

e ipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 11, diciembre 2021



- 1** Portada
Juli Torruella. *Sobrecarga.*
- 4** Editorial
Equipo *eipea*.
- 6** Saludo
Carlos Tabbia.
- 8** Artículos
Joshua Durban. *“Construir una persona”: consideraciones clínicas sobre la interpretación de las ansiedades en el análisis de los niños dentro del espectro autístico-psicótico.*
- 24** Margarita Alcamí. *Distintos subtipos o distintas evoluciones dentro del diagnóstico del TEA. Un interrogante en el acompañamiento a nuestros pacientes.*
- 32** A. Luna Gómez y M^a Dolores Gómez. *La comunicación del diagnóstico y el acompañamiento terapéutico en el Trastorno del Espectro Autista: un proceso dinámico.*
- 38** Experiencias
Silvina Mosquera. *Abriendo brechas... una experiencia de a dos.*
- 42** Diálogos
Diálogo entre profesionales: *Juan Larbán y José Luis Pedreira.*
- 50** Reseña
Presentación de la Revista eipea y del monográfico “Autismo, intervenciones tempranas” de Juan Larbán en la UIB de Palma de Mallorca.

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
- Obra de portada: Juli Torruella. *Sobrecarga.*
- 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

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)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Editorial

Hace unos meses, un político español rescataba en el Congreso de Diputados el fragmento de una entrevista que corre por las redes en la que se cuenta que le preguntaron una vez a la antropóloga estadounidense **Margaret Mead** cuál consideraba ella que era la primera señal de civilización en una cultura. Mead contestó que el primer signo de civilización en una cultura antigua es la presencia de una persona con un fémur roto y curado. Un fémur roto que se curó es la prueba de que alguien se tomó el tiempo para quedarse con el que cayó, curó la lesión, puso a la persona a salvo y la cuidó hasta que se recuperó. “Ayudar a alguien a atravesar la dificultad es el punto de partida de la civilización”, concluyó. En su ejemplo, es evidente que apela a la empatía, pero también a la disponibilidad, al tiempo: tomarse el tiempo, atravesar la dificultad, cuidar hasta la recuperación... Se hace más notoria esa necesidad de tiempo si pensamos en los cuidados a las niñas y niños pequeños, que nacen desamparados y dependientes y así siguen, en el mejor de los casos, durante largos años. Cómo no será de necesario ese tiempo en aquellas personas dependientes de por vida.

Recuerdo cuando al dar por acabada una larga reunión de casi hora y media con los padres de un chico diagnosticado de Asperger, en la que habíamos estado analizando y desbrozando las causas de unas conductas que les exasperaban de su hijo, la madre concluyó: “O sea, que lo que tengo que hacer es tener paciencia”. Arrastré un indeterminado sentimiento de fracaso respecto a mis capacidades comunicativas durante un período, hasta que pude comprender que paciencia no significa una mera espera pasiva, sino en cierto modo un darse tiempo para aceptar algo que es diferente a lo que esperábamos, por lo tanto, también darse tiempo a conocer mejor, a entender. **Mohamed Ali Abdi**, arqueólogo autodidacta de Somalilandia, en otro orden de cosas y hablando del patrimonio cultural de su

país, aunaba en una afirmación todas estas premisas: “Conocer es el primer paso para proteger”.

Habitamos en un mundo -el occidental- y un tiempo -el actual- que son *impacientes*, donde la psicopatología de moda es la hiperactividad y el síntoma predominante la intolerancia a la frustración y a la espera. Utilizamos las mejoras tecnologías para recortar los plazos, no para profundizar. Nos estamos hurtando, con esos recortes, la capacidad de comprender mejor. Deseamos combatir, ante todo, el aburrimiento, el vacío. Como dice el filósofo surcoreano **Byung-Chul Han**: “Hoy en día vivimos en un mundo muy pobre en interrupciones”. En la práctica clínica, en general, y en la convivencia con el mundo de los autismos en particular, sabemos de la importancia de la disponibilidad, de la observación y de la atenta espera, de no forzar ritmos, de esa paciencia que, aunque parezca ser interpretada como pasividad o ignorancia en el mundo profesional predominante hoy en día, es indispensable para poder atender desde las roturas de fémur hasta el dolor mental y hacernos, de alguna manera, civilizados.

Agradecemos la autorización que nos hace Juli Torruella para ilustrar con su cuadro nuestra portada (y a Sergio López por la foto que de él nos hizo). Reconocemos las interesantes aportaciones de los profesionales que participan en este número, desde el *Saludo* de Carlos Tabbia a los artículos de Joshua Durban (a quien damos especialmente las gracias por haber escrito una introducción expresa a su texto para esta edición de la Revista *eipea*), Margarita Alcamí, A. Luna Gómez y M^a Dolores Gómez, Silvina Mosquera y, finalmente, nuestro agradecimiento a Juan Larbán, que recogió el guante que le lanzamos para inaugurar la sección de *Diálogos entre profesionales*, y a José Luis Pedreira, el contertulio que eligió para el estreno. ●

Josep M^a Brun





– Carlos Tabbia –

Doctor en Psicología, especialista en Psicología Clínica y Licenciado en Filosofía. Psicoanalista. Miembro fundador del Grupo Psicoanalítico de Barcelona. Didacta de la European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy (EFPP). (Barcelona)

Saludo

El pensamiento psicoanalítico no es una metáfora rígida ni congelada. Es un pensamiento que se desarrolla desde los aportes seminales de los grandes creadores como Freud, Klein, Bion o Meltzer.

La teoría del pensamiento introducida por Bion en el psicoanálisis generó una transformación de tal envergadura que permitió la comprensión de nuevas áreas ligadas al desarrollo simbólico y a sus obstáculos, al mismo tiempo que estimuló abordajes innovadores tanto en los tratamientos individuales como institucionales.

Conceptos como los elementos beta y alfa, continente y contenido, cambio catastrófico, transformaciones o turbulencia, etc. han fecundado la comprensión psicoanalítica. Ellos han permitido una mayor exploración e intervención en las áreas no simbólicas, en las áreas con detenciones en la capacidad simbolizadora y en las aún incomprendibles áreas donde las funciones simbólicas permanecen ausentes, fenómenos todos que se pueden manifestar en forma de estados autistas o post-autistas, trastornos psicósomáticos, funcionamientos amentales de supuestos básicos, en alucinaciones o en funcionamientos fanáticos, en delirios, etc.

Cuando el pensamiento de Bion encontró un lugar en el de Meltzer, sobre todo la teoría de los afectos y éste, por su parte, pudo explorar el “Conflicto estético”, formuló aquella definición de la “experiencia emocional” que devino un punto nodal para explorar el desarrollo de la personalidad. “Una experiencia emocional – decía Meltzer, 1990 – es un encuentro con la belleza y el misterio del mundo que despierta un conflicto entre L, H y K y -L, -H y -K. En tanto que el sentido inmediato es experimentado como emociones quizás tan diversas como los objetos capaces de evocarlas en esa forma inmediata, su significación siempre se refiere, en última instancia, a las relaciones humanas íntimas”. Tan condensada formulación excede a una descripción de su riqueza. Pero en este Saludo en *eipea*, exploradora de estos mundos, quiero referirme a esa experiencia que se basa en un “encuentro” y que mueve en dirección a la “intimidad”. Tanto el encuentro como la intimidad conllevan no sólo ilusión, sino también al-

gunas experiencias dolorosas y frustrantes. Nunca el objeto es tan maravilloso. La mayor o menor tolerancia al encuentro con el misterio del objeto, siempre imperfecto, junto con las limitaciones del sujeto, jalonan caminos progresivos o regresivos en el decurso vital. El desarrollo de la personalidad, necesariamente dependiente de la simbolización, es una posibilidad; el fracaso, también. Los funcionamientos pro-regresión, reactivos ante el dolor mental, buscan dismantelar la experiencia emocional, evitarla con el resultado de que el pensamiento resulta dañado.

Si en la cumbre del desarrollo simbólico se coloca la imaginación, capaz de intuir el misterio del objeto sin invadirlo, se puede mencionar como su opuesto la mentalidad o, mejor dicho, la antimentalidad de supuestos básicos. El camino intermedio y regresivo entre ambos polos podría tener escalones o pasos, como los descritos por Meltzer (1984) en el siguiente texto:

“... sólo con el trabajo de Bion sobre el pensamiento y con su descripción sobre el modo en que el pensamiento puede ser atacado, tenemos los medios teóricos para entender qué significa el retiro de la imaginación. En cierto sentido, el primer paso consiste en el retiro desde la posición depresiva a la esquizo-paranoide; el segundo, en el retiro del objeto total al objeto parcial (es decir, de un objeto con una identidad individual a un objeto con una identidad de clase); el paso siguiente, en el retiro es desde la relación objetal al narcisismo (es decir, desde la relación de tipo familiar a la de grupo tipo “banda”); finalmente, es el retiro desde la banda-narcisista al grupo de Supuestos Básicos. Es aquí donde sucede el pasaje desde la tridimensionalidad a la bidimensionalidad. Me parece que en los grupos de Supuestos Básicos la modalidad de identificación es adhesiva, consistiendo en la imitación del comportamiento de los otros miembros del grupo. En las relaciones de tipo narcisista, en cambio, hay una identificación proyectiva (mi hipótesis contrasta con lo que dice Bion cuando afirma que la comunicación en el interior del grupo de Supuestos Básicos está fundada sobre la identificación proyectiva). El paso siguiente es el aislamiento tal como podemos

verlo en el niño autista. Luego tenemos el dismantelamiento autista, es decir, la unidimensionalidad del autismo propiamente dicho.”

Creo que cuando se produce una cronificación en cualquiera de estos pasos regresivos se pueden reconocer y nombrar distintos estados mentales y psicopatológicos. La complejidad de la realidad psíquica quedaría reducida a un funcionamiento más propio del arco reflejo.

A la función alfa se le asigna la capacidad de abstraer desde la experiencia, siempre compleja y multidimensional, aquellos datos aptos para crear pensamientos oníricos, además de los pensamientos conscientes de vigilia y el desarrollo de la barrera de contacto; ésta, tanto separa como une al inconsciente y la conciencia. La función alfa es fundamental para aprender de la experiencia. Otra es la situación cuando la función alfa es invertida (dismantelándose la experiencia y creando paraísos o, mejor, páramos alternativos a través de romper la consensualidad y de impedir la articulación de impresiones sensoriales convertibles en futuros elementos alfa), pues se descomponen los datos ($\alpha \rightarrow \beta$).

De ese modo se torna imposible el contacto con un objeto y el pensamiento. La Tabla negativa (Bion) nombra y exhibe los triunfos de los antivínculos.

¿Existe algo que turbe más a un autista que el contacto con otra persona? Sólo la paciencia y la perseverancia de los equipos asistenciales y de la familia pueden ser capaces de captar esos fugaces contactos que el autista se permite. No menor tolerancia a la frustración ha de poseer aquel que ha de sobreponearse a las defensas obsesivas de los post-autistas. Estos niños, aunque inteligentes, son tan sensibles que reclaman un cuidado exquisito para que los brotes verdes y las flores de la inteligencia no se marchiten, ni la mente se estropee, como si fueran frágiles continentes fácilmente heridos por la proximidad, por el tono, o por la ceguera del observador o por la distancia emocional fría o demasiado cálida. La siguiente poesía de Sully Prudhomme (1839-1907) habla de un continente, un jarrón que, lastimado sin querer, fue incapaz de impedir que las flores se estropearan...

“El búcaro en que muere esa flor pura,
Un golpe de abanico lo quebró;

Y tan ligera fue la rozadura.
Que ni el más leve ruido se advirtió.

Pero la breve, imperceptible grieta,
Con marcha lenta y precisión fatal,
Prosiguiendo tenaz su obra secreta
Rodeó todo el circuito del cristal.

El agua fue cayendo gota a gota,
Y la espléndida flor marchita veis;
Aunque nadie lo sabe ni lo nota.
Roto el búcaro está: ¡no lo toquéis!

Así, a veces, la mano más querida
Nos roza sutilmente el corazón,
Lenta se abre su secreta herida,
se mustia la flor de su ilusión.

Todos lo juzgan sano, entero, fuerte;
Mas la oculta lesión creciendo va;
Nadie su mal desconocido advierte;
Pero no lo toquéis: ¡roto está ya!”

Roto el continente, la función alfa invertida no encuentra oposición. Este suele ser el estado mental de los pacientes que buscan la disponibilidad de un psicoterapeuta... Un continente dispuesto a trabajar para que la función alfa se revitalice y la intimidad sea experimentada. ●

“Construir una persona”: consideraciones clínicas sobre la interpretación de las ansiedades en el análisis de los niños dentro del espectro autístico-psicótico^{1 2}

– Joshua Durban –

Psiquiatra. Psicoanalista. Especialista en el psicoanálisis de niños, adolescentes y adultos con TEA y Psicosis. Universidad de Tel-Aviv. (Tel-Aviv, Israel)



INTRODUCCIÓN PARA ESTA EDICIÓN EN LA REVISTA *eipea*

La teoría y la práctica psicoanalítica kleiniana siempre han otorgado un papel central a la ansiedad inconsciente y a su contenido psíquico, tanto en el desarrollo normal como en la formación de patologías tempranas. La ansiedad se ha entendido como un arma de doble filo. Por un lado, la ansiedad inconsciente empuja al bebé a desarrollarse, a buscar el objeto y a gravitar hacia sus funciones bisexuales, integradoras, de contención y de sostenimiento y, a través de ese objeto, podrá conectar gradualmente con la realidad para escapar de los horrores de una situación interna inundada de ansiedad. Un bebé sano, según Klein, puede obtener consuelo de la realidad. Por otro lado, cuando las ansiedades son excesivas y cuando la capacidad innata del niño para procesar los estímulos y las ansiedades está deteriorada, la búsqueda de objetos puede verse comprometida. En casos extremos,

este estado de ansiedad puede provocar un retraimiento y paralizar el desarrollo psíquico.

Melanie Klein allanó el camino para una comprensión más profunda de la realidad psíquica con el descubrimiento pionero de las ansiedades esquizoparanoideas y depresivas, los mecanismos de defensa concomitantes y la constante interacción caleidoscópica y no lineal entre ellas (lo que ella denominó posiciones). Si bien las ansiedades esquizoparanoideas y depresivas se localizan en un objeto o parte del objeto y se dirigen a él y, por lo tanto, necesitan un sentido rudimentario del yo o parte del yo, nuestra experiencia acumulada con bebés gravemente autistas, autista-psicóticos y esquizofrénicos ha revelado que hay capas aún más primitivas y arcaicas de ansiedades inconscientes en las que la percepción y la experiencia, tanto del yo como del objeto, a menudo no se desarrollan. Frances Tustin (1981, 1987 y 1990) fue la primera en darse cuenta de que los bebés que son constitucionalmente hipersensibles, hiperpermeables e hipervulnerables a menudo no logran establecer un sentido de una entidad coherente, integrada, sólida, continua, bien definida, delimitada y tridimensional que existe en el tiempo y el espacio. Como bien demostró Suzanne Maeillo (2021), estos bebés no sienten que tienen un cuerpo, o algún cuerpo, por lo que no son nadie, no tienen a nadie (objeto) y no están en ninguna parte. Esta sensación de “nada” (o “nowhere-ness” en Durban, 2017a) se ve fuerte-

mente afectada por lo que podría llamarse “ansiedades de ser”: caer de manera constante, hacerse pedazos, quemarse, congelarse, licuarse, disolverse, no tener piel o tener una piel llena de agujeros, no tener sentido del tiempo ni del espacio y existir en un mundo unidimensional o bidimensional. Estas ansiedades se experimentan de forma muy concreta y corporal y, como consecuencia, cualquier interacción con el mundo interno o externo, mediada por un objeto, es extremadamente traumática.

Un estrato aún más primitivo de ansiedades inconscientes no se localiza en el cuerpo fragmentado. Estas “ansiedades osmóticas”, descritas por primera vez por Rosenfeld (1987) como una “presión osmótica” intrauterina ejercida por el material tóxico inconsciente materno que se infiltra en el feto indefenso, se experimentan como si estuvieran en todas partes y, a la vez, en ninguna. No son detectables ni en el objeto ni en el self.

Para complicar aún más las cosas, a menudo se da el caso de que un paciente particular podría moverse a lo largo de todo un espectro de ansiedades que van desde las ansiedades esquizoides depresivas y paranoideas, mejor desarrolladas y diferenciadas, hasta las “angustias-de-ser” del autismo e incluso las ansiedades osmóticas. En este trabajo (2019) he mostrado cómo, en el curso de un análisis, un paciente puede fluctuar entre ansiedades psicóticas y autistas de manera a menudo confusa. Esto plantea grandes desafíos teóricos y técnicos para



El paciente puede recurrir a diversas organizaciones defensivas o “mantos” concretos cuya función principal es aliviar estas ansiedades creando “envolturas” fisiometales.

el analista. Un elemento básico de la técnica kleiniana clásica, que sigo considerando verdadero y pertinente, es tratar y detectar la ansiedad más profunda y primitiva en cada momento de la sesión e interpretarla en su propio lenguaje, en su punto de máxima urgencia. Sin embargo, debido a la naturaleza desconcertante, concreta y a menudo presimbólica de estas ansiedades tempranas y al rápido movimiento entre varios niveles de ansiedad que caracterizan a los pacientes autistas o con núcleos de autismo, la tarea del analista se vuelve realmente difícil.

Además, el paciente puede recurrir a diversas organizaciones defensivas o “mantos” concretos cuya función principal es aliviar estas ansiedades creando “envolturas” fisiometales. Este proceso de *mantelamiento* (Mantling en el original, Durban, 2017b) supone cubrirse con diversas defensas artificiales, que al principio son muy corporales y concretas, como en el caso de los objetos autistas y las formas sensoriales autistas. A medida que avanza el análisis, estos mantos se componen de trozos que se anexan (Rhode, 2012) de las capas externas del analista o del cuidador y cuya función es alejar cualquier contacto real con el objeto. Lo que en principio parece ser

una comunicación es, en realidad, una pseudocomunicación, o lo que puede describirse como un falso self autista. Estos mantos anexos son de naturaleza adhesiva, imitativa y obsesiva y, por lo tanto, no pueden describirse como contenedores adecuados y ni se interiorizan ni se identifican. Estas organizaciones defensivas autistas a menudo se alternan con organizaciones psicóticas mejor desarrolladas o repliegues psíquicos, descritos por Steiner (1993 y 2011), y el paciente puede oscilar constantemente entre esas organizaciones defensivas, sirviendo cada estructura defensiva como defensa contra la otra. Estas ansiedades arcaicas sufren una modificación considerable en el curso de los psicoanálisis de los pacientes autistas o autista-psicóticos. Sin embargo, se trata de un territorio todavía poco explorado y, por tanto, de un reto para seguir explorando y comprendiendo.

LOS RIESGOS DE LA EVOLUCIÓN AUTISTA EN EL CURSO DEL PSICOANÁLISIS

No es frecuente tener la posibilidad de acompañar a los niños con Trastorno del Espectro Autista hasta su edad adulta dentro de un proceso psicoanalítico intensivo en curso. Cuando lo hacemos,

podemos ser testigos, una y otra vez, de cómo el proceso de cambio, por difícil que sea para todos, lo es especialmente para el niño autista-psicótico (Durban, 2017b y 2019). Noam, otro paciente adulto joven, me ha preguntado varias veces en el último año: “¿Quién te pidió que me curaras? ¡Yo no lo quería! Nadie me preguntó. Estaba mucho mejor siendo autista que este continuo y horrible dolor de vivir al que ahora estoy sometido”. He escuchado quejas similares de otros pacientes a los que he analizado durante muchos años desde pequeños.

Picasso decía que todo acto de creación es primero un acto de destrucción. El cambio es la creación de nuevas formas relacionadas internamente y para el niño con TEA esto se experimenta concretamente como la destrucción de la organización defensiva patológica autista, encapsulada y sin esperanza a la vista. Por lo tanto, el niño destruye la posibilidad de cambio para no ser destruido por él. Esto plantea una cuestión interesante sobre el papel de la pulsión de muerte en los fenómenos autistas y el peligro de la difusión de las pulsiones implicadas en el singular proceso de cambio de estos pacientes. Cuando salen de sus caparazones autistas, la pulsión de muerte plantea una suerte de “suicidio mental”. Es decir, ofrece un repliegue regresivo hacia el sinsentido y la desconexión de los objetos internos precariamente establecidos, así como de las emociones asociadas a la formación de relaciones estables con ellos.

