

e3 eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 12, primavera 2022



- 1 Portada**
Jeff Koons. *Play-Doh*.
- 4 Editorial**
Equipo *eipea*.
- 6 Saludo**
Dolors Cid. *Cuando el juego, el arte, se vuelve mínimo o inverso*.
- 8 Tema**
Josep Maria Brun. *Formación psiquiátrica y psicoterapéutica en la Suiza de los años 1960-1970. La escuela de Ginebra*.
Textos anexos
- Cipriano Jiménez. *Ajuriaguerra y la Clínica de Bel-Air en Ginebra*.
- Alberto Lasa. *Julián de Ajuriaguerra en la psiquiatría infantil*.
- Llúcia Viloca. *Julián de Ajuriaguerra. Comunicación personal*.
- 30 Artículos**
Ema Ponce de León. *Función mediadora uterina en el autismo: la co-construcción de la posibilidad de tocar y ser tocado en el vínculo terapéutico*.
- 34 Experiencias**
Rosa Sellarès Viola. *¿Entendemos suficientemente a los niños con TEA en la escuela ordinaria?*
- 44 Pilar Vilagut Macià. *Hacia el abandono de la lejanía. Comprensión psicoanalítica del autismo en el ámbito educativo*.**
- 54 Anna Duran Arana. *La música: un buen lenguaje para acoger y transformar las aportaciones del autista*.**
- 58 Diálogos**
Diálogo entre profesionales: Juan Larbán y José Luis Pedreira (segunda parte).
- 66 Obituario**
Guillem Salvador.

Participa en nuestra campaña de micromecenazgo continuo en <http://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. ¡Aportaciones a partir de 2 euros al mes!



La revista *eipea* forma parte del repositorio de Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO). Una iniciativa del Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC) para consultar, en acceso abierto, los artículos a texto completo.



Todo el contenido de esta revista, excepto donde esté indicado lo contrario, está bajo una licencia de Creative Commons.



Revista digital de periodicidad semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.com
Obra de portada: Jeff Koons, *Play-Doh*, 1994–2014
polychromed aluminum
124 x 152 1/4 x 137 inches
315 x 386.7 x 348 cm
© Jeff Koons, Photo: Tom Powel Imaging

Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

DURBAN, JOSHUA (Tel-Aviv)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra) Miembro Honorífico

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona) Miembro Honorífica

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Editorial

Francisco Rico, filólogo y académico de la lengua española, explicaba en una reciente entrevista que *“antes, la escuela se hacía alrededor de un maestro; ahora, se hace por disciplinas. Y algo nos estamos perdiendo, porque un maestro es un punto de referencia humano; no sólo intelectual”*. En el reportaje que publicamos en este número sobre la formación psiquiátrica y psicoterapéutica en la Suiza de los años 1960-70, cuatro reconocidos profesionales coinciden en destacar la importancia de la figura de **Julián de Aju-riaguerra** en su proceso formativo y en el aspecto humano de su aprendizaje profesional. Ni uno ni otros son sospechosos de caer en el culto a la personalidad. Más bien, pensamos que van en la línea de, entre otros, el investigador neurocientífico **Francisco Mora** en cuestiones como que *“el cerebro sólo aprende si hay emoción”*. O, dicho en otras palabras, la importancia no sólo de qué aprendes, sino de cómo y con quién lo haces, que el aprender no sólo es una pura transmisión o auto provisión de conocimientos, sino un proceso relacional, eminentemente interactivo. La dotación biológica, lo endógeno, lo cognitivo... sólo tienen sentido a partir de su mezcla con lo emocional, lo relacional y la importancia de la propia biografía, entendida como proceso diacrónico. **Patrick Belamich** y **Richard Horowitz**, presidente de la francesa Federación de los Centros Médico-psico-pedagógicos y presidente de su comisión científica, respectivamente, redundan en la cuestión al defender que el enfoque clínico no debe

alejarse nunca de la reflexión sobre la causalidad y la contextualización y que, por otra parte, debe llevar a un abordaje terapéutico que otorgue toda su importancia a la relación cuidador-cuidado. Ante la persistente e interesada tentativa de establecer patrones del pensamiento y del comportamiento (y de las emociones) al que estamos expuestos en la actualidad, cabe preguntarse si tal vez no nos hemos perdido un relato esclarecedor sobre la cuestión a cargo del escritor **Philip K. Dick** bajo el título, pongamos, de *¿Sueñan los algoritmos con (rebaños de) ovejas eléctricas?*

Queremos agradecer a Jeff Koons su generosidad al permitirnos ilustrar la *Portada* de este nuevo número con una de sus obras (también a Luran Rothein por su eficaz y amable gestión en su consecución) y a Dolors Cid por aceptar introducirlo con su *Saludo*. El reportaje sobre la formación psiquiátrica y psicoterapéutica en la Suiza de los años 1960-70 no hubiera sido posible sin la desinteresada colaboración de Cipriano Jiménez Casas, Llúcia Viloca, Alberto Lasa y Juan Larbán. Agradecemos también las aportaciones en forma de interesantes artículos de Ema Ponce de León, Pilar Vilagut, Rosa Sellarès y Anna Duran. Por último, presentamos la segunda y última parte del *Diálogo entre profesionales* llevado a cabo entre Juan Larbán y José Luis Pedreira, a los que reconocemos, una vez más, su contribución. ●

