y cuida Juan. ●