La “creación” autista en el proceso de emerger, por lo tanto, se compone principalmente de defensas contra el cambio y contra el contacto, tanto con el mundo interno, como con el del analista como alguien diferente. Nuestros pacientes prefieren muy a menudo la seguridad monocromática, unidimensional o bidimensional de sus propios retraimientos autogenerados, en lugar de la colorida complejidad y la creatividad real de varios estados afectivos relacionados con el objeto. *Creo que esta “ceguera afectiva” a menudo refleja, y se refleja, en las dificultades sensoriales y la fragmentación que encontramos en tales pacientes* (Durban, 2019). Una pequeña

¹ Joshua Durban (2019) “Making a person”: Clinical considerations regarding the interpretation of anxieties in the analyses of children on the autist-psychotic spectrum, *The International Journal of Psychoanalysis*, 100:5, 921-939, DOI: 10.1080/00207578.2019.1636254.

By permission of Taylor & Francis Ltd., <http://www.tandfonline.com> on behalf of Institute of Psychoanalysis.

² Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en inglés.

con TEA me dijo una vez: “No quiero vivir en el mundo de los colores. Sólo quiero blanco sobre blanco o negro sobre negro”. Cuando se atrevió a adentrarse en el “país de los colores”, se integró mejor en sus capacidades sensoriomotrices y mostró también un desarrollo en sus capacidades emocionales y de apego. Se obsesionó con los cuadros de Caravaggio y, como ellos y a través de ellos, fue capaz de experimentar y expresar los colores del amor, el miedo, los celos y el anhelo contra la oscuridad de fondo de la separación y la pérdida. Sin embargo, es interesante observar que a lo largo de su desarrollo en el análisis se mantuvieron constantes una serie de factores: *su preferencia por los modos concretos y sensoriales frente a los psíquicos; su omnipotencia; su uso intensivo de mecanismos obsesivo-compulsivos (que, con su omnipotencia, formaban parte de su defensa maníaca) y, por último, una fascinación por los modos perversos de relación con los objetos.* Volveré sobre estos factores al tratar el caso de Rafael, demostrando que, incluso con algunas modificaciones limitadas, estas dinámicas persisten obstinadamente.

El cambio para el niño con TEA implica dejar la seguridad -por patológica y delirante que sea- del encapsulamiento y la organización autista para tener que soportar *un intenso desbordamiento de “ansiedades-de-ser” y ansiedades osmóticas.* En la fase inicial de la salida del repliegue autista primario nos encontramos principalmente con las ansiedades relacionadas con perder la piel, perder la forma, licuarse, quemarse, congelarse, fragmentarse en pedazos, perder la orientación, no tener conexión con el cuerpo y caer para siempre. Sin embargo, cuando se alcanza una medida de diferenciación del objeto propio, el niño experimenta una mezcla de ansiedades arcaicas junto con otras psicóticas más desarrolladas, como invadir el objeto y ser invadido por él, devorar y ser devorado, mutilar, robar, poseer, envenenar y ser envenenado. En otras palabras, el niño experimenta todas las ansiedades típicas de la posición esquizoparanoide descrita por Melanie Klein, que se entremezclan con las primitivas más autistas.

En consecuencia, es muy difícil para el analista anticipar -y muy a menudo tratar con- la variedad de estructuras patológicas defensivas que el paciente “crea”. Hay un movimiento de ida y vuelta entre diferentes niveles de ansiedad y diferentes niveles de identificaciones y organizaciones: las autísticas basadas en la identificación adhesiva u osmótica; la identificación proyectiva y, ocasionalmente, incluso la internalización completa. Es una tarea interminable reconocer qué tipo de ansiedad se está experimentando en cada momento y tratarla e interpretarla en su propio lenguaje.

Otro problema que se da ampliamente es que muy pocos niños son capaces de mantener sus análisis en la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta. Por lo tanto, tenemos mucho que explorar en cuanto a su desarrollo a medida que crecen. Por ejemplo, ¿qué tipo de equilibrio podrían alcanzar entre los rasgos saludables del desarrollo y las consolidaciones patológicas? ¿Cuál sería la naturaleza de sus objetos internos y de las fantasías inconscientes que los acompañan?

En Israel tenemos la suerte de haber realizado bastantes análisis a largo plazo de pacientes autistas. Por lo tanto, estamos tratando de acumular más información sobre los temas, las dinámicas y los problemas más destacados que se plantean. El caso que presentaré demuestra muchos de esos aspectos.

En los tres años transcurridos desde la publicación del presente trabajo, he podido profundizar en la comprensión de la evolución de los pacientes autístico-psicóticos en los análisis intensivos. El recorrido de estos pacientes pasa típicamente por *tres etapas principales: encapsulamiento autista; organización defensiva autística-psicótica y, finalmente, organización patológica autística-maníaca-perversa, con severas defensas obsesivo-compulsivas que le ayudan a protegerse de los dolores y ansiedades de la alteridad y la dependencia.*

En el recorrido de este paciente se central lo que Irma Brenman Pick (comunicación personal) ha llamado *“el dilema de la cura”*, es decir, *aceptar la cura ofrecida por el analista por encima*

de su propia cura autista autogenerada y omnipotente. Creo que este dilema puede deteriorarse hasta llegar a un punto muerto que puede incluso dar lugar a una reacción terapéutica negativa. Sin embargo, si tenemos en cuenta las profundas ansiedades del paciente en relación con el cambio y, al mismo tiempo, nos relacionamos con su agresividad, destructividad y necesidad omnipotente-perversa de una nueva estructura protectora, podrían surgir algunos cambios adicionales y benignos relacionados con el objeto. Esto exige que el analista reconozca abiertamente su responsabilidad por la angustia y el dolor que está causando al paciente con su “cura” analítica.

Me recuerda a Bion (1976), quien dijo: *“tardé mucho tiempo en darme cuenta de que la experiencia real de ser psicoanalizado era traumática y se necesita mucho tiempo para recuperarse de ella”.* De hecho, el proceso de salir del aislamiento a la soledad y adquirir cierta conciencia de la situación patológica básica puede resultar bastante traumático tanto para el paciente como para el analista. *Joshua DURBAN (2021)*

RESUMEN

En el curso del tratamiento psicoanalítico, algunos niños diagnosticados inicialmente de Trastorno del Espectro Autista (TEA) acaban oscilando a lo largo de un espectro autístico-psicótico. Este subgrupo, o espectro, se caracteriza por una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” autísticas menos diferenciadas, por lo que se les podría describir como autistas limítrofes. Un factor crucial en los análisis de estos niños resulta ser la interpretación de la ansiedad inconsciente. Éstas se caracterizan por una afluencia abrumadora de ansiedades entremezcladas. Por lo tanto, la difícil tarea del analista es tratar de rastrear la ansiedad dominante y prioritaria e interpretarla en su propio “lenguaje”. Es útil interpretar y mostrar al niño cómo el repliegue autista sirve contra una mayor fragmentación y la forma en que la fragmentación evita experimentar las paralizantes angustias-de-ser. Es más, los diferentes estados de ansiedad requieren diferentes consideraciones y

recursos técnicos, sobre todo cuando el tipo de ansiedad está relacionado con los estados desintegrados o no integrados del cuerpo. A fin de demostrar la dinámica interna y los desafíos técnicos involucrados en el trabajo con el espectro autístico-psicótico, se presenta material clínico proveniente del análisis de cinco veces por semana de un niño al que se le diagnosticó en un inicio TEA y, más tarde, esquizofrenia infantil.

ARTÍCULO

Durante los últimos 88 años, los psicoanalistas, empezando por Melanie Klein (1930), tuvieron la suerte de construir una cantidad significativa de conocimiento gracias a su trabajo pionero con pacientes infantiles psicóticos y autistas. Un tema recurrente en estos hallazgos es el papel central de la ansiedad inconsciente en la formación y sintomatología de los estados autistas. Los analistas descubrieron que, junto a las ansiedades más organizadas y sus mecanismos de defensa concomitantes, que podrían ser clasificadas como borderline o psicóticas, existen conjuntos más primitivos de ansiedades y defensas pertenecientes a los estados autistas (Winnicott, 1952; Tustin, 1972, 1981, 1987 y 1990; Meltzer, 1974 y 1975; Levine y Power, 2017). Por tanto, para parafrasear la diferenciación de Bion entre las partes psicóticas y no psicóticas de la personalidad (1957), podemos ampliar nuestro trabajo para incluir la interacción entre los aspectos autistas, psicóticos y no psicóticos, a menudo superpuestos, en estos pacientes. Si queremos aplicar los ingentes conocimientos obtenidos por los psicoanalistas kleinianos sobre la centralidad de las relaciones de objeto, la ansiedad y la fantasía inconsciente en el autismo (Rhode, 2018) y el trabajo pionero realizado simultáneamente por los psicoanalistas franceses sobre el papel de las estructuras psicóticas, las estructuras pre-psicóticas y las estructuras de déficit, el papel de la corporalidad, del lenguaje y del deseo del otro en la creación y destrucción del desarrollo del bebé (Lacan, 1966; Haag, 1993 y 1997; Bursztejn et al., 2003; Lechevalier, 2003; Houzel, 2004 y 2018; Laznik, 2007 y 2013), debemos considerar que estos

descubrimientos conllevan implicaciones clínicas importantes y de largo alcance.

Cualquier expansión de nuestro enfoque psicoanalítico, sin embargo, nos enfrenta a numerosos desafíos diagnósticos, teóricos y técnicos. Ese es especialmente el caso cuando trabajamos con niños y adultos que muestran una mezcla de ansiedades autistas y psicóticas en lo que podría llamarse el espectro autístico-psicótico. Por tanto, los analistas se enfrentan a la complicada tarea de intentar integrar los conocimientos adquiridos tanto en la escuela kleiniana como en la francesa en su trabajo clínico diario. Mi objetivo en este artículo es demostrar cómo se puede lograr dicha integración tratando de seguir los diversos niveles de ansiedad, a menudo confusos y entrelazados dentro de la sesión, y tratando de hablar su idioma.

EL ESPECTRO AUTÍSTICO-PSICÓTICO Y LA RETIRADA PSÍQUICA AUTISTA

Un número considerable de los niños a los que hoy en día se les diagnostica un Trastorno del Espectro Autista (TEA) a menudo revelan, en el curso del tratamiento psicoanalítico, que padecen realmente una combinación de ansiedades autistas y psicóticas, defendidas y enmascaradas por una organización patológica autista. La organización patológica descrita por Steiner (2011 y 1993) como un conjunto rígido, casi impenetrable, de defensas narcisistas sirve como una doble protección. Por un lado, frente a las ansiedades persecutorias esquizoparanoideas con respecto al objeto y, por el otro, frente a las inevitables ansiedades y dolor psíquico implicados en el reconocimiento depresivo de la realidad y la pérdida. La retirada psíquica autista, sin embargo, es no-simbólica, corporal, muy concreta y observable, debido a la alteración en la formación del símbolo y la regresión a la ecuación simbólica (Segal, 1957). Se caracteriza por sentidos con hipercatexia, escisión inadecuada o fallida y fragmentación tanto del yo como del objeto. La organización patológica autista sirve como un contenedor concreto de una constitución frágil, que está plagada de varios déficits y, por lo tanto, a menudo tiene una orientación simbiótica

(Bleger, 2013). Además, los múltiples déficits en el desarrollo de estos niños crean círculos viciosos entre padres e hijos de proyecciones y contraproyecciones de desesperación, depresión y contenido psíquico no mentalizado (Alvarez, 1992; Durban, 2014). Este círculo vicioso se representa a menudo en el análisis y se proyecta en los objetos internos del analista (Brenman Pick, 1985) y en su cuerpo. Esto crea un vaivén emocional desconcertante y a menudo abrumador, tanto en el paciente como en el analista, entre la desesperación y la esperanza (Durban, 2014).

La retirada psíquica autista se crea a través de una fantasía inconsciente de “mantelamiento” activo a partir del objeto (Durban, 2014 y 2017a) y de anexar con fuerza sus capas externas (Rhode, 2012a) como defensa contra el “desmantelamiento”, es decir, un desmoronamiento pasivo de los tejidos conectores de la psique (Meltzer, 1974 y 1992). El mantelamiento, que es la búsqueda frenética de refugios corporales concretos y sensoriales, protege al niño del miedo a desmoronarse, disolverse, perder la forma, congelarse, quemarse, asfixiarse, caerse; perder su membrana, su sentido de cohesión y de orientación. Entonces, el niño actúa de forma concreta esa fantasía inconsciente cubriéndose con objetos autistas y formas sensoriales y así, en la fantasía, evita la relación, la comunicación y una realidad insoportable (Tustin 1981 y 1990). La retirada psíquica autista tiene dos fases. Aparece inicialmente como encapsulamiento autista en las partes del cuerpo o en objetos inanimados. A medida que avanza el análisis, aparece como un mantelamiento más desarrollado cuando el niño, como un caracol, comienza a emerger de su encapsulamiento primario solo para retirarse nuevamente a su refugio. Sin embargo, en este mantelamiento secundario el refugio se construye con la ayuda de partes vitales anexas que pertenecen a un objeto vivo.

En el curso del psicoanálisis de niños con TEA, es importante intentar distinguir entre las diferentes formas de retiradas psíquicas autistas e interpretar en consecuencia. La retirada autista prima-



La "creación" autista en el proceso de emerger, por lo tanto, se compone principalmente de defensas contra el cambio y contra el contacto, tanto con el mundo interno, como con el del analista como alguien diferente.

ria de la encapsulación es corporalmente sensorial, concreta, utilizando objetos autistas y formas sensoriales. Se caracteriza por una confusión masiva entre el yo y el objeto como defensa contra la diferenciación del objeto y su correcta internalización. La retirada psíquica secundaria del mantelamiento implica el comienzo de la percepción del objeto y la relación. El encapsulamiento primario protege al niño del terror sin nombre y de la aniquilación catastrófica que sigue a la falta de sentido suficiente del "cuerpo-como-una-madre-segura" (Durban, 2017b). El mantelamiento secundario protege contra el cambio catastrófico y el dolor psíquico en una realidad naciente de dependencia, efimeridad y alteridad. El objeto, en lugar del cuerpo en el caso de la encapsulación primaria, se convierte en el agente traumatizante. La retirada encapsulada primaria aleja las "ansiedades-de-ser" y paraliza el movimiento hacia ansiedades paranoides. La retirada del mantelamiento secundario impide el movimiento hacia angustias depresivas y duelo. Así, estos dos tipos de organizaciones defensivas autistas detienen trágicamente no solo las fluctuaciones entre ansiedades paranoides y depresivas y la posibilidad de equilibrio

psíquico (Joseph, 1978 y 1989), sino que sobre todo se paralizan los flujos entre las "ansiedades-de-ser" y las ansiedades paranoides.

Klein (1952) describió la constante interacción y fluctuaciones entre diferentes constelaciones de ansiedades frente a los objetos internos y externos, acompañadas de mecanismos de defensa típicos y fantasías inconscientes. Con el fin de resaltar la naturaleza no lineal de estas interacciones, las conceptualizó como posiciones más que como fases o etapas. La comprensión de Klein sobre el constante movimiento de vaivén entre diferentes situaciones de ansiedad ha sido más tarde investigada, descrita y desarrollada por sus seguidores. Llegaron a entender que el proceso de desarrollo mental consiste en la capacidad de contener, tolerar y modificar estas diversas situaciones de ansiedad que interactúan, para que el pensamiento, la creatividad y la integración (Bion, 1963), el sentimiento, el equilibrio emocional y la prueba de la realidad (Joseph, 1978 y 1989) puedan evolucionar. Además, los movimientos necesarios hacia estados temporales de desintegración se vieron no solo como una defensa contra la integración, sino como una parte inevitable

del desarrollo (Bion, 1963). Simultáneamente, se descubrió que estados depresivos aparentemente más organizados del ser eran organizaciones defensivas contra el cambio por todo el dolor psíquico y el despertar adicional de ansiedades que provoca (Steiner, 1987; Britton, 1998). Desde una perspectiva clínica, Brenman Pick (2018) describe las dificultades que encuentra el analista al tratar de "unir las cosas" cuando se enfrenta a estas oscilaciones entre las diferentes posiciones. Ella señala la importancia del momento de la interpretación y la naturaleza dolorosa del proceso tanto para el analista como para el paciente mientras luchan contra los aspectos homicidas, la envidia, los celos y la culpa. En el caso del niño autístico-psicótico, este movimiento oscilante es constantemente atacado debido a la afluencia de ansiedades corporales arcaicas de ser y a los intentos fallidos de escisión binaria. Esto interfiere trágicamente con el surgimiento del pensamiento, el sentimiento y la transformación.

Como describe Brenman Pick (1985), la forma de abordar estas ansiedades inconscientes y "unirlas" es interpretándolas para el paciente, proporcionándole así una red de significado, pensamiento, relación con el objeto y facilitando funciones de retención y contención. En el caso del niño autístico-psicótico, el mismo acto de interpretación también le rescata de su aislamiento extremo y debilitante o de su soledad devastadora. Sin embargo, la principal dificultad con estos niños no es sólo decidir el momento adecuado para la interpretación, sino también seleccionar el nivel apropiado de interpretación para unos estados caracterizados por la confusión masiva, la falta de diferenciación del objeto propio (Alvarez, 2012) y los procesos deteriorados de identificación (Rhode, 2005). La interpretación a menudo se hace difícil, sino imposible a veces, debido a la intensa identificación adhesiva y a la congelación de las asociaciones libres del analista. Estas se equiparan con la propia experiencia del niño de ser congelado, con las amenazas de las relaciones sexuales de los padres para crear un bebé

y con el horror autista de la desintegración corporal. Por lo tanto, los movimientos mentales del analista resuenan en el miedo del niño de que el movimiento, ya sea físico o mental, signifique perder partes del cuerpo y eso debe evitarse a toda costa (Rhode, 2015).

La patología manifiesta en el niño con espectro autístico-psicótico es principalmente autista. Consiste en la retirada y en "el cierre" de la mente contra la separación, la fragmentación y el caos, iniciada por la pulsión de muerte. En el curso del psicoanálisis de estos niños, a menudo somos testigos de la apertura de la impenetrable y obsesiva organización defensiva autista y de la aparición de vívidos materiales psicóticos. Esto indica una diferenciación del self-objeto subyacente, previamente enterrada, mejor desarrollada, una mejor capacidad para separar mecanismos e, incluso, un pensamiento simbólico. A continuación, el niño erige una segunda línea de defensa en forma de mantelamiento secundario. Oscila entre las dos formas de mantelamiento y el desarrollo se ve seriamente comprometido. Sin embargo, en los análisis de niños que son principalmente autistas, tal movimiento es raro y aparece, si es que aparece, mucho más tarde en el análisis.

Haag (1993) nos proporciona una mayor comprensión de estas condiciones. Ella escribe: "En mi experiencia, esos niños autistas encapsulados que emergen de su armadura parecen hacerlo en etapas transitorias bastante largas y siguiendo una de las dos pistas principales ... ya sea hacia la obsesión post-autista o de una manera más bulliciosa, llamada psicótica o esquizofrénica y, en todo caso, con una simbiosis hiper penetrante, que es bastante destructiva".

Ella intenta diferenciar entre los elementos esquizo-frenogénicos caracterizados por una explosión en escisiones diminutas y aquellos elementos derivados de problemas maniaco-depresivos, caracterizados por una identificación proyectiva no explosiva que utiliza los diferentes compartimentos corporales con el propósito de re-penetración y co-excitación sexualizada.

Este intento de diferenciar entre esquizofrenia infantil, autismo y psicosis tiene raíces históricas. Melanie Klein estaba luchando con este problema mientras analizaba a su paciente Dick (Klein, 1930), a quien diagnosticó a regañadientes con esquizofrenia infantil. Aunque hoy a Dick se le hubiera diagnosticado con TEA, muy bien podría ser que Klein tuviera razón en cierto modo. Aunque en el momento del análisis de Dick no existía el diagnóstico de autismo, clínicamente hablando, Dick estaba mostrando una serie confusa de ansiedades y defensas autistas y psicóticas, relacionadas con una trágica historia de desarrollo de déficit y pérdida.

A lo largo de los años siguientes, se hicieron muchos intentos para aclarar las diferencias entre la esquizofrenia, la psicosis y el autismo desde los campos de la psiquiatría, el desarrollo y el psicoanálisis (Houzel, 2018; Rhode, 2018). Clínicamente, sin embargo, al analizar a un niño con síntomas autistas manifiestos, todavía nos enfrentamos a diario con la necesidad de comprender la naturaleza de sus ansiedades, defensas, fantasías inconscientes y relaciones de objeto.