Josep M^a Brun





- Dolors Cid -

Psicoanalista. Miembro del Grupo Psicoanalítico de Barcelona. (Barcelona)

Saludo

Cuando el juego, el arte, se vuelve mínimo o inverso

*“-¿Mas el arte?...
- Es puro juego,
que es igual a pura vida,
que es igual a puro fuego”.*

Antonio Machado

BIENVENIDOS AL NÚMERO 12 DE LA REVISTA *eipea*

Ilusionada por la invitación que me hace la revista, tengo ganas de compartir pensamientos y, especialmente, experiencias que espero y deseo hagan surgir en vosotros aún mayor interés sobre las personas a las que llamamos autistas.

AUTISTAS /ARTISTAS

Meltzer decía que los autistas que lograban salir de este estado y movilizar aspectos en su personalidad lo conseguían de alguna forma que tenía que ver con el arte. También fue Meltzer quien creó y desarrolló la idea de “conflicto estético” que él pensaba que podría estar en la base del autismo y que tendría que ver con el intenso conflicto que puede generar en el bebé la belleza de la madre.

Grandes artistas han expresado en su obra lo terriblemente intenso que es el encuentro con la belleza. Rilke, que se refiere extensamente al tema, la define como “esta parte de lo terrible que todavía podemos soportar”.

EXPERIENCIAS

Hay autistas que parecen la versión microscópica del artista o del filósofo en su

capacidad de captar y mostrar de alguna manera lo esencial y nos desvela inquietud la frecuente condición de mínimo que tiene lo que producen. Ver a un chico inmerso en el grupo de baile en que “participa” con la máxima seriedad entre sus compañeros, alargando el brazo, mostrando el gesto de mover en círculo el dedo índice de su mano derecha mientras el resto de compañeros bailan provoca cierta admirada extrañeza difícil de describir; parecería representar el sùmmum de la síntesis del movimiento que es el baile porque mantiene su esencia, movimiento del cuerpo, forma y ritmo, aunque lo miniaturiza al extremo.

Observar a otro niño moviendo una silla, abrazándose a ella, sentándose como en un “regazo”, guardando en el asiento o depositando lo valioso para él debajo del mismo, subiendo a saltar encima del asiento de forma que es inevitable que pensemos en ritmos y melodías de juegos infantiles como “arre caballito... arre burro arre”. También sorprende cómo se desliza con la silla -que siempre irá donde él quiera- y, cuando la deje en algún lugar, lo hará con “la confianza” de que, al volver, la encontrará, complacido, quieta, inmóvil donde la colocó. Esta situación nos acerca a la sensibilidad de un poeta como Juan Ra-

món Jiménez cuando exclama, no sin cierto placer, “qué quietas están las cosas / y que bien se está con ellas”.

Si, como expresa Rilke, hay en la belleza esta calidad de terrible a la que nos referíamos antes y estamos de acuerdo cuando dice que “si la admiramos tanto, es sólo porque impasible desdeña destruirnos” podríamos comprender que a las personas autistas la belleza del mundo, de la naturaleza y de lo humano les resulte tan imposible de tolerar. Y así se volverían maestros de la inversión del pensamiento y también de la reducción de las formas inventando pequeñas dosis, dosis soportables, dosis mínimas como en los ejemplos que citamos. ¿Sería esta una de las características que los diferenciaría del artista que de alguna manera consigue sostener la experiencia estética?

Si reflexionamos sobre los fragmentos de experiencia que presentamos es difícil decir que los autistas entienden muy poco del vivir, que están desconectados, afuera, como en otro lugar. Porque ¿cómo es posible llegar a hacer síntesis tan esenciales de alguna cosa sin entenderla? Quizá no puedan, no quieran tolerar la belleza del mundo y tolerar la vida con lo azarosa y cambiante que es. ●

Formación psiquiátrica y psicoterapéutica en la Suiza de los años 1960-1970. La escuela de Ginebra¹

– Josep M^a Brun –

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta.
(Sabadell, Barcelona)



JUSTIFICACIÓN DE UN REPORTAJE

Para aquellos que como yo iniciamos la carrera universitaria en los estertores del tardofranquismo, entre asambleas y conciertos reivindicativos, y nos licenciamos en Filosofía y Letras (División de Filosofía y Ciencias de la Educación, Sección de Psicología²) en los albores de una democracia frágil e ilusionante, el *Tratado de Psiquiatría Infantil* de Julián de Ajuriaguerra constituía una especie de bitácora, de la que no osábamos prescindir, para navegar por las inciertas y desconocidas aguas de la Salud Mental en las que nos habíamos embarcado sin muchos otros referentes sólidos a los que asirnos. Por ello, inhalábamos con fuerza los aires frescos que venían de otros lugares a colorear los grises de una realidad estancada y amenazada, fuera en forma de exiliados políticos o de emigrantes profesionales. La dictadura argentina, por ejemplo, arrojó en aquellos años tal pléyade de psicólogos al estado que hasta Joaquín Sabina los incluyó en su canción *Todos menos tú* como parte del escenario habitual. Del dolor y sabiduría de tantos exiliados sacamos provecho, anhelantes de saber y de salir en defensa, en cualquier lugar y ocasión, de la libertad