Se podría argumentar que el problema actual es principalmente el de un diagnóstico inicial del niño inexacto o demasiado inclusivo, inspirado en los criterios psiquiátricos de TEA. Además, dicho diagnóstico está influenciado por muchas consideraciones políticas, financieras, sociales y farmacológicas. En Israel, por ejemplo, el número de bebés con TEA diagnosticados está en constante aumento y estos niños tienen derecho a un apoyo financiero considerable del gobierno y cuentan con excelentes servicios de tratamiento de orientación analítica desde una edad temprana. Este no es el caso de la psicosis infantil. Curiosamente, también hay menos estigmatización del autismo que en la psicosis, ya que esta última de alguna manera suscita más ansiedades conscientes e inconscientes.

Nuestra experiencia en Israel muestra que muchas veces la estructura subyacente del niño, inicialmente diagnosticado de autista, sólo se revela en

el curso del análisis. Ésta es una característica única y distintiva del análisis del niño: el niño no sólo se desarrolla, sino que de alguna manera se "crea" a medida que avanza el análisis. Así, a medida que progresa el análisis, a menudo hay oscilaciones entre el mantelamiento, es decir, la adquisición de algún tipo de contenedor, aunque a menudo concreto, falso, anexo o precario (Rhode, 2012a; Durban, 2014 y 2017a) y la psicosis. Estas constantes oscilaciones diferencian a los niños en el espectro autístico-psicótico de las situaciones más estables descritas por Haag (1993 y 1997), en las que los niños que emergen de estados autistas pueden moverse en la dirección de la esquizofrenia, la depresión maníaca o la obsesión; o por Tustin (1990), en su último libro, donde se dice que un subgrupo de niños usa "una camisa de fuerza autista" para controlar las ansiedades psicóticas (pero no al revés). Existe un movimiento de ida y vuelta constante, rápido y, a menudo, confuso entre emerger y retirarse, seguido de la formación de organizaciones patológicas autistas primarias y secundarias. Estos niños no son post-autistas, sino más bien, siguiendo el método francés de clasificación, autistas limítrofes: una "mezcla" de "ansiedades-de-ser" esquizoparanoideas y autistas. Se mueven entre la fragmentación autista y la retirada caracterizada por la identificación adhesiva y la hipercatexia sensorial, y entre mecanismos psicóticos mejor formados, como la escisión y la identificación proyectiva. Estas organizaciones autistas limítrofes desafían las explicaciones etiológicas lineales. Houzel (2018) escribe: "No es fácil aceptar que uno no sabe cuál será la siguiente etapa o cuándo ocurrirá. Y, sin embargo, es la condición para dar cabida al aspecto procesual del desarrollo psíquico. No se trata de un desarrollo lineal, sino más bien de una evolución en forma de espiral que pasa por progresiones y regresiones. El equipo de cuidadores debe realizar un intenso trabajo de elaboración para evaluar correctamente esta evolución y evitar tomar una regresión necesaria como un signo de deterioro, o la aparición de un sufrimiento psíquico inevitable por un

brote de síntomas que deben ser reprimidos”.

Un artículo publicado recientemente por Larson et al. (2017) de la Universidad de Cambridge en la *British Journal of Psychiatry* aporta un importante apoyo basado en la investigación para la existencia de dicho subgrupo. Los autores afirman que puede haber un subtipo específico de TEA relacionado con la psicosis comórbida. Sus resultados indican que el espectro de enfermedades psicóticas que experimentan los adultos con TEA puede ser diferente al que experimentan aquellos sin un diagnóstico de TEA. Además, sugieren que sus observaciones apoyan la existencia de una vulnerabilidad subyacente del neurodesarrollo para desarrollar psicosis en algunas personas con TEA, impulsada quizás por un mecanismo genético aún no entendido, agravado por tasas elevadas de depresión y ansiedad.

El artículo de Larson et al. (2017) ha confirmado mis propias impresiones obtenidas durante muchos años de analizar a bebés, niños y adolescentes con TEA y supervisar muchos otros casos similares. Creo que hay, de hecho, dos espectros: uno es puramente autista y el otro es autístico-psicótico. La principal diferencia entre estos dos espectros radica en la naturaleza de las ansiedades y defensas involucradas. El niño en el espectro autístico-psicótico manifiesta una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” peor diferenciadas como: licuarse, disolverse, no tener piel o tener la piel llena de agujeros, congelarse, arder, perder el sentido del tiempo y espacio y existir en un mundo bidimensional. El niño autista muestra principalmente la última. La aparente superposición de estos dos espectros, o el ensombrecimiento de la estructura psicótica por las defensas autistas y viceversa, a menudo conduce a una confusión teórica y clínica y a un uso excesivo del lenguaje diagnóstico fenomenológico-psiquiátrico en lugar del psicoanalítico.

ALGUNAS CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Al analizar a un niño en el espectro autístico-psicótico, experimentamos fluctuaciones constantes entre los diferentes

niveles de ansiedades, defensas y de diferenciación e integración del self-objeto. Así, podemos encontrar en el mismo niño, y a menudo en la misma sesión, estados de ansiedad que van desde arcaicas “ansiedades-de-ser” a ansiedades más claramente definidas respecto a las relaciones de objeto de tipo esquizoparanoide y depresivo e, incluso, algunas formas rudimentarias de ansiedades edípicas autistas (Rhode, 2012b). Las ansiedades psicóticas podrían encubrir y unir primitivas ansiedades-de-ser, mientras que estas últimas podrían servir como un refugio de las ansiedades psicóticas. Estas dinámicas están incorporadas en fantasías inconscientes características de los primeros estados mentales patológicos.

Anne Alvarez (2012) propone pensar en estos estados primitivos a través de los diferentes niveles de significado, correspondientes a diferentes niveles de integración del self y del objeto. Dicha comprensión, afirma, requiere diferentes niveles de interpretación que van desde el modo explicativo superior, pasando por el modo descriptivo y hasta lo que ella llama el modo vitalizante. Si bien estoy de acuerdo con lo que ella describe, me he dado cuenta, a lo largo de muchos años de trabajar con tales estados, que la clave para comprender al niño y para la creación de un significado compartido reside principalmente, en mi opinión, en la adhesión al principio kleiniano (1932, 1948 y 2017) de detectar las ansiedades más urgentes y profundas y en su interpretación en lo que podría describirse como su propio “lenguaje” o sintaxis (Amir, 2014). Sin embargo, esto exige no sólo una más amplia comprensión de la naturaleza de estas ansiedades más profundas, sino también de lo que realmente definimos como interpretaciones.

Deseo compartir algunas observaciones obtenidas de mi experiencia en el análisis de uno de esos niños cuando, a menudo de manera intuitiva y sin saberlo, he encontrado la necesidad de moverme entre esas diferentes formas de ansiedad y modos de interpretación. Esto implicó recurrir a breves interpretaciones muy primitivas, concretas y fragmentadas para establecer un contacto inmediato con esas profundas ansiedades incons-

cientes del niño retraído, fragmentado, pre-corporal, no verbal y pre-simbólico (Durban, 2014). Estas interpretaciones en acción (Ogden, 1994; Durban, 2014 y 2018; Pollak, 2018) o realizaciones presimbólicas (Sechehaye 1970) indican una contratransferencia especial en el analista y asumen diferentes formas: verbal, no verbal y en ocasiones un acto concreto. No pueden calificarse como juego simbólico, pero pueden considerarse como una actuación dentro y fuera de las sesiones y como una desviación de la técnica tradicional. Sin embargo, creo que forman parte inevitable de la técnica psicoanalítica necesaria al tratar estados mentales tan inalcanzables. De hecho, estos momentos son familiares para los psicoanalistas infantiles y están incorporados de manera más tradicional a su técnica de juego. No obstante, hay otros momentos que no pueden considerarse juegos simbólicos, ya que el nivel de diferenciación self-objeto y la capacidad de representación del niño aún no se ha desarrollado, o ha sido atacada o destruida. De esta manera, algunos aspectos de la mente rota del niño podrían volver a ensamblarse, repararse y, a veces, incluso crearse virtualmente mediante un “implante de objeto analítico”, es decir, presentando al analista como un objeto nuevo y concreto que puede sustituir los déficits del desarrollo (Durban, 2017b). Creo que uno de nuestros principales desafíos como psicoanalistas hoy en día es modificar y aplicar estos cambios entre varios tipos de interpretaciones en nuestro trabajo con pacientes adultos que muestran, momentáneamente o durante períodos prolongados, los mismos o similares estados de ser.

RAFAEL

Rafael es un chico de catorce años que ha estado en un análisis de cinco sesiones por semana conmigo desde que tenía nueve años. Me fue derivado por un colega de otro país. La madre de Rafael es israelí y el padre, europeo. A los tres años le diagnosticaron un TEA de bajo funcionamiento. Mostraba todos los síntomas principales de tal diagnóstico: uso mínimo y bizarro del habla; falta de contacto visual; evitación de las personas, inclui-



Creo que hay, de hecho, dos espectros: uno es puramente autista y el otro es autístico-psicótico. La principal diferencia entre estos dos espectros radica en la naturaleza de las ansiedades y defensas involucradas.

dos sus padres; falta de coordinación e integración corporal; alternancia entre estados de laxitud y rigidez; agitación psicomotriz; autoestimulación mediante el uso de objetos autistas, formas sensoriales autistas y masturbación; rigidez y conductas repetitivas obsesivo-compulsivas; falta de juego; falta de empatía y de imaginación.

Rafael inició su primera psicoterapia en paralelo con terapia conductual y se le recetó medicación antipsicótica por sus arrebatos violentos. Por la época en que cumplió cinco años, se habían dado pocas mejoras; de hecho, su estado parecía estar empeorando. Rafael tenía frecuentes rabietas violentas, que podían acabar en autolesiones ocasionales. Su agresividad también se materializó en ataques físicos contra su madre y su hermano menor (nacido cuando Rafael tenía cuatro años). Su habla se desarrolló de manera lenta y extraña, principalmente gritaba pidiendo comida, el baño y la televisión. Tras la aparición del habla, los padres se dieron cuenta de que estaba alucinando. Explicaba haber visto varias formas y colores, veía el aire girando a su alrededor, veía agujeros en el suelo y en las paredes que parecían agrietarse y desmoronarse cada vez que él las tocaba. También se quejaba de ruidos fuertes y voces en su cabeza que le decían que se matara

a sí mismo y a su hermano. Aunque en ese momento estaba siendo vigilado de cerca en todo momento por sus padres y varios cuidadores, intentó varias veces tirarse por la ventana y trató de lastimar a su hermano, una vez asfixiándolo con una almohada y otra vez ahogándolo en el baño.

Los análisis neurológicos no indicaron nada. En ese momento, los desolados padres accedieron a ingresarlo en un pabellón de un hospital psiquiátrico para niños, donde le diagnosticaron esquizofrenia infantil. Este diagnóstico dio como resultado que Rafael recibiera una dosis máxima de medicación antipsicótica, después de lo cual se retiró a un estado catatónico y autista. Ambos padres buscaron ayuda ya que estaban muy deprimidos y ansiosos. Percibieron el diagnóstico de Rafael como una especie de “sentencia de muerte” para el niño. En la entrevista inicial con ellos, me llamó la atención el uso de esta expresión, en lugar de decir, por ejemplo, “una cadena perpetua”; como se comprobó, esa elección de palabras no fue casual.

Los abuelos de ambos lados ejercieron una gran presión sobre los padres para que Rafael ingresara en una institución especial para niños con enfermedades mentales, alegando que arruinaría la vida de toda la familia, ya que obvia-

mente era ingobernable en casa. Hubo varios casos de enfermedades mentales en ambas ramas de la familia de Rafael. El hermano gemelo de la madre se suicidó después de ser desmovilizado del ejército israelí, donde sirvió como oficial de alto rango en las unidades de combate. Se dijo que su hermano fue “envenenado por el ejército”, que es una expresión israelí que se usa para describir la admiración y la devoción extrema por las acciones militares. El padre de la madre murió de cáncer mientras ella estaba embarazada de Rafael. Por lo tanto, el niño nació dentro y fuera de un útero familiar saturado de muerte, con todas sus manifestaciones psicogenéticas hereditarias, internas y externas (Durban, 2011). Un dolor complicado y un duelo atrofiado eran compañeros sombríos constantes para Rafael y su familia.

Los padres, que entre tanto iniciaron la psicoterapia psicoanalítica, insistieron en mantener a Rafael en casa. Se turnaron para quedarse con él e iniciaron la educación en casa. Ambos describieron a Rafael como adorable a pesar de sus enormes dificultades. Por varias cosas que dijeron durante nuestras entrevistas iniciales, quedó claro que Rafael tenía una triple función inconsciente para los padres: era un niño-corcho que se suponía que debía llenar el vacío creado por la pérdida; un niño-tubería en el que la madre proyectaba sus materiales tóxicos no mentalizados (elementos beta) convirtiéndolo así en una tubería abierta con fugas. Rafael sufría a menudo episodios de vómitos y diarrea. Además, ambos padres estaban tratando de reparar algo a través de él y así lidiar con sus numerosas pérdidas y dolor.

La madre decidió que quería volver a Israel para estar más cerca de su propia madre y del resto de su familia. También quería proporcionar psicoanálisis a Rafael. No es que ella creyera especialmente en el psicoanálisis o supiera mucho sobre él, pero una amiga de la infancia tenía una niña autista que había estado en análisis conmigo y se había beneficiado de ello. También se enteró de la posibilidad de obtener un considerable apoyo económico del gobierno israelí para el tratamiento de Rafael (a través del Servi-

cio Nacional de Salud y el Ministerio de Defensa). Fue entonces cuando la familia se puso en contacto conmigo y, siguiendo mi consejo de que Rafael empezara el análisis, toda la familia se mudó a Israel. Así que, además de la presión obvia que ejercía sobre mí la patología de Rafael y las escasas posibilidades de cura, también estaban las intensas idealizaciones y expectativas de la familia en el tratamiento.

Al comienzo del análisis, me sorprendió gratamente la cooperación de Rafael. También me animó la presencia de ansiedades edípicas tempranas relacionadas con la rivalidad y competencia con su hermano y la posesividad envidiosa hacia la madre. Aunque incomprensible, bastante inmanejable y retraído la mayor parte del tiempo, Rafael ocasionalmente me contaba cosas³. No parecía saber cómo jugar. Durante las sesiones simplemente deambulaba por la habitación de manera agitada, haciendo ruidos ininteligibles, agitando sus brazos, rascándose violentamente, golpeándose la cabeza contra la pared y, a veces, corriendo hacia mí y tratando de mordirme o arañarme. A menudo, le vendaban las manos para evitar que se rascara y se mordiera, llegando a arrancarse trozos de piel. Otras veces se desplomaba en el suelo y se frotaba la saliva y la mucosidad por todo el cuerpo.

Llevaba consigo un juguete de Superman de plástico duro que, sobre todo, agitaba. En ese momento, lo tomé como su objeto autista, que le brindaba protección, pero bloqueaba la comunicación. Sin embargo, durante una sesión, Rafael mordió y finalmente sacó los brazos de Superman. Luego entró en pánico y murmuró, “reparar, reparar”, insertando diferentes materiales y otras partes rotas de otros juguetes en los agujeros creados por los brazos mutilados. Cuando esto falló, señaló el símbolo de Superman en la caja de juego y dijo “botón”, insistiendo en que presionara el botón e hiciera que Superman volviera a estar entero. La ansiedad de Rafael resonaba en mí sobre todo en forma de una profunda confusión. Al final logré interpretar esa confusión y dije: “Todo confundido. Rafael,

Superman, brazos, pecho, mamá, papá, muerto, vivo”. Rafael siguió presionando el botón y agarró mi brazo para que yo también lo hiciera. Entonces dije: “Rafael quiere que Joshua repare a Superman, repare a Rafael, repare a papá y mamá. Rafael mordió el botón del pecho de mamá y los papás hicieron pipí. Papá y mamá están enfadados y destruyen a Rafael. Ahora Rafael quiere volver a colocarlo en su lugar y quiere que Joshua le ayude. Rafael quiere volver a estar entero”. En ese momento había dos estados de ansiedad principales entremezclados. En un nivel autista profundo estaba la ansiedad de desmoronarse y filtrarse a través de lo que Rafael experimentaba como su cuerpo lleno de agujeros. Al mismo tiempo, estaba la ansiedad más claramente definida y relacionada con el objeto de Rafael que causaba daño al pecho y al pene a través de su agresividad y avidez, lo que resultaba en represalias y mutilación de su propio cuerpo. Para complicar aún más las cosas, percibí a Rafael también como un “niño-tubería” abierto y con fugas (Durban, 2018), a través del cual perduraban las proyecciones y traumatismos de las generaciones anteriores. Desde esta perspectiva, el juguete de Superman destruido también representaba a su tío materno, el héroe soldado que se suicidó. Debido a la naturaleza entremezclada de sus ansiedades, y de las defensas autistas primarias y secundarias empleadas contra ellas (su aislamiento en sus propios fluidos corporales, las vendas, el juguete duro de Superman), fue difícil para mí y, a menudo, bastante imposible de alcanzar la ansiedad adecuada e interpretarla.

El sadismo y la agresividad de Rafael, exacerbado por sus objetos persecutorios internos, atacados, fue desviado hacia el exterior, aunque de forma pasiva. Entraba y salía cojeando del consultorio pisando, como si no se diera cuenta, las jardineras de flores, arrancando hojas sin siquiera mirar sus manos, pareciendo estar totalmente inconsciente y distraído. Los juguetes se rompían con frecuencia y cada vez que se acercaba a mí sus manos se balanceaban y me golpeaban.

Rafael estaba aterrorizado y atemorizado por su propia destructividad y se sintió equiparado a un superyó omnipotente y mortal que reinaba de forma suprema. Pronto me presentó “cosas” secretas que eran muy malas, persecutorias y peligrosas. Esas “cosas” estaban compuestas por números pares e impares. Los números pares, especialmente el 2, el 4 y el 22, se consideraban buenos y protectores, aunque se equiparaban a un superyó sádico primitivo. Afirmaba que a menudo le quitaban el habla y le prohibían mirar a otras personas. Entonces se quedaba mudo y ponía los ojos en blanco para no ver ni ser visto por nadie. Los números impares 3, 5 y 7 eran particularmente crueles y perjudiciales. Los números 1 y 0 eran considerados muy buenos, ya que 1 era similar a 2 (“casi gemelos”, dijo) y 0 era una señal para él de relajarse y callar. Cuando estaba bajo la influencia del número 0, Rafael parecía catatónico e impenetrable.

En ese momento, mayoritariamente interpretaba el deseo simbiótico de Rafael de ser uno con su madre y conmigo, sin ninguna diferenciación ni oposición. Esto estaba representado por los números pares “gemelos”, que se replicaban entre sí. Cualquier amenaza de separación o de diferenciación era percibida como un ataque. Rafael entonces devolvía el golpe, tratando de aniquilar a los agentes amenazantes de separación o a su propia percepción y mente. El número cero representaba su deseo de alcanzar la unidad simbiótica y así deshacerse de la realidad, donde las cosas estaban separadas de él y unas de otras, resultando incontrolable. También expresó su deseo de muerte: dejar de existir para no sentir tanto miedo y odio. Rafael respondió bien a estas interpretaciones y comenzó a llamarme “Sr. No-número” y en otro momento “Sr. Cero”. Me convertí en una figura que estaba fuera del alcance de los números malvados, pero al mismo tiempo representaba un estado de congelación similar a la muerte. Dijo que yo era estúpido, “un cero”, por lo que me equiparaba no sólo a ayuda y alivio, sino a aniquilación y descuido. En otras

ocasiones, dijo que yo era tres personas a la vez. Así me convertí también en el amenazador número 3, representando la temida triangulación edípica.

A medida que avanzaba el análisis, el comportamiento de Rafael en casa mejoró, sus arrebatos violentos disminuyeron e incluso pudo asistir a una escuela especial. Resultó que era un niño inteligente y, por lo tanto, sobresalió en sus estudios. En la consulta, sin embargo, parecía estar aún más fragmentado. Se quedaba callado durante largos ratos, sin apenas reconocer mi existencia, murmurando para sí mismo, jugando con los dedos en alto, escupiendo y lamiendo y escondiéndose debajo de los sillones. Pensé que la mejora de Rafael fuera de la consulta era precaria. Los avances eran posibles al escindir aún más y al encapsular su locura, que depositaba en el análisis. Se retiró a su refugio primario para autistas y, ocasionalmente, me usaba a mí y al análisis como un segundo mantelamiento. Así, cuando de repente emergía de su retraimiento y de su uso de formas sensoriales autogeneradas, comenzaba a imitarme, repitiendo mis interpretaciones e insistiendo en cubrirse con una manta que tenía en mi sofá. Después de permanecer cubierto durante unos minutos, comenzaba a desmenuzarse la manta, a tirarla al suelo y a tratar de empujarla debajo del sofá. Decía que la manta estaba en mal estado y apestaba. Lo decía en hebreo y la forma en que pronunciaba la palabra “manta” (*smicha*) sonó como la palabra “conversación” (*sicha*). Me costó mucho aguantarlo. Como Rafael, me sentí dividido entre lo que estaba sucediendo en el análisis y los comentarios externos favorables de sus padres, quienes estaban muy agradecidos y contentos. A veces dudaba de lo que era real y lo que no lo era y comencé a sospechar de esta “manta” externa de una manera paranoica. Reflexionando más, comprendí que estaba saturado e invadido por las experiencias de paranoia y desrealización de Rafael, el resultado de una escisión masiva y de una identificación proyectiva y adhesiva. Al igual que él, me encontré sumido en el entumecimiento y la parálisis mental junto con la agitación psicomotriz y la hipersensibilidad.

Hasta este punto del análisis de Rafael, la mayoría de sus ansiedades pertenecían a la posición esquizoparanoide, con bastante material relativo a la situación edípica temprana, por lo que intenté establecer contacto con su inconsciente interpretando las ansiedades directamente dentro de la transferencia. Cuando se trabaja en estas áreas, donde existe un cierto grado de diferenciación entre el yo y el objeto y la capacidad de utilizar mecanismos proyectivos y de escisión, resulta eficaz interpretar dentro de la situación de transferencia total. Estas “interpretaciones explicativas”, como las llama Alvarez (2012), se suelen concebir como: ¿cuál es el contenido de las ansiedades y fantasías inconscientes del paciente?; ¿quién hace qué a quién y por qué, y cuál es el papel y el posicionamiento del analista dentro de este drama de las relaciones de objeto? Rafael, sin duda, respondió bien a tales interpretaciones. Sin embargo, la persistencia de los síntomas de Rafael en el análisis, junto con la existencia de una cantidad considerable de “ansiedades-de-ser”, indicaba que había mucho material inconsciente contra el que se defendía por fragmentación y con el que, en ese momento, yo aún no podía establecer un mejor contacto.

“¿QUÉ ES UNA PERSONA?” LA APARICIÓN DE LAS ANSIEDADES PRIMITIVAS DE SER

Durante el segundo año de análisis, Rafael me preguntaba a menudo: “¿Eres una persona? ¿Qué es una persona? ¿Soy una persona?”. Empezaba a gritar, a morirse a sí mismo y a decir: “Hay sangre por todas partes, ¿dónde está la sangre? ¿Está dentro o fuera? ¿Estás sangrando? Esto es SIDA”. Los padres me dijeron que a menudo se mordía a sí mismo para ver si “había sangre adentro” y, al verla, les decía: “tengo SIDA”. Interpreté su miedo a ser delgado como el papel, sin nada entre el interior y el exterior. Sólo cuando veía la sangre podía creer que tenía un interior y, por lo tanto, era humano. Sin embargo, al infligirse tanto daño y dolor a sí mismo, también se dio cuenta de lo enfermo que estaba y temía que su enfermedad fuera incurable, como el SIDA.

Este fue un sentimiento que yo, en ese momento, compartí en secreto con él. También tuve en cuenta la historia sobre el “envenenamiento” de su tío por la muerte y el ejército, que le llevó a suicidarse. Me preguntaba si Rafael había sido atacado inconscientemente por demasiada muerte psicogenética en su sistema psíquico.

A medida que disminuían las ansiedades de Rafael por no tener un interior y por licuarse, llegaba a las sesiones y decía que ahora él era Joshua y yo Rafael. No sonaba a juego, sino a convicción. Fue entonces cuando me di cuenta de que estaba tratando de fusionarse e invertir nuestros roles para evitar sentimientos de separación y dependencia que comenzaban a aparecer dentro de él. Esta fusión violenta a través de la aniquilación de nuestra existencia separada asumió la forma de fantasías homosexuales perversas, en las que nos estábamos penetrando uno al otro, creando así un objeto extraño combinado, peligroso, que acababa con nuestra muerte. Trataba de dispararme misiles imaginarios, principalmente a mis ojos, boca y ano. Luego corría al baño y defecaba, llorando porque le explotaban las entrañas. Interpreté su miedo de que lo penetrara para castigarlo y explotarle las entrañas. También pensé que estaba describiendo un problema con su sistema inmunológico psíquico y el de su madre, por el cual había una falla en la transformación (digestión) del ambiente materno externo e interno infundido por la muerte durante el embarazo. Creo que probablemente experimentaba la placenta de la madre y su sistema inmunológico como un ataque de misiles celulares. La madre había relatado “algunas sensaciones extrañas” durante el primer trimestre de su embarazo. Rafael a menudo decía que no la conocía y que no era su madre. Por lo tanto, lo familiar y lo desconocido se confundían, como en algún fallo autoinmune (SIDA). Además, una vez que nació Rafael, la madre, que generalmente era una persona bastante verbal y fluida, encontró extremadamente difícil hablar con su bebé, que no respondía, lo que agravó otro fracaso en las transformaciones mutuas.

³ El análisis de Rafael se llevó a cabo primero en inglés, más tarde en una mezcla de inglés y hebreo y, finalmente, en hebreo.



Es la construcción gradual de un buen objeto interno, mediante el uso de la presencia total cuerpo-mente del analista, lo que en última instancia promueve la representación y la consolidación interna del objeto bueno.

Comprendí que Rafael se estaba deteriorando para asegurar que no nos separaran al final del tratamiento. Al confundirnos él y yo, por dentro y por fuera, creando un lío sangriento, también estaba diciendo que el análisis y yo nos habíamos convertido en parte de él, como sangre, y que perderlo lo mataría. Sin embargo, esto sólo podría ser experimentado de una manera psicótica concreta, no como afectos acompañados de pensamientos. Le interpreté esto durante muchas sesiones y esto le produjo un cierto alivio. Las alucinaciones visuales se calmaron. Durante una sesión en la que se mordía las manos, noté que miraba fijamente las mordeduras, como si estuviera buscando algo dentro de su cuerpo. También sacó los trozos de piel mordida y los sostuvo con mucho cuidado con ambas manos. Como él no hablaba en ese período, y habiendo interpretado ya su arcaica ansiedad de filtrarse y licuarse, ahora dije que estaba buscando lo que pasaba dentro de él. Me animó esa nueva distinción incipiente entre el interior y el exterior y decidí interpretar en términos de relaciones de objeto internas. Sugerí que, como resultado de sus implacables ataques contra su madre y su cuerpo, que equiparaba con el

suyo, se estaba licuando, sin recipiente ni piel para mantenerlo unido. También que sentía que su madre y su padre se estaban desangrando hasta morir dentro de él y que estaba tratando de sacarlos y quizás incluso de salvarlos. Le dije: “No tener una madre con cuerpo y un padre que la proteja es lo mismo para ti que no tener cuerpo, no ser nadie”.

Después de esta fase del tratamiento, se le ocurrió lo que parecía un juego rudimentario. Rafael tocaba mi nariz y luego la suya, mi boca y luego la suya, mis oídos, manos y piernas y luego se tocaba los suyos. Inicialmente me sorprendió este contacto físico y traté de detenerlo, como lo hubiera hecho con cualquier paciente que intentara tocarme. Rafael siguió tratando insistentemente de iniciar este ritual, al que llamó “construir una persona”. Hizo eso de una manera muy delicada y no erotizada, lo que no era su costumbre, mientras mantenía un contacto visual inusualmente largo. En ese momento me ayudaron mucho las contribuciones de dos destacados clínicos franceses que trabajan con bebés y niños con TEA. El primero fue el trabajo de Marie Christine Laznik sobre el papel de la *pulsión invocadora* (2013) y el papel crucial de la prosodia materna dentro

de ella. Laznik, siguiendo a Lacan (1966), afirma que el niño es llamado al reino de las relaciones y las identificaciones por el deseo del otro. Es la ausencia de esa llamada en los niños autistas lo que ella ve como la base del autismo. El niño autista falla al tratar de atraer la atención y la aprobación de sus cuidadores. La segunda inspiración fueron los extensos trabajos de Genevieve Haag sobre *identificaciones intracorporales* (1985) y el fracaso del niño autista en establecer un *objeto de fondo de identificación* (1985). Siguiendo a Grotstein (1986), ella describe la importancia de la posibilidad de comunicarse con el otro a través de la propia mirada, teniendo la sensación de que lo que se proyecta se refleja de nuevo después de tocar un fondo sólido. En el análisis de niños retraídos, esto a menudo se experimenta cuando el psicoanalista logra comunicarse con el bebé y sus miradas se encuentran. Como consecuencia, se puede constituir gradualmente una piel psíquica, permitiendo al niño acceder a la tridimensionalidad y simbolización y, así, el niño se siente contenido.

Gradualmente, llegué a comprender esto como un intento más de crearse a sí mismo como una entidad separada y diferenciada, a través de mí. Esta vez usó la comparación con mi propio cuerpo. Es importante añadir que la propia diferenciación de Rafael entre las partes corporales y las funciones se vio afectada desde el principio. Muy a menudo cerraba los ojos cuando había un ruido fuerte o se tapaba los oídos con las manos cuando veía algo aterrador. Derecha e izquierda siempre estaban confundidas y a menudo se desorientaba, tropezando con cosas. Sin embargo, fue después de que se interpretaran ansiedades más desarrolladas sobre sus objetos internos que apareció esta confusión muy básica entre las partes de su cuerpo. Hubo un movimiento más claro entre las ansiedades esquizoparanoideas y las más arcaicas “ansiedades-de-ser” al tratar con su propio sentido de existencia como un ser separado y limitado en el tiempo y el espacio.

A medida que nos acercábamos a las vacaciones de verano, se desarrolló el

creciente reconocimiento de Rafael de su existencia y la mía como entidades separadas, aunque conectadas. Fue entonces cuando volvió a sentir terror por las personas, tal vez porque era consciente de los peligros de perderlas. Aunque hizo algunos amigos en la escuela, cortó todo contacto con ellos, se negó a ir a la escuela y se retiró nuevamente del contacto humano. Un día me dijo que “había matado a su madre porque no era su madre y era muy mala”. También amenazó con matarme. Reanudó su automutilación, esta vez como resultado de una insoportable culpa psicótica por su propia agresividad e instinto asesino hacia sus objetos. Interpreté que prefería matar a ser asesinado por la pérdida y la culpa. Era tentador interpretar estas “ansiedades-de-ser” en el nivel esquizoparanoide, pero pronto descubrí que eso era inútil en el mejor de los casos, y en el peor, sólo servía para profundizar la brecha entre Rafael y yo.

Poco a poco, se logró alguna mejora a través de un tipo especial de interpretación involucrando todo mi estado mental: sus recuerdos, experiencias, sensaciones corporales y mi capacidad de pensar, sentir, relacionar e integrar. En otras palabras, es tarea del analista proporcionar funciones de mantelamiento y enlace para el niño que lo lleven a vivir de forma segura en su propia mente. Vincular significa reconectar de forma activa y concreta los protoelementos desintegrados de la fantasía inconsciente. Esta es una de las tareas más complicadas ya que el analista necesita vincular de manera constante y activa los sentidos, sentimientos, acciones, intenciones y pensamientos fragmentados en una sola secuencia o cadena.

Para lograr la función del analista como un objeto de mantelamiento y vinculación a ser internalizado por el niño, es posible que deba considerar una construcción activa de un contenedor corporal (Pollak, 2009) para pacientes con una representación corporal desintegrada o confusional. Las interpretaciones deben tener como objetivo ayudar al paciente a diferenciar entre las partes del cuerpo, adentro y afuera, el yo y el objeto, antes de que tengan sentido interpretaciones

más bien integradas. La creación de Rafael del juego de “contruir una persona” y mi participación activa en el juego durante muchas sesiones antes de que se pudiera formar completamente una interpretación en términos de “tú” y “yo”, sería un ejemplo.

Además, el analista debe usar momentos de reparación o interpretación en acción. Es decir, iniciar un acto, un gesto, que signifique de forma casi concreta la posibilidad de comprender la experiencia preverbal y presimbólica y promover la integración y la reparación. Cuando comenzó el análisis de Rafael, afloraron más ansiedades como resultado de mi anterior trabajo interpretativo. Estas trajeron consigo otro cambio en la técnica.

LA TRAVESÍA DE RAFAEL

Durante el tercer año del análisis, volví después de haber estado ausente durante una semana. Mientras le esperaba, pude escuchar a Rafael gritando y llorando fuera. Abrí la puerta y le vi de pie, como paralizado, sin poder entrar. “¿Qué pasa?”, le pregunté. Él temblaba y apuntaba al suelo. “¿Tienes miedo de algo aquí?”, continué preguntando, sin poder pensar o comprender su llanto. Rafael asintió y siguió señalando el suelo. Cuando seguí su dedo, vi una grieta entre la puerta de entrada y el camino pavimentado que llevaba a ella. Nunca lo había notado antes. “¿Una grieta?”, pregunté. Rafael gritó: “¡El Gran Cañón, el Gran Cañón!”. Más tarde, su padre me contó sobre una película que estaba viendo durante el fin de semana. El protagonista queda atrapado en un gran cañón porque una roca le bloquea el camino y atrapa su brazo debajo de ella. Para salvarse a sí mismo, el héroe necesitó amputar su brazo con la ayuda de una navaja de bolsillo. El padre se dio cuenta demasiado tarde de que Rafael estaba en la puerta temblando mientras miraba esa escena espantosa. Le dije a Rafael: “Me estás diciendo que la grieta debajo de mi puerta te parece como el Gran Cañón, imposible de cruzar, peligrosa”. Rafael estaba llorando y pensé que volvía a tener alucinaciones. No dejaba de gritar que era el Gran Cañón. Me sentí muy

ansioso, entre otras cosas porque los gritos de Rafael eran lo suficientemente fuertes como para que todo el vecindario los oyera. Dije: “No nos hemos visto en tanto tiempo y parece como si hubiera un cañón infranqueable entre nosotros. Pero ahora estamos los dos aquí. Te estoy esperando; por favor, entra”. Rafael no se movía y seguía llorando y gritando. “¿Cómo vamos a cruzar?”, pregunté, bastante devastado para entonces. Rafael me tendió los brazos. Me volví y le ofrecí que se subiera a mi espalda. Rápidamente saltó y entramos en el consultorio.

En ese momento tuve intuitivamente claro que Rafael necesitaba mi apoyo físico para poder entrar en el despacho. Necesitaba sentir que nuestra separación no me hizo daño y que yo estaba allí para él. Además, quería hacer lo que un padre hubiera hecho intuitivamente -cogerle en mis brazos. Eso, sin embargo, era bastante imposible ya que era un niño grande y pesado y, también, porque no quería crear una sobreexcitación al estar cara a cara con él. Fue sólo más tarde, una vez que supe lo sucedido por el padre, que pude vincular este acto de “cruzar”, de cerrar la brecha y reafirmar mi presencia, con las violentas fantasías inconscientes de Rafael de nuestra separación como una mutilación mutuamente vengativa: una amputación de miembros. Además, apareció suficiente material en las siguientes sesiones para respaldar la interpretación de que, mientras yo estaba fuera, Rafael sintió que se lo tragaba un vacío dentro de su madre, que resultó ser el atenuador “número cero”. En la siguiente sesión, inició un juego en el que los dos teníamos que caminar con mucho cuidado para no caer en un pozo sin fondo y peligroso del despacho. Afirmó que el pozo estaba dentro de una enorme nave espacial de la que salieron diminutos alienígenas para destruir el mundo. Luego lo dibujó y parecía un gran cero. Solo entonces pude volver a una interpretación verbal completa, vinculando todo el proceso que vivimos desde el momento en que me fui de vacaciones.

Este movimiento entrecruzado dentro de las sesiones entre las distintas ansiedades y su interpretación condujo a

una importante mejora en el estado de Rafael. Actualmente, asiste a una escuela ordinaria, es tratado con una mínima dosis de medicación antipsicótica, no tiene ataques violentos y, poco a poco, se va conectando más con la turbulenta realidad de un adolescente de su edad o, en sus propias palabras, “convirtiéndose en persona”. Sin embargo, esta mejora es siempre precaria a medida que continúan las rápidas oscilaciones entre las “ansiedades-de-ser”, las ansiedades psicóticas y depresivas y entre las retiradas defensivas autistas y psicóticas, aunque de manera mejor contenida y mejor comunicada.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

En este artículo he tratado de demostrar que:

1. En el curso del análisis, algunos niños a los que inicialmente se les diagnostica un TEA resultan moverse a lo largo de un espectro autístico-psicótico. Este espectro se caracteriza por una mezcla de ansiedades esquizoparanoideas y “ansiedades-de-ser” de tipo autista menos diferenciadas. Por lo tanto, estos niños podrían describirse como autistas limítrofes.
2. La interpretación de la ansiedad inconsciente y las defensas que la acompañan es fundamental para el proceso curativo psicoanalítico con niños en el espectro autístico-psicótico.
3. Hay que tener en cuenta la interacción constante entre las ansiedades depresivas, esquizoparanoideas y las “ansiedades-de-ser”. El niño en el espectro autístico-psicótico se caracteriza por una afluencia abrumadora de ansiedades entremezcladas. Por lo tanto, es la difícil tarea del analista intentar rastrear la ansiedad dominante y más urgente e interpretarla en su propio “lenguaje”. Además, es útil interpretar y mostrar al niño cómo la retirada autista defiende contra una mayor fragmentación y cómo la fragmentación previene una afluencia de “ansiedades-de-ser” paralizantes.
4. Los diferentes estados de ansiedad exigen diferentes consideraciones y medios técnicos. Esto es especialmente así cuando el tipo de ansiedad se relaciona con estados del cuerpo desintegrados o no integrados.

Una de las principales dificultades tiene que ver con la ausencia o la repetida destrucción del espacio y el tiempo en el autismo y en la psicosis severa. El dentro y el fuera, el yo y el objeto son borrosos, confusos o atacados. Como consecuencia, la localización de la experiencia (Freud, 1900), lo que le sucede a quién, por qué y dónde, es difuso, esquivo y muchas veces imposible de rastrear.

Cuando se trabaja en el dominio de tales transferencias autistas o psicóticas, uno tiene la sensación de vivir en una realidad virtual de pesadilla donde todo lo humano no es realmente humano y prevalece un sentido de lo siniestro (Freud, 1919). Además, dado que el habla y el simbolismo apenas existen o se basan en ecuaciones autistas y las fantasías inconscientes se desintegran lentamente en sus componentes, el analista a veces se pierde por completo en la esfera de lo inefable (Bion, 1979).

La complejidad, los vínculos y la multiplicidad, característicos del espacio mental, se derrumban en “cosas” y acciones concretas. Esto ejerce una enorme presión sobre el analista que se equipara y, a veces, se identifica con esa cualidad de la “cosa”, con excitaciones y acciones. Lo que ocurre en la sesión se encuentra muy a menudo en el ámbito de las sensaciones, percepciones y acciones. En el análisis, las interpretaciones verbales, en lugar de establecer contacto, pueden ser experimentadas tanto por el analista como por el niño como una actuación irreal, incomprensible, intrusiva o psicótica dentro y fuera de la sesión.

La experiencia acumulada adquirida a través de los análisis de adultos y niños psicóticos y con TEA, como Rafael, indica que debemos crear y utilizar diferentes niveles de interpretaciones en funcionamiento que promuevan la representación y construyan objetos. Esto implica la fluctuación entre diferentes niveles de interpretaciones simbólicas y no simbólicas, según el tipo de ansiedad y el nivel de desarrollo presentes. Estas interpretaciones comienzan en los niveles más básicos y primitivos de experiencia e integración corporales. Requieren un movimiento muy concreto entre lo que Klein, en sus seminarios clínicos

(2017), llamó “absorción” en el material inconsciente del paciente, y desenredarse de él para ser capaz de formular una interpretación. Al mismo tiempo, es la construcción gradual de un buen objeto interno, mediante el uso de la presencia total cuerpo-mente del analista, lo que en última instancia promueve la representación y la consolidación interna del objeto bueno.