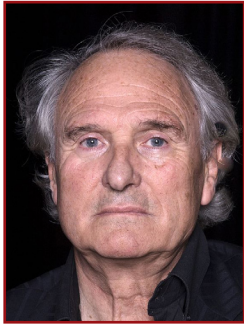
que empezábamos a disfrutar, conocedores como éramos del alto precio que comportaba recuperarla. Asimismo, tomábamos cumplida nota de cualquier experiencia de su estancia formativa en el extranjero relatada por aquellos que trabajaban a nuestro lado entonces y que, con su aprendizaje y reivindicaciones, contribuyeron de manera decisiva a dibujar otra realidad en la atención de la enfermedad mental. Una de esas profesionales, formada en París entre los años 1969 y 1975 junto a René Diatkine, principal impulsora en los años setenta y ochenta de la reforma psiquiátrica en Catalunya, Roser Pérez-Simó -en su intervención en ocasión del homenaje que se le tributó en el 5º Congreso Catalán de Salud Mental (Barcelona, 2013)- mencionaba la confluencia de la vida asociativa y la reverberación del progreso del pensamiento liberal en Europa como elementos esenciales para el cuestionamiento en el país de los conceptos de salud y enfermedad mental y la complicidad de determinados gestores de la nueva política para la planificación de la asistencia en Salud Mental. Y ponía como ejemplo el “Plan de Asistencia Psiquiátrica” desplegado bajo su liderazgo en la Diputación de Barcelona en el año 1981, cuyos pilares, afirmaba, eran: el trabajo de los centros con ubicación comunitaria en y con la comunidad y con los agentes de salud mental para la potenciación de la salud, la prevención y la asistencia; la exigencia de la composición multidisciplinaria de los equipos; la división de los grandes hospitales psiquiátricos en unidades de tratamiento diferenciadas; la puesta en marcha de equipamientos

intermedios y el establecimiento de un circuito asistencial que pivotara en los centros comunitarios. Un cambio de paradigma. Se abrían las puertas y corrían nuevos aires.

En unos parámetros conceptuales similares, destacaba entre aquellas experiencias formativas la de unos profesionales psiquiatras que habían contribuido de manera significativa a redibujar el panorama de la atención al colectivo de personas y familiares con autismo en las décadas posteriores y que tenían en común su formación en Suiza, en especial en Ginebra. Nos parecía un acto de reconocimiento y un ejercicio de justicia histórica profundizar con sus autores en aquella experiencia que marcó no sólo su destino como profesionales, sino la construcción de una visión teórica y práctica de comprensión y atención del mundo de los autismos en el estado español y darle mayor difusión a través de nuestra revista. Entrevistamos con tal fin a Cipriano Jiménez Casas (Vigo), Llúcia Viloca (Barcelona), Alberto Lasa (Bilbao) y Juan Larbán (Ibiza) para que nos contaran en primera persona su experiencia y nos ayudaran a entender las claves de aquel proceso. Les estamos muy agradecidos por su disponibilidad y generosidad al atender nuestra demanda y nos disculpamos con ellos de antemano por el hecho de que este reportaje muestre, por razones exclusivas de espacio, tan sólo una mínima parte de su rica e interesante aportación. Nos atribuimos también cualquier posible interpretación errónea o simplificada de sus palabras en la elaboración y edición de este reportaje por el Equipo *eipea*.

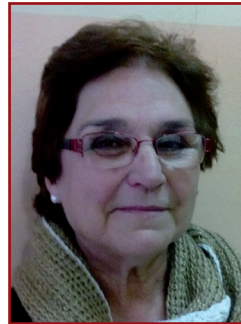
¹ Reportaje realizado a partir de las entrevistas concedidas por Cipriano Jiménez Casas, Llúcia Viloca, Alberto Lasa y Juan Larbán.

² La primera Facultad de Psicología de España no se creó hasta el año 1980 en la Universidad Complutense de Madrid.



CIPRIANO LUIS JIMÉNEZ (VIGO)

PSIQUIATRA, PSICOANALISTA (AEPP).
VICEPRESIDENTE Y DIRECTOR GENERAL
DE LA FUNDACIÓN MENELA
ESTANCIA EN SUIZA: 1968-1972



LLÚCIA VILOCA (BARCELONA)

PSIQUIATRA, PSICOANALISTA (SEP-IPA).
FUNDADORA DEL CENTRE EDUCATIU
I TERAPÈUTIC CARRILET
ESTANCIA EN SUIZA: 1970-1973



ALBERTO LASA (BILBAO)

PSIQUIATRA, PSICOANALISTA.
PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRÍA.
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO
ESTANCIA EN SUIZA: 1972-1979



JUAN LARBÁN (IBIZA)

PSIQUIATRA Y PSICOTERAPEUTA
DE NIÑOS, ADOLESCENTES
Y ADULTOS
ESTANCIA EN SUIZA: 1974-1984



LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA ESPAÑA DE LOS AÑOS 1960-1970. UNA REALIDAD MANICOMIAL

“Había una clasificación de los enfermos que era increíble. Venía una monja y me decía: Por favor, doctor, ¿puede venir a la sala de sucios? O ¿puede venir a la sala de beneficencia?” (Cipriano Jiménez Casas).