Cuando el contenido edípico parece dominar, son las interpretaciones de la transferencia, junto con las reconstrucciones históricas, las que resultan de especial utilidad. Es cuando las ansiedades depresivas o esquizoparanoideas son más intensas que la interpretación de la situación de transferencia total establece el contacto directo con el paciente. Pero cuando la sesión está saturada de “ansiedades-de-ser”, es necesario confiar principalmente en la estabilidad, la continuidad y los límites del entorno. Se debe alentar a los pacientes que sufren de una preponderancia de “ansiedades-de-ser” a que acudan a realizar análisis la mayor cantidad de sesiones a la semana como sea posible. Según mi experiencia, los análisis de cinco a seis sesiones por semana producen una mejoría significativamente más rápida y profunda que aquellos con menos sesiones por semana. Es con estos pacientes con los que deberíamos intentar utilizar algunos modos adicionales de interpretaciones de la ansiedad. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (1992). *Live Company*. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic, Borderline, Deprived and Abused Children. London: Routledge.
- Alvarez, A.** (2012). *The Thinking Heart*. London: Routledge.
- Amir, D.** (2014). *Cleft Tongue: The Language of Psychic Structures*. London: Routledge.
- Bion, W.** (1957). *Differentiation of the Psychotic from the non-Psychotic personalities*. The International Journal of Psychoanalysis 38: 266-57.

Bion, W. (1963). *Elements of Psycho-Analysis*. London: Heinemann.

Bion, W. (1979). *A Memoir of the Future*, Book Three: The Dawn of Oblivion. London: Karnac.

Bleger, J. (2013). *Symbiosis and Ambiguity, A Psychoanalytic Study*. The new Library of Psychoanalysis. London: Routledge.

Brenman Pick, I. (1985). *Working through in the countertransference*. The International Journal of Psychoanalysis 66: 157-166.

Brenman Pick, I. (2018). *Bringing Things Together*. In Authenticity in the Psychoanalytic Encounter The Work of Irma Brenman Pick, edited by FM Davids and N. Shavit, 192-209. London: Routledge.

Britton, R. (1998). *Before and After the Depressive Position: PS (n) -D (n) -PS (n + 1)*. In Belief and Imagination, 69-81. London: Routledge.

Bursztejn, C., B. Golse, and R. Mises. (2003). *Classifications en psychiatrie de l'infant*. In Encycl Méd Chir, Psychiatrie / Pédiopsychiatrie, 37-200-B-10, 2003, 1-9. Paris: Éditions Scientifiques et médicales Elsevier SAS.

Durban, J. (2011). *Shadows, Ghosts and Ximaeras: On Some Early Modes of Handling Psycho-Genetic Heritage*. The International Journal of Psychoanalysis 92: 903-924.

Durban, J. (2014). *Despair and hope: on some varieties of countertransference and enactment in the Psychoanalysis of ASD (Autistic spectrum disorder) children*. Journal of Child Psychotherapy 40: 187-200.

Durban, J. (2017). *The Very Same is Lost: In Pursuit of Mental Coverage When Emerging From Autistic States*. In Engaging Primitive Anxieties of the Emerging Self: The Legacy of Frances Tustin, edited by HB Levine, and DG Power, 129-150. London: Karnac.

Durban, J. (2017b). *Home, Homelessness and “Nowhere-Ness” in Early Infancy*. Journal of Child Psychotherapy 43: 175-191.

Durban, J. (2018). *The Pipe Child*. Paper read at the Psychoanalytic Institute Berlin, 28th September, 2018.

Freud, S. (1900). *The Interpretation of Dreams*. ES 4: 1-310.

Freud, S. (1919). *The Uncanny*. S XVII. London: Hogarth Press.

Golse, B. (2013). *Mon Combat Pour els Enfants Autistes*. Paris: Odile Jacob.

Grotstein, J. (1986). *Splitting and Projective Identification*. London: NORTHVALE, NJ: Jason Aronson.

Haag, G. (1985). *La mère et li bébé dans les deux moitiés du corps*. Neuropsychiatrie de l'enfance 33 (2-3): 107-114.

Haag, G. (1993). *Fear of Fusion and Projective Identification in Autistic Children*. Psychoanalytic Inquiry 13: 63-84.

Haag, G. (1997). *Psychosis and Autism: Schizophrenic, Perverse and Manic-Depressive States During Psychotherapy*. In Psychotic States in Children, edited by M. Rustin, el Sr. Rhode, A. Dubinsky, and H. Dubinsky, 189-211. London: Karnac.

Houzel, D. (2004). *The Psychoanalysis of Infantile Autism*. Journal of Child Psychotherapy 30: 225-237.

Houzel, D. (2018). *Autism and Psychoanalysis in the French Context*. The International Journal of Psychoanalysis 99 (3): 725-745.

Joseph, B. (1978). *Different Types of Anxiety and their Handling in the Analytic Situation*. The International Journal of Psychoanalysis 59: 223-228.

Joseph, B. (1989). *Psychic Equilibrium and Psychic Change*. London: Routledge.

Klein, M. (1930). *The Importance of Symbol Formation in the Development of the ego*. In Love, Guilt and Reparation and Other Works, 219-233. London: The Hogarth Press.

Klein, M. (1932). *The Psychoanalysis of Children*. The Writings of Melanie Klein, Vol 2. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1948). *On the Theory of Anxiety and Guilt*. In The Writings of Melanie Klein, Vol 2, 25-43. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1952). *Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant*. In The Writings of Melanie Klein, Vol 2, 61-94. London: Hogarth Press.

Klein, M. (2017). *Lectures on Technique*, edited by J. Steiner. London: Routledge.

Lacan, J. (1966). *Ecrits*. Translated by B. Fink. New York: Norton, 2006.

Larson, FV, AP Wagner, PB Jones, Sr. Tantam, M.-C. Lai, S. Baron-Cohen, and AJ Holland. (2017). *Psychosis in Autism: Comparison of the Features of Both Conditions in a Dually Affected Cohort*. The British Journal of Psychiatry 210 (4): 269-275.

Laznik, M. (2007). *Joint Mother-Baby Treatment with a Baby of 3 Months who Xous Early Warning Signs of Autism*. In Signs of Autism in Infants: Recognition and Early Intervention, edited by S. Acquarone, 139-170. London: Karnac.

Laznik, M. (2013). *Lacan et l'autisme*. La revue lacanienne 14: 81-90.

Lechevalier, B. (2003). *Autistic Enclavements in the Dynamics of Adult Psychoanalysis*. <http://www.francetustin-autism.org/eng/pal/pal/Detail.php>.

Levine, HB, and DG Power, eds. (2017). *Engaging Primitive Anxieties of the Emerging Self: The Legacy of Frances Tustin*. London: Karnac.

- Meltzer, D.** (1974). *Adhesive Identification*. In *Sincerity and Other Works: Collected Papers of Donald Meltzer*, edited by A. Hahn, 335-350. London: Karnac, 199.
- Meltzer, D.** (1975). *The Psychology of Autistic States and of Post-Autistic mentality*. In *Explorations in Autism*, edited by D. Meltzer, J. Bremner, S. Höxter, Sr. Weddell, and I. Wittenberg, 6-32. StrathTay: Clunie Press.
- Melzer, D.** (1992). *The Claustrium: An Investigation of Claustrophobic Phenomena*. Strathclyde, Perthshire: Clunie Press.
- Ogden, T.** (1994). *The Concept of Interpretive Action*. *The Psychoanalytic Quarterly* 63: 219-245.
- Pollak, T.** (2009). *The 'Body-contenditors': A New Perspective on the 'Body-ego'*. *The International Journal of Psychoanalysis* 90: 487-506.
- Pollak, T.** (2018). *Interpretation in action*. En prensa.
- Rhode, M.** (2005). *Mirroring, Imitation, Identification: The Sense of Self in Relation to the Mother 's Internal World*. *Journal of Child Psychotherapy* 31 (1): 52-71.
- Rhode, M.** (2012a). *Whose Memories are They and Where do They go? Problems Surrounding Internalization in Children on the Autistic Spectrum*. *The International Journal of Psychoanalysis* 93: 355-376.
- Rhode, M.** (2012b). *The 'Autistic' Level of the Oedipus Complex: Some Implications for Problems Surrounding Sense Perception*. *Bulletin of the British Psychoanalytical Society*, March 2012.
- Rhode, M.** (2015). *'Paralysed Associations': Countertransference Difficulties in Recognising Meaning in the Treatment of Children on the Autistic Spectrum*. *Journal of Child Psychotherapy* 41 (3): 218-230.
- Rhode, M.** (2018). *Object Relations Approaches to Autism*. *The International Journal of Psychoanalysis* 99 (3): 702-724.
- Sechehaye, MA** (1970). *Symbolic Realization; A New Method of Psychotherapy Applied to a Case of Schizophrenia*. Translated by Barbro Würsten and Helmut Würsten. New York: International Universities Press (Original work published 1947).
- Segal, H.** (1957). *Notes on Symbol Formation*. *The International Journal of Psychoanalysis* 38: 391-397.
- Steiner, J.** (1987). *The Interplay between Pathological Organisations and the Paranoid-Schizoid and Depressive Positions*. *The International Journal of Psychoanalysis* 68: 69-80.
- Steiner, J.** (1993). *Psychic Retreats*. The New Library of Psychoanalysis. Hove and New York: Brunner Routledge.
- Steiner, J.** (2011). *Seeing and being Seen*. London and New York: Routledge.
- Tustin, F.** (1972). *Autism and Childhood Psychosis*. London: Hogarth Press.
- Tustin, F.** (1981). *Autistic States in Children*. London and Boston, MA: Routledge.
- Tustin, F.** (1987). *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: Karnac Books.
- Tustin, F.** (1990). *The Protective Shell in Children and Adults*. London: Karnac Books.
- Winnicott, D.** (1952). *Ego Integration in Child Development*. In *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, 56-64. London: Hogarth Press, 1982.

Distintos subtipos o distintas evoluciones dentro del diagnóstico del TEA. Un interrogante en el acompañamiento a nuestros pacientes

– Margarita Alcamí Pertejo¹ –

Médico psiquiatra. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Unidad de Niños y Adolescentes. Hospital Universitario La Paz. (Madrid)



JUSTIFICACIÓN

Al final de 2020, sumidos aún en el golpe de la Pandemia por Sars-Cov2, recibo la petición de colaborar en la Revista *eipea*. El tema propuesto no es fácil... pero eso es signo de identidad de la Revista.

En el nº 6 (2019), desde el Consejo Editorial realizaron una supuesta sencilla pregunta a un grupo de profesionales: “¿Qué define estructuralmente el autismo?”... en 200 palabras. Las respuestas que fueron recibiendo les mostraban las diferentes miradas, los distintos planteamientos respecto a lo que definía para esos profesionales el autismo... y “todos los escritos nos acercaban a la respuesta que buscábamos y nos ayudaban a reconsiderar, una vez más, esa pregunta”.

En su respuesta a esa pregunta, Josep Maria Brun deja planteado cómo nos lanzamos a hablar de conceptos que nos han ayudado a comprender y posicionarnos más adecuadamente, pero pocas veces dirigimos nuestra mirada al “trasiego emocional que despiertan en nosotros el contacto y la convivencia con el autismo...”.

He tenido la oportunidad de encontrarme con el autismo en las diferentes consultas de la red asistencial en que ha transitado mi quehacer profesional (consultas hospitalarias, Servicio de Salud Mental, Hospital de Día, urgencias...). Desde hace años mi lugar de encuentro es desde un Hospital terciario de alta complejidad médica pediátrica. No realizo tratamientos específicos con los niños/as con TEA y sus familias, sino consultas de seguimiento. En un número reducido de ellos he conseguido mantener actividades terapéuticas grupales. Se me ha permitido caminar junto a ellos y los interrogantes respecto a si lo que veía eran distintos subtipos o distintas evoluciones ha estado siempre en mi encuentro con el autismo. Como respondía Lúcia Viloca a la pregunta de 2019, la relación con las personas con TEA o autismo “te aporta una profundidad inexplicable y te ayuda a mantenerte en la búsqueda del enigma, a la vez que te permite sentir vivencias de inaccesibilidad que te hacen más humilde”. Animo a quien quiera adentrarse en la lectura de este artículo a realizarlo desde la humildad de buscar interrogantes más que encontrar respuestas; desde la renuncia a tener el saber en nuestras manos.

COMIENZO DESDE LA HISTORIA DEL AUTISMO

Kanner en 1943 describe a once niños con lo que denominó “Trastornos autistas del contacto afectivo”. Plantea que “el desorden fundamental, patognomónico, sobresaliente, es su incapacidad para relacionarse de forma normal con las personas y situaciones desde el comienzo de la vida”.

En la actualidad, el autismo está conceptualizado como un Trastorno del neurodesarrollo de tal forma que “el problema central en el autismo, más que ser un retraso en la adquisición de competencias esperadas, es un desarrollo atípico de esas competencias” (Muratori y Calderoni, 2019).

Manzano (2010) nos planteaba que “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”. Lejos de que ello nos permitiera dar por finalizada nuestra actitud terapéutica, nos señalaba que “puesto que se trata de ajustes adaptativos del programa no son jamás rígidos ni inmutables” y nos alentaba a que “pueden evolucionar de nuevo en la interacción”.

Cada vez avanzamos más en el estudio del desarrollo infantil y los conceptos de intersubjetividad nos ofrecen una forma de comprender el inicio del autismo que Kanner (1943) explicó como una “extrema soledad desde el nacimiento, no respondiendo a nada que proceda del mundo exterior”. La vitalidad interaccional del bebé emerge del cerebro humano innatamente social y el encuentro con el cuidador/es que, a través de los cuidados somatosensoriales y afectivos, “cataliza” su desarrollo (Schore, 2001).

Es posible pensar que el autismo clásico sea el estadio final de un trastorno primario de la intersubjetividad y del sí dialógico que no permite a los compor-

tamientos sociales simples, aun estando presentes en distinta medida también en los niños pequeños con autismo, evolucionar hacia comportamientos dialógicos más complejos. Y estos mismos comportamientos sociales simples, dado que no entran en las secuencias intersubjetivas más complejas, tienden sucesivamente a desaparecer (Muratori, 2009).

La capacidad descrita también por Kanner (1943) de “establecer y mantener una excelente, intencionada e inteligente relación con los objetos...” y el poderoso deseo de invariabilidad –“su mundo está constituido por elementos que una vez experimentados en una secuencia no pueden tolerarse en otro marco, de aquí la obsesiva repetitividad...”– se entendería como una consecuencia de esa falta de intersubjetividad. Gergely (2001) propone que el pasaje de la contingencia perfecta a la imperfecta sería un factor a considerar en las disfunciones de base.

Probablemente hay muchos más elementos a considerar en el desarrollo de ese cerebro repleto de sinapsis “expectantes de experiencia”. El conocimiento de la plasticidad cerebral y los avances en la comprensión del desarrollo nos seguirán ofreciendo pequeñas ventanas para asomarnos al enigma del autismo.

SIEMPRE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tanto Kanner (1943) como Asperger (1944) fueron interpelados desde su quehacer clínico a describirnos unos niños a los que se negaron a enmarcar en las opciones diagnósticas de su época.

“Desde 1938, nos ha llamado la atención un número de niños cuya condición difiere de manera tan marcada y singular de cualquier otra conocida hasta el momento, que cada caso merece y espero que recibirá con el tiempo una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades” (Kanner, 1943).

“En lo que sigue, describiré un tipo de niño particularmente interesante y fácilmente reconocible. Los niños que presentaré tienen todos en común un trastorno fundamental que se manifiesta en su apariencia física, en las funciones expresivas y en la totalidad de su conducta. Este trastorno conlleva unas severas y características dificultades en la inte-



Árbol de la vida, tras dos meses de confinamiento. Fotografía cedida por Carola Méndez.

gración social. En muchos casos, dicha dificultad es tan severa que eclipsa todo lo demás. En algunos casos, sin embargo, los problemas se compensan por el alto nivel de pensamientos y experiencias originales. Esto con frecuencia puede conducir posteriormente en la vida a excepcionales logros” (Asperger, 1944).

Se trataba de niños que habían sido considerados débiles mentales o con esquizofrenia infantil.

Las diferencias con la esquizofrenia serán planteadas desde el acercamiento al mundo: “Mientras el esquizofrénico intenta resolver su problema saliendo de un mundo del que ha formado parte y con el que ha estado en contacto, nuestros niños se comprometen gradualmente, acercándose cautelosamente a un mundo en el que han sido completamente extraños desde el comienzo” (Kanner, 1943).

Evidentemente, el concepto del autismo nace en el encuentro con niños gravemente enfermos. Desde el mundo del psicoanálisis, autores como Melanie Klein (1987), Margaret Mahler (1984), entre otros, se habían acercado directamente a la atención de niños graves y hacían sus contribuciones desde el concepto de la psicosis.

Mahler, en la introducción de su artículo de 1965, *Psicosis infantil temprana*:

na: los síndromes simbiótico y autístico, refería: “En mi práctica me vi a menudo frente a casos de niños a los que no era posible encuadrar en ninguna de las categorías nosológicas tradicionales: trastornos de la conducta primarios, trastornos neuróticos, desviaciones psicopáticas del carácter, perturbaciones de los impulsos; como tampoco en la imprecisa categoría de las amencias dependientes de causa orgánica (lesión cerebral)”. “Fue a principios de la década de 1940, cuando el concepto de Kanner de ‘autismo infantil precoz’ hizo que la idea de una perturbación psicótica grave en niños pequeños resultara algo más aceptable para quienes trabajaban en este campo. Pero esa aceptación de un ‘autismo infantil precoz’ tuvo una perdurable consecuencia: cualquier cuadro clínico de psicosis infantil en el que se detectaba algo que se pareciera a mecanismos autísticos y en el que se comprobaba una ruptura psicótica con la realidad en un niño pequeño era automáticamente designado como ‘autismo’” (Mahler, 1984).

Desde el psicoanálisis y desde la psicopatología psiquiátrica clásica, los términos de psicosis probablemente no son equivalentes. ¿Cómo debemos mirar a nuestros pacientes con TEA cuando al acompañarles clínicamente en su desarrollo hemos comprendido que tienen

¹ margarita.alcami@salud.madrid.org

“otra forma de estar en el mundo”, pero que a su modo también lo desean?

La dicotomía déficit o defensa ha confrontado posturas teóricas en años previos. ¿No será la combinación de ambas realidades la que nos puede dar las pistas para hacer congruente nuestra comprensión como clínicos del niño/a con TEA?

Prizant (2018) nos plantea: “En vez de catalogar un comportamiento funcional como un síntoma patológico, vamos a entenderlo como parte de una serie de estrategias de afrontamiento, adaptación, comunicación y relación con un mundo que es percibido como abrumador y aterrador”.

SUBTIPOS DEL AUTISMO EN LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Los cambios en las ideas sobre los trastornos autistas se reflejan en los dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos psiquiátricos y de la conducta, la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (ICD), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el *Manual Diagnóstico y Estadístico* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Hasta 1980, el DSM-III no lo reconoce como categoría específica (TGD). El énfasis se da en los aspectos del desarrollo,

al igual que hará la décima edición de la ICD (1992).

El DSM y el CIE manejan el constructo *Pervasive Developmental Disorders*. Término que en castellano (Trastorno Generalizado del Desarrollo) pudiera entenderse como una afectación global (¿uniforme?) de todas las áreas del desarrollo y perder el matiz de que haya un elemento principal que impacta, repercute en el desarrollo “desviándolo” de lo esperable.

En las últimas revisiones de estas clasificaciones (DSM-5 y CIE-11), el autismo forma parte de los trastornos del neurodesarrollo y el énfasis está en la sintomatología autista.

Los planteamientos en el DSM-5 se mueven en el concepto de Espectro que había estado presente en los planteamientos cognitivistas durante décadas previas. Desaparecen así los subtipos reconocidos previamente y no se miran tan globalmente las interrupciones del desarrollo, sino que el término autismo prepondera en la definición.

La idea de que el autismo es un espectro nos ayuda quizás a ver una gradación de dificultades, pero habría que preguntarse si perdemos las especificidades de algunos cuadros que clínicamente hemos encontrado en nuestros pacientes.

El DSM-5 nos ofrece tipificar subgrupos más homogéneos de individuos mediante el empleo de “especificadores” (descriptores). Se plantean así características como una afectación médica, genética o ambiental conocida; el impacto intelectual y/o del lenguaje, otro trastorno mental o del comportamiento del neurodesarrollo, o catatonía.

Si hay algo que encontramos bajo el término TEA es una gran diversidad clínica. Un espectro de síntomas, dificultades y habilidades, con un núcleo común: “el deseo básico de soledad e invariabilidad”, según palabras de Kanner (1943).

Las conclusiones del estudio de Lorna Wing y Judith Gould (1979) siguen aplicables en la actualidad: “El autismo en sentido estricto es sólo un conjunto de síntomas. Puede asociarse a muy distintos trastornos neurobiológicos y a niveles intelectuales muy variados”.

Aunque se acepta el carácter constitucional de la vulnerabilidad al autismo, solo en el 25% de los autismos se detecta una alteración genética. Existe además un grupo pequeño de estos (4-5%) en los que la alteración genética causa un cuadro complejo en el cual el autismo es un rasgo más. “Constituyen el grupo menos frecuente, pero para hacer una aproximación terapéutica correcta es

importante conocer el resto de rasgos clínicos asociados a cada uno de los síndromes” (Brun-Gasca, 2018). Como plantea esta autora, sorprende la similitud en los síntomas que presentan, señalaría y especialmente, respecto a las concretas autoestimulaciones que comparten, a las características de sus intereses (sensoriales habitualmente) y el estilo de comunicación, así como su comportamiento.

LA EVALUACIÓN, ¿CÓMO?

Eric Schopler (Feinstein, 2016) diferencia que “una cosa era diagnosticar y otra la evaluación”. “Diagnosticar es el proceso de agrupar, mientras que evaluar es el proceso de identificar los estilos particulares de cada niño”.

Sabemos que, en la actualidad, existe sensibilidad respecto a la detección de signos de alarma de autismo. Aunque ello puede estar favoreciendo un uso excesivo del diagnóstico, también nos permite una atención precoz a niños con dificultades en su desarrollo y, especialmente, si la interacción y comunicación se ven comprometidas.

Partimos de la utilización de diagnósticos como un modelo de comunicación entre profesionales y como una luz que nos señala las áreas que hay que abordar terapéuticamente. Es responsabilidad de los profesionales que la sospecha diagnóstica no oculte las características personales y únicas de cada niño y, especialmente, que no sentencie a un desarrollo inamovible, a un destino único y cerrado.

Es cierto que, en los casos muy graves, incluso en las primeras consultas, intuimos la dificultad de salirse del extremo más severo del espectro. Visualizamos factores acompañantes que ensombrecen el pronóstico respecto a la integración social y la capacidad de autonomía. Por otro lado, se ha extendido tanto el uso del diagnóstico de TEA a casos leves que podríamos encontrar niños que pueden equilibrar sus dificultades iniciales y a los que sus patrones de relación no les generarán limitaciones y desadaptaciones en su vida diaria años después. Repercusión ésta que las clasificaciones diagnósticas al uso señalan como uno de los criterios para poder recibir el diagnóstico.

Temple Grandin (1992) describe en sus escritos la sobrestimulación sensorial que ha vivido en su autismo y que determinaba sus conductas y rechazos. Plantea la oportunidad que supone que niños/as con dificultades como las suyas puedan iniciar tratamientos precozmente. “Con frecuencia me pregunto si yo hubiera recibido mayor estimulación táctil de niña, si habría sido menos nerviosa como adulta”. “Al rechazar, puede que no haya recibido la estimulación que se requiere para un desarrollo normal. Posiblemente hay alteraciones del sistema nervioso central que ocurren como resultado de la evitación del niño autista del ‘input’. La posibilidad de daños secundarios al sistema nervioso central puede explicar por qué los niños que entran en programas de tratamiento precoz tienen mejor pronóstico que los que no reciben un tratamiento especial”.

EVOLUCIÓN DEL AUTISMO

Kanner (1943) plantea que “el deseo básico de soledad e invariabilidad ha permanecido esencialmente inmutable, pero ha habido variaciones en el grado de emergencia de la soledad, una aceptación de al menos algunas personas como parte de su ámbito de consideración y un incremento en el número de modelos experimentados, suficiente para refutar la primera impresión de extrema limitación del contenido ideacional del niño”.

Si nos guiamos por los estudios de evolución en relación al funcionamiento cognitivo, la discapacidad intelectual es un hecho frecuente.

Pero hay otras perspectivas. Desde la preocupación por la estructuración psíquica, por el yo del niño y sus relaciones objetales, nuestra evaluación se dirige por un camino diferente. Si la Identidad, como planteaba Erikson (1972), es el sentido de continuidad con uno mismo y en términos de la interacción con otros, cabe preguntarse: ¿Cómo estructura el niño con dificultades autísticas su identidad? ¿Nos adentramos de alguna forma en conceptos psicopatológicos de la psicosis?

En el texto de 1984 “Estudio sobre las psicosis infantiles”, Manzano y Palacio Espasa nos proponen una clasificación

diagnóstica operacional que toma en consideración el carácter evolutivo de los cuadros clínicos. Reconociendo que “ya no se puede hablar de categorías diagnósticas fijas y establecidas de una vez para siempre”, consideran que “una vez iniciada alguna de las líneas evolutivas, ciertas formas evolutivas tienen un potencial de cambio menor que otras”. Nos plantean respecto a la clínica autista la evolución hacia personalidad narcisista, hacia personalidad esquizoide y hacia el déficit.

En las evoluciones deficitarias, las restricciones de las funciones del yo (motricidad, inteligencia, lenguaje...) serán lo determinante, siendo el porvenir adaptativo el propio de la discapacidad. Los únicos rudimentos de identificación son de naturaleza arcaica con la identificación adhesiva que se caracteriza por la tendencia a atribuirse el funcionamiento yoico del otro. No desarrollan una relación específica o diferenciada con una persona. Con los objetos inanimados se limitan a manipulaciones que les permiten obtener un placer sensorial aislado. No pueden vivir más que angustias catastróficas esporádicas cuando fracasa el retraimiento autista.

En las otras dos evoluciones (narcisista, esquizoide) no es lo determinante su discapacidad intelectual, sino el estilo de personalidad. El tipo de investimento está en el origen de estas dos diferentes evoluciones.

En la evolución narcisista desde el autismo, se realiza un investimento de una persona, pasando por una fase “simbiótica”, en términos de Mahler (1980). Posteriormente, progresará en la diferenciación ampliándose la relación a otras personas y a los objetos inanimados, lo que permite a los niños ir saliendo progresivamente de la simbiosis para establecer verdaderas relaciones de objeto. Predominan angustias depresivas ligadas al sentimiento de pérdida del Objeto, que en ocasiones pueden ser catastróficas, pues subyace el sentimiento de destrucción ineludible del Objeto y del Yo y predominan temporalmente las defensas esquizoparanoideas (escisión, proyección, idealización, control omnipotente). Sin embargo, el investimento



Sombreros. Fotografía cedida por Carola Méndez.

continuo de un objeto diferenciado y el consiguiente conflicto pulsional llevan a desplazamientos simbólicos, lo que sienta las bases para el desarrollo del lenguaje y de la inteligencia.

En la evolución hacia la personalidad esquizoide, el niño/a autista no se encariña preferentemente con una persona, sino con un objeto inanimado. Posteriormente, todo parece ocurrir como si entablaran una relación simbiótica con esos objetos inanimados y la relación con las personas es menos significativa. La evolución solo será más favorable si los investimentos se van desplazando progresivamente de los objetos inanimados hacia las personas. Llegan a vivir angustias depresivas ligadas a la vivencia de pérdida del Objeto, pero evolucionan mucho más rápidamente hacia angustias catastróficas, frente a las cuales recurren a la fragmentación defensiva en lugar de a la escisión paranoide. El investimento de un objeto inanimado conduce a un proceso de simbolización que va a dejar su huella en el lenguaje, el pensamiento y la inteligencia. El lenguaje puede ser muy complejo, tanto en vocabulario como en sintaxis, pero muy poco comunicativo. En lo que respecta a la inteligencia, estos niños presentan disarmonías con picos a veces muy destacados. La adquisición progresiva de valor comunicativo del lenguaje va a la par con el establecimiento de un verdadero proceso de simbolización.

¿Cómo añadir más palabras a las explicaciones de estos autores respecto al camino para salir del autismo? ¿Cómo apoyar la idea de la simbiosis con un otro como salida del autismo? ¿Cómo entender el duro proceso de individuación-separación en los niños/as con TEA? ¿Cómo aportar la idea de la simbolización para que un abismo aterrador se transforme en un “espacio transicional” (Winnicott, 1958)?

Son los pacientes los que nos hacen interrogarnos y los que nos dan las respuestas... si sabemos mirar. Mis únicas explicaciones son ellos.

PABLO

Pablo acude desde los 2 años a mi consulta. Son revisiones 3 ó 4 veces al año que me permiten acompañar a él y

a sus padres durante su desarrollo; en situaciones de crisis las citas son más frecuentes. Los tratamientos reales, ese encuentro específico con él, lo hacen profesionales del Centro de Atención Temprana o de su colegio de Educación Especial, cuando a los 5 años pasa a una escolarización específica. Sin lenguaje, su aislamiento, mirada perdida y aspecto deficitario son sus señas de identidad. Busca algún juguete que empleará de forma autoestimuladora durante la consulta; nunca me mira ni hace gesto de saludo, aunque reconoce claramente el despacho donde nos encontramos. Cuando se cansa, abre el bolso de su madre y saca algo que comer. Aunque a momentos se aproxima a ella, nunca la mira, ni le muestra algo, como mucho cogerá su mano para poder abrir su bolso o, incluso, se la pone en su propia cara acariciándose e intensificando una especie de sonrisa que dirige hacia su interior, como su mirada. Parece adaptarse a los cambios de entorno con facilidad. Dejar de ir a su primer colegio no pareció ocasionarle ninguna reacción. Nunca hizo ningún gesto que nos hiciera pensar en la vivencia de una pérdida. Cuando tiene 7 años, sus padres se separan. No hay dudas de que él permanecerá en la casa familiar viviendo con la madre y el padre pasa a un régimen muy parcial de visitas. Su madre es claramente ese entorno que le rodea, indiferenciada, como los objetos que utiliza sensorialmente girándolos. Me pregunto por las vivencias de Pablo respecto a la nueva realidad de la ausencia de su padre, que ha formado parte de su entorno todos estos años. Aparentemente, todo sigue igual. Ha seguido con su estilo de funcionamiento, sus rutinas, su media sonrisa y su mirada dirigida hacia sí mismo. Pero la madre contará un hecho significativo. Tras el baño diario, envuelto en su toalla, Pablo se dirige al pasillo y espera en el umbral de la puerta mirando a un lado y otro del pasillo. La madre describe que durante estos años ese era un momento lúdico entre padre e hijo, era él quien le levantaba en brazos y jugando lo llevaba a su habitación. La madre está algo desconcertada por el hecho de que pasan los meses y sigue buscando al padre desde la puerta del baño. Aparen-

temente, ninguna otra señal de esa pérdida en su día a día: ni en el colegio, ni en el parque, ni en los encuentros y despedidas con el padre.

BELÉN

Tiene 5 años, casi ya los 6. Desde los 2 años, su aislamiento y falta de comunicación no han hecho dudar del diagnóstico de TEA. Es muy inquieta y temperamental. Tanto sus padres como todos los profesionales han trabajado intensamente con ella para que mire, para que haga peticiones, para que se calme. Ya es capaz de utilizar de forma funcional los juguetes y disfruta del juego corporal con sus padres... cuando ella determina que es el momento de realizar ese encuentro. El lenguaje es algo complicado para ella. Mantuvo jerga durante mucho tiempo, ahora sus ecolalias son empleadas con carácter comunicativo. Cuando la escucho me pregunto cómo entiende el lenguaje con el que nos dirigimos a ella. En los últimos meses, la inquietud se ha intensificado, se muestra mucho más oposicionista y rabietas inmanejables surgen más frecuentemente. Su ya mal ritmo de sueño habitual ha empeorado y descansa muy pocas horas. En la consulta me llama la atención su angustia y desbordamiento. Es el papá el que la acompaña en esta ocasión. No es capaz de entretenerse con los juguetes (cosa que hace habitualmente). Enfadada, utiliza numerosas frases ecolálicas en las que subyace el mensaje de que quiere irse a casa. Acaba agrediendo al padre y llora desesperada reclamándole que se ponga de pie y la coja en brazos, en una aproximación evidente a que van a salir del despacho. El padre cuenta que está así en todos los sitios. En el colegio, ha retrocedido en los avances conseguidos y no tolera estar con sus compañeros, teniendo que pasar más tiempo en el aula TEA donde hay más profesionales para atenderla. Planteo iniciar un tratamiento farmacológico ante la visión de esa primitiva angustia que la lleva a un sufrimiento incontenible. Tanto la familia como la escuela se echan las manos a la cabeza por mi temeridad, pero tras semanas de claro empeoramiento aceptan la propuesta.



Es de noche, ya no es hora de estar en el jardín. Fotografía cedida por Carola Méndez.

Estoy especialmente alerta a la angustia que manifiestan mis pacientes; creo que ello es mi responsabilidad en el tipo de consultas de seguimiento psiquiátrico que les ofrezco. Mis pacientes me han mostrado que con frecuencia conseguimos dotar con los tratamientos las primeras herramientas para que puedan comunicarse con el mundo que les rodea y observarlo. A través de la contención de sus figuras de apego y por el encuentro con sus ojos (a los que ya miran), viven el reclamo de abandonar su aislamiento. Lo que les ofrecemos parece hacerse más atractivo (los niños en el parque ya no les disturban y les gusta ver lo que hacen; imitan...) y empiezan a dar los primeros pasos hacia nuestro mundo. Con frecuencia, parecieran vivir un abismo entre ambos mundos descubriendo una inseguridad que tiende a hacerles retroceder en ese mundo interior que lleva el ritmo que ellos determinan. Pero ven que sus padres y personas importantes con las que quieren estar les llaman desde el otro lado. No ven el puente y los “zapatos lingüísticos” que han empe-

zado a usar no les sostienen tanto como nosotros creemos. La medicación puede ser un puente temporal para cruzar ese espacio.

A Belén, dosis muy bajas de medicación le permiten dormir y se muestra más tranquila en todos los espacios, más pendiente de las cosas que ocurren a su alrededor y menos oposicionista. Acepta las propuestas de sus figuras de relación y sienten que disfruta con reciprocidad. Dos meses después en la consulta, y aunque sigue siendo inquieta, se entretiene con juguetes e interactúa espontáneamente con sus padres. Me hace peticiones y me muestra lo que ha pintado. Me quita las gafas y se las pone, devolviéndolas cuando lo solicito. Los padres describen que juega mucho a intercambiarles sus gafas, o se las pone ella, en un juego tranquilo con mucho cruce de miradas. Son muy cuidadosos utilizando refuerzos visuales para explicarle situaciones nuevas, pues se sigue desbordando si no le anticipan los cambios. Están preparando el viaje del verano; visitarán a familiares que hace dos años que no ven. El no rotundo inicial y su lloro al hablarle del viaje (“no, avión no”) va cambiando. Le muestran fotos de ella en el lugar y familiares con quienes se encontrarán. Ahora les reclama que le muestren las fotos cuando escucha hablar del viaje. Piden que no retiremos la medicación aún y yo, que comprendan la fragilidad de su lenguaje. Conozco ese efecto “colateral” de la medicación en el entorno del niño/a: la “brusca tranquilización” desdibuja todo lo que se había conseguido previamente con el caminar cuidadoso en la interacción/reciprocidad de padres, familia, terapeutas, escuela. Existe el riesgo de “admirar” el tratamiento farmacológico, considerándolo la solución omnipotente. Los medicamentos deben ser prescritos con el reconocimiento del apoyo que pueden ofrecer en ciertos momentos y con la certeza de que son necesarios de forma temporal, como “bastones” de sostén hasta que ciertos cimientos estructurales yóicos han sido suficientemente desarrollados. En ese otro momento acompañaremos a Belén y sus padres a retirar la medicación y a confiar en esas nuevas herramientas que

ella ya tiene para afrontar la angustia. Los medicamentos nunca serán el pilar del tratamiento y nunca sustituirán a la interacción... y que esa creencia esté presente en nuestro paciente y su familia es responsabilidad de los profesionales que hacemos la prescripción farmacológica.

RAÚL

Tiene ya 8 años y es un niño muy activo. Se entretiene en los juegos de una forma que fascina a sus padres: ¡le ven tan contento! Ellos interpretan creatividad donde yo solo veo aislamiento. Su mundo imaginativo es la reproducción de historias que copia de dibujos animados y videojuegos. Su vocabulario es aparentemente rico, pero plagado de palabras inventadas que parece que disfruta escuchar. Verborreico, incoherente habitualmente, hay que redirigirle de continuo para que acepte contestar alguna de nuestras preguntas. Puede hablar de Mario Bros y Luigi como si fueran compañeros de clase. Por temporadas, se hace llamar con el nombre del superhéroe que absorbe su interés. Se niega a llamar a su profesora por su nombre y utiliza el que él decide. Durante el período de confinamiento, sus padres teletrabajan a un ritmo que favorece que Raúl pase también todas esas mismas horas con pantallas. Aunque no acepta hacer las tareas escolares y es incapaz de tolerar los encuentros online que el colegio ha organizado, los padres están tranquilos por lo bien que ha aceptado que no se puede ir al colegio porque en la calle está el coronavirus.

ENTRADAS EN EL AUTISMO / SALIDAS DEL AUTISMO

Los pacientes han quedado enmarcados en el concepto de espectro, pero más que una gradación de autismos parecieran existir diferentes autismos. Los autores que han descrito diferentes formas de entrada en el autismo (Tustin, 1972; Mahler, 1975; Winnicott, 1958; Peral, 1990) parecen respaldarnos en esta idea.

Tenemos la certeza de la vulnerabilidad constitucional en el niño/a que desarrolla autismo. También conocemos el valor del entorno en aquellos que nacen “sin la capacidad innata para la relación”

y la necesidad de la interacción para el neurodesarrollo.

Cabe preguntarse si un entorno vacío de interacción puede favorecer un desarrollo autista en niños con capacidad innata "débil" para la relación.

Sorprenden los resultados encontrados en el seguimiento de la cohorte de adoptados rumanos estudiados inicialmente por Rutter (2001). En ellos se constata que los rasgos autistas que inicialmente se consideró una variante con mejor pronóstico (pues mejoraban claramente a los dos años) persisten como dificultades en adultos jóvenes tanto por los patrones de comunicación como por los comportamientos obsesivos (Sonuga-Barke, 2017). Este tema sobrepasa el objetivo del actual trabajo, señalamos solo algunos de sus resultados para estimular a su lectura. "La exposición limitada en el tiempo a privación institucional durante la primera infancia puede tener un profundo y duradero impacto psicológico a pesar del enriquecimiento ambiental posterior en familias adoptivas". "Los tres dominios (TEA, apego desinhibido e inatención/hiperactividad) seguían una trayectoria similar y persistente y pareciera constituir un núcleo clínico específico de privación; de comienzo precoz y persistente".

Respecto a la salida del autismo, cabría preguntarse si las diferentes posibilidades evolutivas señaladas (deficitaria, personalidad narcisista y personalidad esquizoide) son accesibles a todos los niños/as con TEA o si realmente responden a unas características innatas del niño/a y por lo tanto a subtipos del autismo.

A pesar de las limitaciones innatas, creemos en los tratamientos (al decir de Winnicott, "suficientemente buenos") que se adaptan a la lectura correcta respecto a las necesidades en evolución de cada niño/a.

En la clínica, vemos cómo la tendencia innata al aislamiento de muchos niños autistas interrumpe el fluir interactivo de sus padres. A los padres hay que ayudarles a que recuperen su riqueza relacional, pues ellos también pueden quedar paralizados frente al abismo entre dos mundos creado por sus hijos. Desde que en las últimas décadas el co-

nocimiento del autismo se ha incrementado, las líneas de tratamiento también se han enriquecido. No debemos olvidar propiciar en los padres los aspectos afectivos y el disfrute en la interacción con sus hijos, aunque seamos directivos, por ejemplo respecto al manejo de los síntomas precoces de alarma, que suelen ser maniobras útiles para favorecer la diferenciación.

"Estamos convencidos de que las personas con trastorno autista tienen un lugar en la comunidad social. Como niños tuvieron las mayores dificultades y causaron preocupaciones a sus cuidadores. Posibilidades de integración que uno no hubiera soñado pueden ocurrir en el curso del desarrollo" (Asperger, 1944). En su texto, Asperger trasluce su fascinación en las habilidades especiales de sus pacientes y, de alguna forma, parece asentar en ellas su capacidad para integrarse en el futuro. Nosotros apeláramos a la capacidad para adquirir una estructura yoica con una buena diferenciación y acceso a la simbolización. Para ello es imprescindible el encuentro con el cuidador. ●

BIBLIOGRAFÍA

Asperger, H. (1991). Autistic Psychopathy in childhood 1944. En U. Frith, *Autism and Asperger Syndrome* (37-92). Cambridge: Cambridge University Press.

Brun, J. M., Cid, D., Fieschi, E., Jiménez, C., Larbán, J., Palacio-Espasa, F., Ponce de León, E., Ruiz, I., et al. (2019). ¿Qué define estructuralmente el autismo en un máximo de doscientas palabras?. *Revista eipea*, 6, 30-33. (Recuperado en: www.eipea.com)

Brun-Gasca, C. (2018). La variabilidad en la expresión del autismo en diferentes síndromes genéticos que cursan con rasgos autísticos. *Revista eipea*, 5, 28-35. (Recuperado en: www.eipea.com)

Erikson, E. H. (1972). *Sociedad y adolescencia*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Feinstein, A. (2016). *Historia del Autismo. Conversaciones con los pioneros*. Ávila: Ed. Autismo Ávila.