Después de la Guerra Civil (1936-1939), se da un triple fenómeno en la Psiquiatría en España: una *diáspora* (en expresión de Castilla del Pino³, citado en Dualde, 2004) de profesionales; la consolidación mayoritaria de un modelo médico organicista-biologicista de la enfermedad mental, con el rechazo de otras corrientes como el psicoanálisis y la exclusión de cualquier alternativa asistencial que no fueran los tratamientos físicos, farmacológicos o quirúrgicos en exclusiva y el establecimiento principal de los manicomios -nombre popular para los Hospitales Psiquiátricos- como cen-

tros asilares y percibidos como centros de custodia de incurables (Conseglieri y Villasante, 2007). Esta realidad contaba con excepciones y contrapuntos, como el trabajo en la línea psicoanalítica de Sarró en Barcelona, aunque la orientación predominante la encabezaban López Ibor y Vallejo Nájera, en Madrid.

Como describe **Juan Larbán**, *“en aquella época de dictadura franquista, los intentos de reforma psiquiátrica en España y su evolución hacia una asistencia de la salud mental menos manicomial y más comunitaria eran abortados por el Gobierno cuando el proceso de humanización y de democratización en los manicomios chocaba con la falta de libertades y de democracia que teníamos entonces en España”.*

Cipriano Jiménez Casas nos apunta las conexiones entre el régimen franquista y la gestión de esos manicomios: *“en el contexto de la psiquiatría en España a finales de los 60 y principios de los 70, los*

hospitales psiquiátricos, que llamábamos manicomios en aquel momento, dependían muchos de ellos de un organismo que se llamaba PANAP, que era el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. Un organismo que, curiosamente, estaba bajo la órbita nada menos que del Ministerio de la Gobernación, cuyo ministro era entonces Camilo Alonso Vega, un general que había ido a la División Azul y, efectivamente, estaba en la órbita de Franco”.

La consecuencia de aquella práctica generalizada no sólo se reflejó en la estigmatización de la palabra *manicomio* en el imaginario colectivo de sucesivas generaciones, sino que y sobre todo -lejos de resultar terapéutica- cronificó desde tempranas edades las patologías o deficiencias sufridas. **Alberto Lasa** nos aporta datos significativos: *“Veníamos de una experiencia ‘manicomial’ difícil de describir. Baste decir que en un estudio de la población ‘crónica’, realizado en nuestro territorio en los años 80 -criterio:*

³ “Llegado el 39, tras la victoria nacionalista (...) Láfora y Mira y López marchan al exilio; muchos de sus discípulos y colaboradores o son depurados hasta impedirles el ejercicio de la práctica, o exiliados, o tratan de pasar inadvertidos regresando hacia prácticas médicas no psiquiátricas y en poblaciones oscuras. Es, sencillamente, una diáspora. La Psiquiatría española es ocupada por los vencedores” (Castilla del Pino).



Ciudad de Ginebra, años 70.

más de quince años de hospitalización permanente-, un porcentaje cercano al 20% eran 'estados deficitarios infanto-juveniles', ingresados antes de los catorce años. Es difícil imaginar, para quien no conoció aquellos lugares, el espanto cotidiano que aquello provocaba... aunque no parecía que todo el mundo lo considerara así".

La vivencia de la experiencia no dejó indiferentes a aquellos psiquiatras que iniciaban sus carreras profesionales y, en cierto modo, determinó, por contraposición, sus futuras trayectorias. "La experiencia manicomial era como una inyección en vena de 'esto es lo que no puede ser'. Creo que es algo que a mí y a otros muchos te marca de una manera vital. Es decir, esto es un insulto a la dignidad humana y, de alguna manera, esto es lo que hay que evitar", nos cuenta **Lasa**. O, en palabras de **Jiménez Casas**: "La situación era realmente muy lamentable, muy desesperanzadora, no veíamos forma de poder salir de esa situación que no nos aportaba nada. A mí, personalmente, me aportaba muchas incertidumbres. No me veía. Me decía: pero ¿cómo voy yo a elegir esto? No me veía yo con ganas de continuar por esa vía".

A pesar de ello, el propio **Jiménez Casas** nos cuenta las palabras que le refirió el doctor Josep Maria Pigem, director

del manicomio de Salt, donde él realizó parte de su formación: "si usted quiere hacer psiquiatría, es muy importante que pase por la experiencia del manicomio o el hospital psiquiátrico, porque, ya verá usted, eso es muy necesario. Luego haga usted lo que quiera, pero la experiencia hospitalaria en los manicomios, eso es fundamental. Si no pasa por ahí, usted no va a ser un buen psiquiatra". **Jiménez Casas** le concede hasta razón a esas palabras, que le convencieron: "no hay mejor camino que el de digerir las cosas que a uno no le gustan para luego poder elaborar otro discurso".