Gergely, G. (2001). The obscure object of desire: "Nearly, but clearly not, like me": Contingency preference in normal children versus children with autism. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 411-26.

Grandin, T. (1992). Calming Effects of Deep Touch Pressure in Patients with Autistic Disorder, College Students, and Animals. *J Child Adolescent Psychopharmacology*, 2 (1), 63-72.

Kanner, L. (1943). Trastornos autistas del contacto afectivo. *Nervous Child*, 2, 217-250.

Klein, M. (1987). *El psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Mahler, M. (1965). Psicosis infantil temprana: los síndromes simbiótico y autístico. En M. Mahler, *Estudios 1. Psicosis infantiles y otros trabajos*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Ed. Marymar.

Mahler, M. (1980). *Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación*. (2a ed). México D.F: Ed. Joaquín Mortiz.

Manzano, J. y Palacio-Espasa, F. (1984). *Estudio sobre las psicosis infantiles*. Madrid: Ed. Científico médica.

Manzano, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141.

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatología y salud mental*, 13, 21-30.

Muratori, F. y Calderoni, S. (2019). Actualizaciones sobre el autismo. *Revista eipea*, 7, 8-15. (Recuperado en: www.eipea.com)

Peral, M. y Gijón, P. (1990). Trastornos del vínculo. En A. I. Romero Hidalgo y A.

Fernandez Liria, *Formación Continuada en Atención Primaria. Salud Mental II*. Madrid: Bristol-Myers SAE, 109-19.

Schore, A. N. (2001). The Effects of Early Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation & Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

Prizant, B. y Fields-Meyer, T. (2018). *Seres humanos únicos. Una manera diferente de ver el autismo*. Buenos Aires: Ed. Fundación Garrahan.

Rutter, M., Kreppner, J. y O'Connor T. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *British J Psychiatry*, 179, 97-103.

Sonuga-Barke, E. J., Kennedy, M., Kumsta, R., Knights, N., Golm, D., Rutter, M., Maughan, B., Schlotz, W. y Kreppner, J. (2017). Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees. *The Lancet*, 389. ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30045-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30045-4))

Tustin, F. (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *J Autism and Developmental Disorders*, 9 (1).

Winnicott, D. W. (1958). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

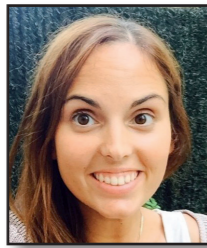
La comunicación del diagnóstico y el acompañamiento terapéutico en el Trastorno del Espectro Autista: un proceso dinámico

– A. Luna Gómez Ceballos¹ –

Psicóloga clínica. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Área de Gestión Sanitaria Sur. Hospital de Valme. (Sevilla)

– M^a Dolores Gómez García² –

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Área de Gestión Sanitaria Sud. Hospital de Valme. (Sevilla)



Parafraseando el editorial del primer número de esta revista de un enfoque tan especial, a la que agradecemos y en la que nos ilusiona poder participar, nos declaramos a favor de la personalización de los tratamientos, de la escucha y mirada atentas, disponibles y permanentes, como instrumento insustituible de la comprensión de los funcionamientos mentales (Brun et al., 2016).

Desde este sentir compartido, entre nosotras, gestamos y vamos construyendo con aciertos y errores, tan necesarios también, otra manera posible de acercarnos, escuchar, aprender y tratar de ayudar a las familias con hijos con dificultades en el desarrollo.

Así surge el grupo de observación padres-hijos y todo el esquema referencial de trabajo que articulamos con él, en lo concerniente a la acogida, primeras entrevistas de vinculación, evaluación, devolución diagnóstica y nuestra propuesta de acompañamiento terapéutico.

Entendemos este proceso como una dinámica en constante alternancia, que permite, mediante el cuidado y la com-

prensión de los vínculos, una evaluación constante, una comunicación cercana y la co-construcción con los padres y el niño del trabajo diagnóstico y terapéutico.

Nos propusimos crear un escenario de observación compartida en el que participaran padres, niños y profesionales, desde los primeros momentos de la atención. Priorizando el protagonismo necesario de los padres en todo el proceso, acompañándolos en la comprensión de las dificultades que sus hijos presentan, fortaleciendo los aspectos vinculares y afectivos en la relación con ellos. Conformando al mismo tiempo un espacio de supervisión y reflexión para los profesionales, ante esta compleja tarea diagnóstica y terapéutica (Gómez y Gómez, 2020).

Como dice Eulàlia Torras (2016), se aprende a ayudar al niño y, añadimos nosotras, también a sus padres, ayudándolos y compartiendo esa tarea con las demás personas que también les ayudan. Este trabajo es, por tanto, una contribución a compartir lo que vamos aprendiendo.

LA OBSERVACIÓN Y EL MARCO GRUPAL

Nos ayuda a situarnos la aportación de Lúcia Viloca (2003) al definir el autismo como un trastorno de la intercomunica-

ción y de la interrelación que se organiza en los primeros treinta meses de la vida y que da lugar a una detención y/o deterioro del desarrollo emocional y cognitivo. Sin olvidar los estudios en relación a la posible detección de síntomas de alarma desde los 2-3 meses de vida, con la consecuente relevancia de estas cuestiones para los acercamientos terapéutico-preventivos (Negri, 2018). El porqué de esta propuesta de trabajo tiene mucho que ver con cuán importante consideramos estas premisas y con el sentir y el malestar compartido sobre qué lugar estábamos asumiendo en relación a estos niños y sus familias con un proceder cada vez más burocratizado y estereotipado.

La propuesta grupal que hemos diseñado permite tanto la observación diagnóstica de juego como un espacio de encuentro para los padres, favoreciendo una acogida inicial diferente y otro modo posible de trabajar en los primeros momentos. Considerando así aspectos citados por múltiples autores sobre el efecto positivo de estas experiencias, tanto para el desarrollo posterior de los niños como para reducir los niveles de estrés parental y devolverles el protagonismo necesario en sus funciones paternas (Brun, 2013). Construimos, de este modo, un entorno grupal padres-hijos-profesionales para una observación y vivencia compartida de los vínculos. Tal como dice Anne Alvarez (2020), los niños con TEA son niños "sin casa" y requieren de una intervención desde los fundamentos para ir construyendo su estructura mental. Nuestra idea del grupo surge como un espacio de encuentro y acogida, como los cimientos de una casa-estructura mental para que el equipo de profesionales pueda ayu-

darles y pensar acompañados. El enclave grupal favorece, de un modo especial, la conexión con los padres, el niño y el sufrimiento de todas las partes, así como la comprensión de su mundo externo e interno y genera condiciones incipientes, aunque prematuras, del deseo de relación con el otro. Destacamos la utilidad del grupo como herramienta diagnóstica, al posibilitar la observación in situ de situaciones más difícilmente apreciables en el escenario de la consulta y que, a veces, tampoco los padres han podido apreciar en su día a día por múltiples razones.

LA COMUNICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los Trastornos del Espectro Autista es predominantemente clínico, teniendo la valoración siempre un carácter evolutivo y sostenido en el tiempo. Este proceso de evaluación coordinado por los profesionales de Salud Mental suele implicar, eventualmente, a otras especialidades médicas, así como a otras instituciones sociosanitarias involucradas en la atención.

El diagnóstico y la comunicación diferenciada

En nuestra experiencia, el proceso de diagnóstico diferencial de los niños con dificultades en el desarrollo se convierte en una tarea compleja, por la plasticidad y variabilidad de la clínica presentada a edades tan tempranas.

En este proceso de diagnóstico, los padres recorren un difícil y doloroso camino que se inicia con la sospecha de que algo no marcha bien con su hijo, teniéndose que enfrentar a un posible diagnóstico de gravedad en relación al pronóstico, siendo atendidos, además, por diferentes profesionales no siempre coordinados, en una asistencia burocratizada y fragmentada.

Nuestra tarea en este proceso es la de ser capaces de acompañarles y aliviar su sufrimiento, con respuestas empáticas a sus preguntas, siendo importante no dar falsas esperanzas, informar en profundidad sobre las características del trastorno, además de ayudarles a abrirse a un camino por el que poder avanzar, que se acompañe de una moderada con-

fianza que permita renovar y mantener las energías necesarias (Cherro y Trenchi, 2007).

Hacemos alusión, también, a la idea de una comunicación diferenciada no sólo porque ha de concebirse como personalizada a cada familia, sino porque supone para el profesional una doble tarea, clínica y vincular. Una comunicación congruente con las realidades pronósticas, pero sensible y ajustada a los ritmos y momentos de cada familia. Cuidando el establecimiento de la relación terapéutica y, al mismo tiempo, favoreciendo la esperanza, sin olvidar que siguen siendo una familia con niños en edades tempranas y por tanto en desarrollo.

La co-construcción del diagnóstico

El grupo de observación diagnóstica conecta de algún modo con las propias dificultades de la comunicación del diagnóstico. Se trata de un grupo difícil, pues se encuentra en constante duelo. El duelo de los padres por las dificultades de sus hijos, el duelo por el proceso diagnóstico, el duelo por la incertidumbre de la evolución y el pronóstico, siendo un grupo que se constituye y se cierra en tres sesiones. Pero supone también un espacio esperanzador donde favorecer una vinculación más positiva al dispositivo terapéutico y una comprensión-vinculación más afectivizada y genuina del niño y su

familia para el equipo. Permite ver cambios pequeños, pero muy importantes en muy poco tiempo, teniendo una visión más clara y justa de la familia y el niño de cara a la preparación de la devolución diagnóstica y a abordajes posteriores (Gómez y Gómez, 2020).

Consideramos el escenario grupal como medio de preparación para la co-construcción del diagnóstico con los padres. De modo que la experiencia compartida permita que ellos se sientan agentes activos y comprensivos de la complejidad clínica y vincular y puedan sentirse partícipes e identificados con las observaciones y representaciones que de sus hijos nos hacemos.

Las entrevistas de devolución

Las entrevistas de devolución suponen uno de los momentos más complejos y duros para las familias y es muy importante extremar su cuidado y atención. Parte de este cuidado, consideramos, pasa por su preparación en el seno compartido del equipo terapéutico.

Las devoluciones se reflexionan, preparan y se llevan a cabo de manera individualizada y en formato individual con cada una de las familias, en entrevistas concertadas con ellas con este objetivo. Es decir, que el cierre grupal no conlleva una devolución diagnóstica en sí misma, aunque sí favorecemos que se pueda



En este proceso dinámico, el lugar del terapeuta como observador participante es el modo de estar más respetuoso con los padres ayudando a pensar y validando siempre su hacer y saber parental.

¹ lunagomezceballos@hotmail.com

² doloresgomgar@gmail.com



Nuestra idea del grupo surge como un espacio de encuentro y acogida, como los cimientos de una casa-estructura mental para que el equipo de profesionales pueda ayudarles y pensar acompañados.

compartir entre los padres y con el equipo coordinador del grupo una devolución de la experiencia compartida.

Coincidimos con Juan Larbán (2018) en que es fundamental sostener los espacios post-grupales de supervisión personal, grupal e institucional, en los que los cuidadores profesionales puedan vivir la experiencia de sentirse cuidados y acompañados, para así poder cuidar y acompañar a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido, las dificultades para mantener estos espacios dentro de la institución no sólo tienen que ver con las limitaciones con las que se trabaja, sino también con la angustia que pueden despertar en los profesionales, lo que puede llevar en no pocas ocasiones a minimizar su importancia. En nuestra experiencia, se convierte en una constante en la planificación que sea complejo preservar el espacio para pensar el cierre y elaboración de cada grupo, siendo objeto de nuestro trabajo esas resistencias en la medida en que constituyen un obstáculo a la labor terapéutica.

Una vez concluida la primera fase de evaluación, tendemos a facilitar la entrega de un informe clínico escrito. La lectura compartida del informe con los padres es un momento importante y delicado del proceso de comunicación diagnóstica, en el que se reactualizan ansiedades y temores de los padres vividos en el grupo de observación. También para los profesionales esta tarea del proceso

diagnóstico puede ser vivida con temor, por la responsabilidad legal y ética que supone (Ortiz y Terán, 2019).

En las entrevistas de devolución, nos interesamos inicialmente por cómo se han sentido en el grupo, recordando los objetivos del mismo, así como el motivo de derivación a nuestra unidad, permitiendo así que afloren vivencias compartidas que puedan facilitar la asimilación de la devolución de las observaciones clínicas. Informamos de que las alteraciones del desarrollo son variadas, especialmente en los casos menos graves o en edades más precoces y que pueden existir distintos cursos y pronósticos. Nombramos las dificultades observadas en el niño, el grado de afectación o gravedad y la necesidad de ayuda y tratamiento. También destacamos los aspectos más sanos, potencialidades y cuestiones más genuinas del niño y su familia. Con ello nos referimos a que no olvidamos que siguen siendo niños en cuanto a ritmos, necesidades y particularidades propias. En padres muy defendidos, angustiados o tendentes a la negación, una devolución demasiado brusca o precoz podría llevar a un abandono del tratamiento, es por ello por lo que es importante ir valorando y ajustándose a las necesidades de cada familia. Tratamos de plantear así una hipótesis diagnóstica co-construida en la medida en la que ellos han sido una parte activa en el proceso diagnóstico y en relación a una historia familiar compartida.

EL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Una vez concluidas las entrevistas diagnósticas, los padres deben saber que se les ofrecerá la posibilidad de realizar un acompañamiento terapéutico, es decir, un seguimiento del niño y la familia a lo largo del tiempo, para ver su evolución y para poder ofrecerles los apoyos que irán requiriendo en cada etapa.

Conservamos el esquema referencial de la observación diagnóstica grupal sostenido en el tiempo, pues consideramos que ello permite una continuidad técnica y vincular que irá conformando el espacio del acompañamiento terapéutico. Se constituye así un proceso dinámico de los tres momentos descritos (observación, comunicación y acompañamiento) mantenido a través de las entrevistas de seguimiento con los padres y el niño.

Estas consultas de acompañamiento son llevadas a cabo por el referente clínico del caso en un formato conjunto familiar, donde se contemplan las entrevistas programadas con los padres y los espacios individuales con el niño. Tendrán un encuadre flexible y una frecuencia variable en función del momento y las necesidades del caso. Suele iniciarse con una frecuencia mensual y se pueden espaciar en periodos de estabilidad de la situación clínica y familiar, con la premisa siempre explicitada a los padres de accesibilidad al dispositivo si lo necesitan entre las citas programadas. Esta frecuencia se ve influida, así mismo, por la participación de las familias y sus hijos en otras actividades terapéuticas complementarias en nuestro propio dispositivo o bien externas al mismo (centros de atención temprana, gabinetes privados).

De algún modo, nos sentimos identificadas con el significado y las cuestiones descritas por diferentes autores en relación al acompañamiento terapéutico desde el marco teórico de enfoque psicoanalítico (Rosique et al., 2014), sin olvidar que nos ubicamos en un contexto institucional diferente y atendemos a familias. Vemos extrapolables estas premisas a nuestra labor diaria con los niños y los padres con alteraciones en el desarrollo en la medida en que pretendemos ser una presencia mantenida en el espacio de la consulta-grupo, con una

temporalidad longitudinal y con una actitud mental de escucha, respeto, empatía y autenticidad. Siguiendo a Winnicott (Rosique et al., 2014), invitamos a un espacio donde la familia tenga la posibilidad de elegir, de planificar, de proponer, de decidir qué hacer con los momentos de crisis, de dificultad, pero también de crecimiento, esperanza y logro.

Entre los objetivos de este espacio de acompañamiento, estaría, por tanto, dar continuidad a la observación y ofertar a las familias un espacio de apoyo donde expresar sus dudas, angustias y ambivalencias, ofreciéndoles sostén y orientación en el manejo de los problemas conductuales y afectivos.

Debemos ayudar a los padres a tomar conciencia de que tienen un papel central en la intervención y que pueden ayudar a mejorar la evolución de sus hijos, desde su lugar de padres. En palabras de Beatriz Janin (2019): “los niños podrán llegar a tener muchos terapeutas, pero solo podrán tenerles a ustedes como padres”.

En el espacio de la consulta de seguimiento y acompañamiento con los padres y el niño se recrea la situación de juego compartido y observado de los orígenes grupales. Se trata de re-editar en estas consultas el estar jugando y observando, al mismo tiempo que estamos pudiendo pensar sobre las cuestiones que les son más apremiantes. Este formato lo empleamos sobre todo cuando trabajamos con familias con niños aún muy pequeños o pre-lingüísticos.

Guiará nuestra intervención el poder abordar y evitar la dinámica relacional entre el niño y los padres descrita por Lúcia Viloca (2003) como el círculo vicioso de funcionamiento autista en el que “el niño no habla y ellos tampoco le hablan, porque creen que no se entera; como el niño no hace nada, ellos lo hacen todo y la indiferenciación entre el niño y la familia se va acentuando progresivamente”.

Nos apoyamos en las ideas de Filippo Murtori (2008), cuando describe que el autismo podría entenderse como una problemática de la intersubjetividad que se instala modificando las relaciones entre los padres y su hijo, disminuyendo las emisiones más favorecedoras del vínculo

y tendiendo a un funcionamiento que no sólo se instala en los pequeños, sino que tendría una importante influencia en el desarrollo parental. Estas cuestiones nos animan y apremian a aprovechar su cuidado desde los primeros encuentros y se convierte en un objetivo habitual de trabajo durante las sesiones de acompañamiento terapéutico. Es muy facilitador en estas entrevistas el poder haber verbalizado, actuado y funcionado bajo estas claves en el grupo, como un observador participante que pueda modelar, pero también servir de agente a imitar.

Nuestra función en el grupo, y también en la consulta, es la de observadores participantes, de manera que podemos compartir situaciones, que de otro modo quizás no nos podrían contar. Mantendremos una actitud de un respeto profundo hacia los padres, la cual se traduce en un ponerse al lado y no avanzar por delante de ellos, regulando el ritmo de nuestras intervenciones en función de sus respuestas. Se trataría entonces de un trabajo conjunto de equipo: padres y terapeuta. En este trabajo conjunto con los padres, siguiendo a Anne Alvarez (2020), nos centramos en el presente con una cuidadosa atención a la calidad de la relación en el aquí y ahora, intentando ser suavemente activos con el niño, tratando de encontrar la distancia óptima psicológica y física.

En las consultas de acompañamiento terapéutico, tratamos de que sea así desde el encuentro inicial con el niño y los padres en la sala de espera y mientras los acompañamos hasta la consulta. Ponemos interés en el niño, dirigiéndonos a él adecuando el tono y el ritmo de nuestras palabras. Acercarnos a él con lo que nos vaya mostrando por aparentemente estereotipado o inflexible que pueda parecer, acompañando a los padres, sin quedar atrapados en la adaptación a las rutinas autistas (Alvarez, 2020).

Los hermanos del niño con TEA se hacen presentes en las consultas de acompañamiento a través de las preocupaciones expresadas por los padres: el miedo a tener otro hijo con similares características, cómo les afectará el tener un hermano con dificultades y la culpa-

bilidad por lo que tiene que vivenciar el hijo sano. Suelen consultar en relación a los hermanos con demandas sobre cómo explicarles lo que sucede, las vicisitudes de la logística familiar para integrar los espacios terapéuticos en la cotidianidad familiar. Es habitual la confusión y miedos entre lo evolutivamente esperable y lo patológico, permitiendo que estas nuevas situaciones vinculares puedan ser oportunidades de trabajo terapéutico de duelos previos de un importante potencial preventivo.

Durante este tiempo de la pandemia de la COVID-19, con el confinamiento inicial y las medidas sanitarias posteriores, se han producido cambios en la atención y el acompañamiento terapéutico a las familias y niños, con necesarias adaptaciones de la técnica. Esto ha supuesto un reto para los profesionales y también para los padres y los niños. En general, en nuestra experiencia, la respuesta de las familias ha sido positiva, recibiendo las consultas telefónicas con agrado y empatía, percibíamos que los lazos terapéuticos que se habían ido construyendo en la presencialidad facilitaban el encuentro. Los padres nos transmitían su experiencia y las de sus hijos, que eran diversas: desde niños en los que el confinamiento conectaba con su tendencia al aislamiento, a otros a los que la pérdida de sus rutinas habituales en el contexto escolar y terapéutico los desorganizaba, apareciendo desajustes conductuales, irritabilidad o problemas de sueño. El acompañamiento terapéutico a los padres en estos momentos se centraba en ayudarles a pensar y comprender lo que la nueva y difícil situación estaba pudiendo significar para ellos, co-construyendo posibles formas para contenerles y ayudarles a adaptarse. Además, los padres nos transmitían cómo el confinamiento fue también una oportunidad de poder estar tiempo con sus hijos, descubrir sus capacidades y reparar vínculos.