Llúcia Viloca resume con laconismo la situación: "La psiquiatría estaba muy atrasada" y nos describe una época, a finales de los años sesenta, marcada por el voluntarismo de aquellos profesionales interesados y esforzados en ofrecer una atención psiquiátrica adecuada, tanto a nivel de adultos como infantil. Nos cita, entre otros, a los doctores Angulo, Folch i Camarasa, Toro y Belmonte, en Barcelona o Rego, en Martorell, profesionales que, desde diferentes orientaciones, intentaban paliar las carencias sistémicas de la administración, en dispositivos como el Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona) o el Centro Psiquiátrico Sagrat Cor (Martorell). "De hecho, la psiquiatría no se organizó hasta llegada la democracia", añá-

de. **Lasa** nos contrapone también una segunda experiencia profesional en el Hospital Clínico de Valladolid, alejada de las realidades generales descritas en los manicomios y con la utilización, de manera más humana, de mayores recursos.

Pero, por lo regular, "los tratamientos en estos hospitales eran fundamentalmente mecanicistas, organicistas. Pensad, por ejemplo, en los electroshocks, la insulino terapia... Aunque afortunadamente, en aquella época, la psiquiatría da un vuelco porque aparece el famoso primer neuroléptico, que ofrecía una esperanza de relevar a estos tratamientos que había. Era la clorpromazina, que se llamaba vulgarmente Largactil, que nació como la gran esperanza de sustituir a todos esos tratamientos" (**Jiménez Casas**). A pesar de los intentos de reforma psiquiátrica de los años sesenta y setenta en Asturias (Hospital Psiquiátrico La Cadellada) y A Coruña (Hospital de Conxo), y como apunta taxativo **Larbán**, "la psicoterapia no existía, la psiquiatría era la de manicomio".

Las anécdotas que **Jiménez Casas** nos explica con su habitual afabilidad no se refieren a dislates puntuales y apenas disimulan la crudeza de la situación y el bárbaro desvarío de las indicaciones. A modo de ejemplo: "A mí me tocó hacer la especialidad con López Ibor y otro famoso también de la psiquiatría, Juan Antonio Vallejo-Nájera Botas, hijo del psiquiatra y militar que dirigió los servicios psiquiátricos del bando sublevado durante la guerra civil española. El jefe del Servicio Universitario en la Universidad de Madrid aparecía de vez en cuando en la clase que se daba los lunes. Os puedo asegurar que había cursos que a mí me quedaron muy grabados. Por ejemplo, en la presentación de un caso a López Ibor. Al final de la presentación, dice: 'bueno, a este enfermo hay que hacerle varias sesiones de electroshock'. Y entonces el adjunto que presentaba el caso exclama: 'pero profesor, es que ya se las dieron'; a lo que responde López Ibor para dar por zanjada la cuestión: 'pero no se las había prescrito yo'".

A pesar de la humanización y distancia de la cultura de manicomio, reflexiona **Larbán**, sigue habiendo muchos resa-

bios de ese funcionamiento en España: “¿cómo vas a poder hacer una buena psiquiatría o una buena asistencia de salud mental si estás tan a la defensiva y en lugar de tener el interés por conocer, comprender, apoyar y ayudar al otro, hay el prejuicio de que te tienes que proteger, o de la locura o del mal físico que te puedan ocasionar? Aquí todavía, cuando hay una agresión física de algún paciente mental, el personal se sube por las paredes y habla de inseguridad, de falta de protección, cuando eso tiene que formar parte del aprendizaje”.

Ante tal estado de cosas, entre la huida y la búsqueda, se atiende a recomendaciones, se movilizan contactos, se calibran posibilidades porque, en definitiva, como nos cuenta **Jiménez Casas**, “cuando no estás a gusto, cuando esperas otras cosas, empiezas a moverte y a preguntarte cómo estarán las cosas en otros países, qué se hace allí, cómo piensan...”. **Viloca** valora la constante recomendación del doctor Coromines Beret, con el que trabaja en Barcelona en neuropediatría y que se había formado en Londres, de salir al extranjero a formarse “porque aquí estábamos en pañales. Me llegaba por todos lados...”. **Lasa** busca salida a su interés por la neurobiología psiquiátrica y a la necesidad y autoexigencia de salir al encuentro de un trato digno con los enfermos mentales. **Larbán** consigue en 1974 una plaza de residente en el hospital psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela donde se intentaba de nuevo la implantación de la citada reforma psiquiátrica tras el fracaso de la iniciada en el Hospital Psiquiátrico de Asturias La Cadellada, pero renuncia a dicha plaza “porque mi deseo era tener una buena formación clínica como psiquiatra y psicoterapeuta de orientación psicodinámica, con una buena base en psicología y psicopatología... en un sitio adecuado, riguroso y humano al mismo tiempo”.

Resumimos en palabras de **Jiménez Casas** esa suma de querer saber y de exigencia de un trato digno y humano que encontramos en nuestros cuatro entrevistados: “¿Y por qué el querer salir, el querer marchar? En mi caso, y ahora es el lema de la Fundación Menela, lo defino como

la pasión por el saber. Es decir, había una pasión muy fuerte por querer aprender y yo no la había tenido ni en la universidad ni en la Facultad de Medicina...”.