En este proceso de adaptación a las consecuencias de la pandemia y a las situaciones clínicas de las que tratamos en este artículo, no podemos olvidar que partimos de un duelo, de la aceptación de que algo ha cambiado. En este sentido, nuestro trabajo tendrá que seguir

dirigiéndose a elaborar el dolor de la pérdida, ayudando a los padres y a los niños a poner palabras a esta experiencia y, a partir de ahí, seguir buscando nuevas formas de contacto y de vínculo (González et al., 2020).

PARA CONCLUIR

El modo de hacer que hemos compartido en este trabajo ha supuesto la posibilidad de crear un espacio de trabajo y de pensamiento en equilibrio con las limitaciones institucionales para así ofrecer a los niños con dificultades en el desarrollo y a sus padres un espacio terapéutico desde los primeros momentos de su atención. De este modo, lo que empezó siendo una apuesta grupal con una finalidad de observación diagnóstica, se ha convertido en una filosofía de trabajo, en constante proceso dinámico que transita en tres momentos, diferenciados pero interdependientes: la observación, el diagnóstico y el acompañamiento terapéutico.

En este proceso dinámico, el lugar del terapeuta como observador participante es el modo de estar más respetuoso con los padres ayudando a pensar y validando siempre su hacer y saber parental.

La postura clínica y diagnóstica activa permanece más allá de las primeras entrevistas vinculadas o de evaluación, siendo inherente al quehacer clínico y terapéutico, para poder avanzar en los objetivos de trabajo con la idea de la co-construcción con los niños y los padres, de manera que el saber y comprender sea siempre una tarea compartida.

El acompañamiento terapéutico es la propuesta de seguimiento que hacemos a estas familias, planteada con unos objetivos poco ambiciosos, pues no podemos ofrecer un espacio de tratamiento psicoterapéutico al uso, dadas

nuestras características como dispositivo y limitaciones de nuestros recursos. Con los años, hemos podido ir poniendo en valor este proceder terapéutico que permite, de algún modo, convertirnos para las familias en figuras que se mantienen, acompañan y son testigos longitudinales de las diferentes etapas que van viviendo. Desde el acuerdo de la accesibilidad, el acompañamiento se hace más presente o intensivo cuando así lo requieren las familias y podemos ayudar y se adapta, incluso, en situaciones de importante dificultad técnica y vital como está suponiendo el actual momento pandémico. ●

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, A. (2020). A propósito del elemento de déficit en niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores del desarrollo. *Revista eipea*, 9, 8-19. (www.eipea.com)

Brun, J. M. (2013). Comprensión del entorno familiar de los niños con autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 22, 43-50.

Brun, J. M.; Olives, S. y Aixandri, N. (2016). Editorial. *Revista eipea*, 1, 3. (www.eipea.com)

Cherro, M. A. y Trenchi, N. (2007). El apego y la familia de los niños con trastornos del espectro autista (TEA). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 9, 33-41.

Gómez, A. L. y Gómez, M. D. (2020). Trastornos del espectro autista: otra forma posible. La identidad como padres de niños y niñas con TEA. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 68, 7-26.

González, S.; Farrés, N.; Calvo, A.; Monreal, N.; Mestres, M. y Sánchez, E. (2020). Retos y reflexiones acerca del alumnado con Trastorno del Espectro Autista (TEA) durante el contexto de pandemia. *Ámbitos de psicopedagogía y orientación*, 53, 62-74.

Janin, B. (7 y 8 de febrero de 2019). *Pensando el autismo* [Ponencia]. 5º Foro Infancia & Adolescencia, H.U. Virgen de la Victoria, Málaga.

Larbán, J. (2018). Saludo. *Revista eipea*, 5, 6-7. (www.eipea.com)

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (Parte I). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 12, 39-50.

Negri, R. (2018). El significado de los síntomas de alarma en el bebé. *Revista eipea*, 5, 8-16. (www.eipea.com)

Ortiz, P. y Terán, S. (2019). La entrevista de devolución en psiquiatría infantil. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 34, 29-37.

Rosique, M. T.; González de Vega, C. y Sanz, T. (2014). Acompañamiento terapéutico: práctica y clínica en un hospital psiquiátrico. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (123), 583-587.

Torras, E. (2016). Saludo. *Revista eipea*, 1, 4. (www.eipea.com)

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



Abriendo brechas... una experiencia de a dos

– Silvina Mosquera Genlot –

Fonoaudióloga. Logopeda.
Psicoanalista. Psicoterapeuta FEAP.
(Barcelona)

Es mucho lo que se ha escrito sobre autismo desde que Kanner hizo su primera aproximación. El importante auge que ha tenido este tema en los últimos años da testimonio de cómo el autismo viene trascendiendo en la cultura, en los medios y en un sinfín de espacios en internet, haciendo de esta entidad clínica un azul familiar, reconocible, diagnosticado por doquier y a edades muy tempranas.

Podemos pensar este hecho como un heredero de los cambios de criterios de reconocimiento del autismo que en la década de los 80 dio su giro invirtiendo el orden diagnóstico. Ya no se trataba de una evidencia neurológica. Desde entonces, cualquier niño que manifiesta alguna conducta extraña de la que pueda suponerse una disfunción podría ser sospechoso de padecer autismo. No me extenderé en este tema, pero sí me atrevo a afirmar que la nosología no ha recibido en algunos casos la interpretación acertada, generando diagnósticos equivocados.

Son varias las lecturas que preceden a estas palabras de hoy, algunas más que otras han sido determinantes a la hora de elaborar este trabajo donde intentaré transmitir mi experiencia con algunos jóvenes diagnosticados de Síndrome de Asperger, a quienes tuve y tengo la oportunidad de acompañar desde sus infancias, adolescencias a algunos, a su edad adulta.

El abordaje psicoanalítico del autismo nos coloca en una clínica en la que el terapeuta debe estar atento a los múltiples rasgos que el espectro sugiere y debe generar la búsqueda de un método de acercamiento que permita la relación con el otro, con el entorno, con la mirada y la voz.

Los primeros encuentros con los niños y niñas autistas siempre están orientados a franquear un muro invisible, el “caparazón autista”, coraza que expresa un funcionamiento subjetivo singular.

Eric Laurent define el encapsulamiento autista como una burbuja de protección cerrada de un sujeto carente de envoltura corporal. Un ser que no reacciona ante la imagen de su cuerpo estableciendo, en lugar del espejo que no funciona, una neo barrera corporal en la que está encerrado. Este muro sólido le permite defenderse de otro que se le presenta intrusivo.

En ese lugar, ubicado en ese neo borde, está el sujeto autista. El analista debe plantear un trabajo en el que su inventiva permita un deslizamiento, un movimiento particular que dé lugar a algún intercambio.

Pol tenía cinco años cuando fue traído a mi consulta. Nuestros primeros encuentros se basaron en correteos en la sala de psicomotricidad de mi centro, él se desplazaba y yo lo imitaba. En varias sesiones, repetimos la misma actividad. Cada vez que yo intentaba cambiar este estilo de funcionamiento, Pol respondía con gritos desesperados. Entender los equívocos de la lengua era tormentoso, todo aquello significable con palabras era una imposibilidad de comunicación entre nosotros. Poco a poco, iniciamos un intercambio de objetos que acompañé con canciones de falda, usé las onomatopéyas de animales para anticipar y realizar acciones sobre su cuerpo. De a poco, fue aceptando el acercamiento y yo ya no era ese otro tan amenazante para él.

Fuimos construyendo un espacio juntos, el juego y la emergencia de algunos significantes empezaron a formar parte de un tiempo que, sin saberlo, duraría años. En esta entrega de ambos, aquellos animales que traía aferrados a las manos, sus objetos preferidos, tuvieron un protagonismo especial. Después de varias sesiones pude comprender que los cetáceos eran sus predilectos.

No fue necesario despojar a Pol de sus objetos, utilizarlos sirvió para vincularme. A modo de partenaire, me hice eco de muchas historias de delfines y ballenas, de sus hábitats y otros miles de temas en torno a ellos.

Los cetáceos que traía Pol pegados al cuerpo fueron motivo de debate y lucha con la escuela, él necesitaba algún animal al que engancharse y, como él explica actualmente, “sentirse más tranquilo”.

En palabras de Viloca (2003), “las sensaciones duras provocadas por estos objetos son más importantes que las funciones que normalmente cumplen los mismos”. No es el objeto winnicottiano, sino que son aquellos que permiten experimentar la auto-sensorialidad y a desconectar del entorno. Pero también, y en las palabras de Laurent, es “el objeto que está vivo fuera del cuerpo, ese sin equívoco” que crea una defensa que produce impresiones corporales creando una envoltura protectora que les vuelve insensibles al dolor y cuya función es salvaguardarles de un ataque, de la aniquilación total, de un miedo que se instaura en edades muy tempranas, porque no pueden dominar esa angustia irracional que genera el encuentro con el otro.

No sin dificultad, fui consiguiendo que Pol pasara sus horas escolarizado junto a objetos con los que se sentía protegido del mundo. Así, aferrado de forma electiva con un modo particular de relacionarse con ellos, era capaz de sostenerse en un mundo que le era incomprensible.

La vida de los cetáceos fue uno de los temas que centró nuestra clínica y, sin duda, una parte importante de su vida. Los objetos fueron dando paso a los dibujos, creaciones que en la pubertad ocuparon gran parte de su tiempo. Pol extendió el arte a la creación de centauros. Estos personajes y las historias derivadas de ellos le permitieron entender el funcionamiento de su vida mientras las obligaciones cotidianas le empujaban a salir de la soledad y el mutismo.



Ni las obsesiones ni su interés único por los cetáceos fueron un impedimento para que construyera su mundo, lo organizara y transformara su tema de interés en un modo de relacionarse con los otros, logrando una adaptación social satisfactoria.

Durante su paso por el bachillerato, sus libretas de arte ocupaban un interés conjunto en cada sesión. A través de sus creaciones, se abrió la posibilidad de intercambiar momentos de angustia desbordante que la adolescencia le generaba, instantes en los que su estructura inerte tambaleaba y amenazaba con caerse.

Un período de nuevas actividades surgió en esta etapa. Pol empieza a participar en una asociación de familias con niños y niñas autistas. Se convierte en la imagen visible de la institución. En varios eventos fue capaz de definirse a sí mismo como autista y explicar públicamente los

avatares de su vida, sus necesidades y sus dificultades. Dio charlas relacionadas con el tema. Pronto este lugar impuesto por algo que venía del deseo del Otro empezó a resultarle incómodo. Ser “mono de feria”, como él decía, representando otras voces, no le agradaba. Inició una experiencia universitaria que dejó en poco tiempo y, después de una larga búsqueda, encontró un trabajo que le permitió sentirse útil, una faena organizada, predecible en técnica y horario, hecho que facilita la continuidad y la posibilidad de cumplir con lo que el oficio demanda. Paga su terapia y ayuda económicamente a su familia.

Si bien en el caso que planteo podemos inferir que el dispositivo analítico hace posible sacudir levemente la inmutabilidad del universo del sujeto autista, no es una clínica sencilla y no siempre es factible penetrar en el encapsulamiento autista. Conmover el mundo generando un deslizamiento en una metonimia que lo amplíe permite a algunos sujetos autistas aproximarse con intereses propios al espacio que les habita y en el que ellos son capaces de habitar.

Los cetáceos y todo el trabajo que ambos intercambiamos en relación a ello pudo producir una salida. El respeto y la espera atenta permitieron captar lo nuevo que iba surgiendo. Ni las obsesiones ni su interés único por los cetáceos fueron un impedimento para que construyera su mundo, lo organizara y transformara su tema de interés en un modo de relacionarse con los otros, logrando una adaptación social satisfactoria. Sin embargo, el funcionamiento subjetivo de Pol se ha mantenido en toda su singularidad a lo largo de todo este tiempo y puedo inferir que, como señala Maleval, el autismo siempre desliza hacia el autismo, nunca hacia la psicosis ni hacia la neurosis.

El objeto autista y el doble real funcionaron como suplencia, su interés por el mundo marino primero, el arte y, posteriormente, la oratoria fueron invenciones que le permitieron construir un borde para aliviarse del exceso de goce. Borde dinámico del que sin duda yo formé parte. Estas invenciones le permitieron una interacción con el Otro menos angustiante y menos intrusiva.

Podemos pensar el psicoanálisis como una forma posible para el tratamiento de niños y niñas con TEA. El deseo del analista, dispositivo analítico, la inventiva del terapeuta, el tiempo sin prisas, la espera, la capacidad de soportar el silencio y la angustia permiten un encuentro y dan lugar a una interrelación que se va modelando en cada sesión. No podemos dejar de lado a las familias. Es necesario hacerlas partícipe del camino emprendido. En el marco de este trabajo topamos con las particularidades de los padres y madres, quienes en el torbellino propio de la angustia que genera el encuentro con las dificultades de un

hijo, van quedando desplazados por un saber científico irrefutable que procura un consuelo aparente que, a la vez, les hace sentir inútiles provocando un malestar inevitable. Ante este panorama de tratamientos incuestionables, el psicoanálisis puede ofrecer un espacio de escucha donde elaborar el duelo y autorizarse a hacer y crear estilos propios con sus hijos e hijas, buscando la manera de entender ese funcionamiento subjetivo singular que les hace únicos. ●

BIBLIOGRAFÍA

Coriat, E. (2006). *El psicoanálisis en la clínica de niños pequeños con grandes problemas*. Buenos Aires: Lazos.

Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo*. Buenos Aires: Grama.

Maleval, J. C. (2009). *El autista y la voz*. Barcelona: Gredos.

Miller, J., Laurent, E., Maleval, J., La Sagna, P., Sergio, L., Alvarez Bayon, P. y Tendlarz, S. E. (2015). *Estudios sobre el autismo II*. Buenos Aires: Colección Diva.

Tendlarz, S. E. (2018). *La dirección de la cura en el autismo y en la psicosis en la infancia*. <https://www.aacademica.org/000-122/554.pdf>

Vaccarezza, L. (2016). *Clínica psicoanalítica y psicosis, texto El autista y su objeto*. Elvira Garrido. Barcelona: ACTO.

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

Emprendemos una nueva sección, los Diálogos entre profesionales. Invitamos a Juan Larbán¹ a que la estrenara y eligiera un tertulio con el que desarrollar una conversación libre que tuviera al mundo de los autismos como eje temático. Juan Larbán escogió a José Luis Pedreira² para este diálogo. La posterior edición del diálogo corresponde al Equipo eipea. Atendiendo a la extensión e interés del texto, hemos decidido dividir la conversación en dos partes, que aparecerán consecutivamente en este número y en el siguiente. En este primer capítulo, Juan Larbán y José Luis Pedreira conversan sobre la base estructural del autismo, su prevalencia y su detección. Les agradecemos de manera especial su colaboración.

Diálogo entre profesionales: Juan Larbán y José Luis Pedreira



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

Pedreira. Fenomenal, me parece muy bien.

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

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

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

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

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

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

P. Exacto.

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

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



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

¹ Psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos (Ibiza).

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

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

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

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

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

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

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

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

P. Totalmente.

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

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

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

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

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

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

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

P. Venga.

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

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

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

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

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

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

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

P. Sí, sí...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L. Estamos en manos de un oligopolio.

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

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

P. Fenomenal.



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

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

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

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

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

L. Sí, a mí también me ha pasado con pacientes que han salido del núcleo autístico, incluso que han recuperado parte del componente deficitario, pero en los que se ha puesto más de relieve el aspecto disociativo y hay niños que se volvían mucho más agitados, que se podían confundir con diagnóstico de hiperactividad. Y también me decían en un momento de confianza: no sé si no estaba mejor más quietecito, nos dejaba más tranquilos. Pero bueno, es importante que estos pacientes por lo menos han aguantado, y los familiares también, porque son momentos clave en los que el sostén que hay que darle al niño y a la familia son mayores. Precisamente, por ir mejor pueden abortar el tratamiento debido a esto que estamos hablando. Cuando hablábamos de la detección y hablabas del aspecto secuencial de la detección de los factores de riesgo, efectivamente yo estoy de acuerdo contigo que hay que hacerlo mediante etapas evolutivas. Si vamos a detectar los factores de riesgo en el primer año de vida, por lo menos habría que hacerlo a los 3 meses, a los 6 meses, a los 12 meses y, quizás, luego a los 18 meses para ver la persistencia de los signos de alarma, para ver la potenciación de los unos con los otros, para ver la persistencia o no de cierto tipo de disfunciones interactivas, de ciertos mecanismos de defensa del bebé, etcétera. Una observación puntual, desde luego no nos sirve. Sí que nos puede servir una observación puntual en algo muy interesante que está potenciando ASMI³, que es la Escala de Observación del Bebé, que se llama *Alarma: Bebé en Apuros*, de Guedeney, que permite la detección de los retraimientos emocionales del bebé por causas inespecíficas y esto puede ser muy útil para los pediatras, por lo menos, que se despierte la atención en ellos y, si persiste, lo puedan derivar a una consulta más especializada. ¿Te parece?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. ¡Ojalá! ●

Presentación de la Revista *eipea* y del monográfico *Autismo, intervenciones tempranas* de Juan Larbán en la UIB de Palma de Mallorca



G CONSELLERIA
O EDUCACIÓ
I I FORMACIÓ
B PROFESSIONAL

eipea

escoltant i pensant els autismes

La Sala de Actos del Edificio Anselm Turmeda de la Universitat de les Illes Balears (UIB), en Palma de Mallorca, acogió el pasado día 10 de diciembre de este año 2021 la presentación, por un lado, de la Revista *eipea* en la ciudad y, por el otro, del nuevo monográfico, *Autismo, intervenciones tempranas*, de Juan Larbán Vera, publicado por nuestra revista. A pesar de coincidir la fecha con un fuerte e inusual vendaval de viento que derribó diversos árboles e hizo volar señales de tráfico en la ciudad de Palma, un interesado público nos acompañó en una jornada que sirvió de homenaje a Juan Larbán.

El acto contó con el apoyo de la Conselleria d'Educació i Formació Professional del Gobierno Balear y con la inestimable ayuda en las tareas de preparación de Rosa Mas y Sílvia Carol (Asesoras Técnicas Docentes del Institut per a l'Educació de la Primera Infància, IEPI).

Maria Magdalena Collinge March (Directora de l'Institut per a l'Educació de la Primera Infància de la Conselleria d'Educació i Formació Professional de les Illes Balears) y **Miquel Àngel Capó Juan** (Jefe de Secció del Servei de Valoració i Atenció Primerenca de la Conselleria d'Afers Socials i Esports de les

Illes Balears) se encargaron de presentar el acto, dando paso a la introducción de la revista por parte de **Susanna Olives Azcona** y del monográfico y de la figura de Juan Larbán por **Josep M^a Brun Gasca**, ambos miembros del Consejo Editorial de la revista.

Finalmente, intervino **Juan Larbán Vera**, quien involucró al público desde el primer momento de su intervención, propiciando y facilitando un animado coloquio a partir de sus interesantes reflexiones y que cautivó a los presentes gracias al ambiente cercano y distendido que consiguió crear. ●



De izquierda a derecha: Maria Magdalena Collinge, Miquel Àngel Capó, Juan Larbán, Josep M^a Brun y Susanna Olives.

eipea
escoltant i pensant els autismes

Universitat de les Illes Balears
PALMA DE MALLORCA

PRESENTACIÓ DE L'ACTE
 Maria Magdalena Collinge March
 Directora de l'Institut per a l'Educació de la Primera Infància,
 Conselleria d'Educació i Formació Professional de les Illes Balears
 Miquel Àngel Capó Juan
 Cap de la Secció de Valoració i Atenció Primerenca,
 Conselleria d'Afers Socials i Esports de les Illes Balears

REVISTA eipea
 Josep Maria Brun, Susanna Olives, Nària Aixandri i Alba Calvo
 Equip Editorial de la Revista eipea

MONOGRÀFIC: AUTISME, INTERVENCIÓ PRIMERENQUES
Juan Larbán Vera
 Psiquiatre i psicoterapeuta d'infants, adolescents i adults (Eivissa)

Places limitades cal reserva a:

DIVENDRES 10/12/2021
16:30-19:00

in f o o
 www.eipea.com
 eipea@eipea.cat