EL RECLAMO DEL PATRÓN: JULIÁN DE AJURIAGUERRA

“¿Por qué me voy a Suiza? Porque aquí había un nombre, y un hombre mítico, que era Ajuriaguerra, que estaba en Ginebra” (**Alberto Lasa**).

Como el ave que se emplea en caza para que con su canto atraiga a otras de su especie, Julián de Ajuriaguerra, el *Patrón*, como subraya **Jiménez Casas** en recuerdo al término que se utilizaba para referirse a él en Ginebra, fue desde Suiza un reclamo, primero, y una huella indeleble, después, para aquellos que aprendieron y trabajaron junto a él. “El psiquiatra más completo e importante de la segunda parte del siglo XX”, según definición de José Guimón (2011), quien añade que era “un hombre progresista, gran lector, muy inquieto, muy curioso. Era un intelectual de ideas brillantes que intentó comprender y aliviar el sufrimiento psíquico humano”. Requerido por el gobierno suizo, asesoró la política asistencial de los enfermos mentales en el Cantón de Ginebra y dirigió la clínica Bel-Air, en Ginebra, entre los años 1959 y 1976, convirtiéndola en un centro de referencia mundial en psiquiatría. Jugó un papel destacado en la transformación del sistema psiquiátrico en Europa, aplicando los principios de apertura de los pabellones psiquiátricos con la creación de ambientes sociales dentro de ellos, derribo de los muros que separaban los pabellones de la ciudad y la potenciación del tratamiento extra hospitalario. **Jiménez Casas, Lasa y Viloca** nos glosan su personalidad en sendos artículos anexos.

El renombre y reclamo de Ajuriaguerra le llega también a **Viloca** por diferentes vías: “yo veía que desde diferentes lugares se hablaba de Ajuriaguerra como un gran profesional, más allá de su *Manual de Psiquiatría Infantil*, que era todo un clásico. Hablaban bien de él tanto unos como otros, ya que Ajuriaguerra era una persona muy integradora. Se había psicoanalizado y era pro-psicoanálisis,

pero también era pro-investigación y su segundo, Tissot, era de lo más biologicista y anti-psicoanalítico posible. Pero él siempre decía que era importante poderlos tener integrados y al lado, que aportaban cosas que nos podían ser muy útiles. Se hablaba también de que en Ginebra tenían una organización psiquiátrica muy buena. Además coincidió que mi marido, el también psiquiatra Daniel García Tarafa, que estaba haciendo la especialidad de psiquiatría en la cátedra del doctor Sarró, se encontró con el doctor Guimón que estaba en Martorell con el doctor Rego, que había estado trabajando en Ginebra con Ajuriaguerra... Todos hablaban muy bien de él”.

Suiza ofrecía también otras ventajas que se valoraron a la hora de elegir destino. **Jiménez Casas** ahonda en algunas de ellas: “la salida al extranjero la motivaron muchos factores, fundamentalmente continuar nuestra formación en otros países, en donde ya trabajaban colegas españoles desde hacía años, algunos de ellos con cargos importantes. Para trabajar como psiquiatras en Inglaterra o Suiza había muchas posibilidades. Este último país nos ofreció las mejores condiciones y oportunidades. Algunos colegas ya estaban situados allí, como Manzano y Palacio, que ya llevaban varios años en Ginebra. En Suiza hacían falta psiquiatras, también pasaba lo mismo en Inglaterra y en Estados Unidos, incluso en Canadá, en Quebec. Había posibilidades de acceder a esos países y continuar allí la formación”.

Lasa, que añade razones indirectamente familiares a los motivos de su elección de Suiza como destino de su formación, nos explica que en aquella época él no fue allí buscando la formación psicoanalítica, “era un poco reticente al psicoanálisis en aquel momento”, sino “buscando la línea de la neurobiología psiquiátrica que de alguna manera lideraba en aquel entonces Ajuriaguerra y que estudiaba todo aquello del córtex y de las funciones neuropsíquicas”.

El único de los cuatro que no menciona a Ajuriaguerra como reclamo en su elección, **Larbán**, elige Suiza (aquel lugar “adecuado, riguroso y humano al mismo tiempo” del que nos hablaba con anterioridad) y no Francia porque “en

Francia el sistema de formación era de becas. No era una formación tipo residentes, con responsabilidad progresiva y trabajo y formación al mismo tiempo. También evité irme al Quebec, Canadá, que era mi otra opción, gracias a que encontré trabajo en Suiza. La base era que yo dominaba el francés por razones de origen familiar y ahí es donde se orientó la selección de lo francófono más que de lo anglófono”.

Llegar hasta Ajuriaguerra requería algunos pasos previos. **Jiménez Casas, Viloca y Lasa** nos explican que no era fácil entrar en el Hospital Universitario de Ginebra porque estaba muy solicitado por los propios suizos o por gente que llegaba de fuera muy especializada. La manera de acceder era obtener una primera estancia previa en un hospital suizo de otro cantón. En el caso de **Jiménez Casas**, los pasos previos son la Clínica Psiquiátrica de Bellevue, en Yverdon y el Hospital Psiquiátrico Universitario de Cery, en Lausanne. **Lasa** cumple ese requisito en el Centre Psychosocial Neuchatelois, en Neuchâtel. El matrimonio formado por **Viloca** y García Tarafa sigue otro camino a raíz de una colaboración de este último en un proyecto de Ajuriaguerra sobre la asimbolia en procesos de demenciación. El objetivo manifiesto de todos ellos era poder acceder a Ginebra, a la clínica universitaria psiquiátrica de Bel-Air y, en última instancia, a la formación con Ajuriaguerra.

SUIZA: EL DORADO DE LA ATENCIÓN Y FORMACIÓN EN SALUD MENTAL

“Durante mi estancia, trabajo y formación en Suiza, se cimentaron las bases de mi formación clínica como psiquiatra y psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos, así como de mi evolución personal” (Juan Larbán).

Más allá de los motivos que les llevaban allí, los cuatro coinciden en el gran impacto que les supone desde el primer día su experiencia en Suiza, a nivel personal y profesional. Desde la simplificación de la burocracia hasta la organización psiquiátrica, pasando por el trato humano recibido. Destacan todos ellos la

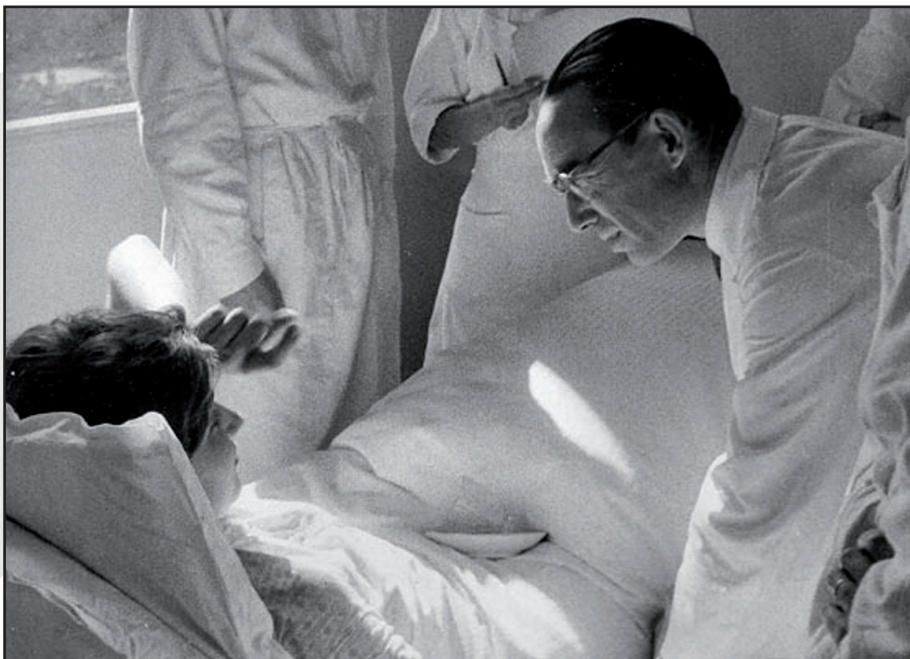
accesibilidad a los profesionales y a los dispositivos, la generosidad y el apoyo de los jefes de servicio, la facilitación de una formación impartida por los mejores profesionales (con ejemplos en los que figuras como Diatkine se desplazaban desde París a la propia institución para supervisar individualmente y en equipo en horas de trabajo) y una amalgama de recursos inimaginable en el lugar de procedencia. La ayuda no se escatimaba ni aparecían envidias que ocultaran información, que siempre se compartía. En sus recuerdos, nos transmiten un halo de abundancia de tiempo y de disponibilidad, una vasta variedad de formación, donde la prioridad en todo momento es el aprendizaje, que lleva a la comprensión y la investigación aplicada, que sirve de ayuda directa. Un trabajo en equipo multidisciplinar, atendiendo a la singularidad del paciente y entorno, con una orientación psicoanalítica, pero sobre todo humana y digna en su trato con ellos. Un cuidado de los aspectos institucionales y un anhelo, a la vez, por salir de la institución y desarrollar servicios comunitarios. Era un “privilegio”, como apunta **Lasa**: “Me formé en un contexto que entendía que la psicoterapia psicodinámica es una herramienta profesional imprescindible... vinculada a una sensibilidad humana”.

Viloca destaca, ya como primera impresión, que “era una sociedad muy respetuosa, muy acogedora, muy organizada...”, aunque añade, no sin cierta sorna, que “eso sí, tenías que adaptarte a su manera de hacer y no mostrar demasiadas expresiones latinas”. Subraya, sin embargo, la atención que recibieron a su llegada: “el día que llegamos, estábamos asustados, pero nos atendieron muy bien. Nos recibió el doctor Ajuriaguerra, su administrador nos dijo lo que teníamos que hacer, ir a la policía, al registro de residentes, nos dio un día y... ¡antes de las doce del mediodía lo teníamos todo resuelto! Quedamos impresionados, porque aquí...” y deja en el aire lo que todos entendemos, que no tuvieron que volver al día siguiente.

Las sorpresas profesionales abundaron. **Lasa** nos relata esos primeros momentos: “Entré en los Centros Psicosocia-

les y la primera novedad es que llegabas ahí y había lo que aquí llamamos un Centro de Salud Mental que eran ambulatorios y donde yo me llevé varias sorpresas. Por supuesto, la orientación, es decir, el jefe de servicio era un psicoanalista. Por supuesto, el funcionamiento diario. Ahí el jefe de servicio era el primero que llegaba y el último que marchaba, cosa que en nuestra experiencia institucional aquí era totalmente insólita. Y he dicho que eran psicoanalistas, pero eran psicoanalistas muy pragmáticos. Es decir, eran psicoanalistas que no tenían un sesgo de escuela, eran eclécticos en el buen sentido de la palabra. Y sobre todo, y trabajaban con adultos, tenían siempre en consideración la historia personal y familiar. Otra sorpresa es que te encontrabas con que no solo fomentaban sino que obligaban y financiaban la formación de postgrado. Es decir, te obligaban a hacer cursos, traían a gente a hacer seminarios, te pagaban los desplazamientos, te pagaban parte del análisis personal, eran realmente condiciones que aquí, no es que aspiráramos a ellas, sino que ni conocíamos este tipo de posibilidades. En ese contexto, por supuesto lo que predominaba era la formación psicoanalítica, te empujaban, pero había gente que no seguía esa línea. Te empujaban a la formación psicoanalítica, pero también te empujaban a la formación en terapia familiar”.

Jiménez Casas nos describe con admiración retrospectiva el despliegue atencional público con el que se encontraron: “Ginebra contaba con una red de servicios de psiquiatría modélica en Europa, desplegada a finales de los 60 y principios de los 70. Los servicios psiquiátricos, geriátricos, de neurofisiología en la propia Clínica de Bel-Air; la atención ambulatoria a través del Centro Psico Social para personas adultas, incluido un servicio especial para los migrantes; el Servicio Médico Pedagógico infantil; los Talleres Ocupacionales protegidos para enfermos crónicos; el Centro de cuidados e intervención intensivos para el tratamiento de toxicomanías o el Servicio de Psiquiatría en el Hospital Cantonal de Ginebra. Suponía tener delante de los ojos el mejor de los sistemas de prevención, atención y



Julián de Ajuriaguerra, en la Clínica Bel-Air.

tratamiento para la enfermedad mental, desde los inicios de la vida, pasando por la escuela, el trabajo y el envejecimiento. Habría que añadir a todo esta red, la facilidad en relación con los trabajos de investigación. Y podíamos disponer y asistir a toda la oferta de actividades que ofrecía la Red Hospitalaria Universitaria de los Servicios de Psiquiatría del Cantón de Ginebra”.

Entramos en detalles con el relato de **Lasa** de su vivencia: “Al llegar a Ginebra, yo entré en un equipo de diecinueve personas, de los seis que había en Ginebra, ciudad que entonces no llegaba a 300.000 habitantes. En ese equipo tan numeroso estaba yo como psiquiatra, estaban varios psicólogos clínicos, había psicomotricistas, había trabajadores sociales, había educadores y había gente muy bien formada en psicopedagogía. La otra peculiaridad es que todo ese personal éramos personal contratado por el Departamento de Educación, no por el de Sanidad. Eran lo que entonces se llamaban Servicios Médico-Pedagógicos, que tenían una tradición ya desde principios de siglo. Se organiza en Ginebra, parte de la escuela, que entiende que para atender a la población problemática desde el punto de vista psicológico, se tiene que dotar

de psicólogos y psiquiatras. Con toda esta estructura, estos seis equipos de por encima de la docena de personas, todos ellos para la escolaridad pública de un cantón pequeño, ya os hacéis a la idea de que había recursos. Eso por un lado y, por el otro, me encuentro con lo que había organizado Ajuriaguerra, que era lo que se llamaba la Guidance Infantile. Un servicio para los niños en edad preescolar (0-5 años), que a su vez estaba vinculado con todas las guarderías del cantón, con los servicios pediátricos y que era un servicio universitario. En la Guidance de Ajuriaguerra, donde participé en sus intensas actividades de formación, me encuentro con Cramer y, fundamentalmente, con Juan Manzano y Paco Palacio.

En la escuela rural de educación especial École de La Rippe, en el cantón de Ginebra y que pertenecía al Servicio Médico-Pedagógico, hago un trabajo a caballo entre lo ambulatorio y lo institucional, es decir, que en mi actividad lo predominante eran las consultas ambulatorias, pero tenías la responsabilidad de hacerte cargo de una institución al ser una escuela especial. Era la responsabilidad psiquiátrica de una escuela que tenía cuarenta niños distribuidos en cuatro grupos de diez, que estaba bajo la responsabilidad

de una pareja, hombre-mujer, maestro-maestra, que tenían diez niños a su cargo y, paralelamente, había un psiquiatra que pasaba ahí un día a la semana, que era yo, y por supuesto algún aterrizaje ahí cada vez que hacía falta. Y luego tenía todo un equipo de logopedas, psicomotricistas, educadores, etc. Nuestra experiencia está marcada también por la convivencia, tanto en marco ambulatorio como institucional, con equipos multiprofesionales de los que aprendías un montón”.

Viloca, que hace su formación exclusivamente en psiquiatría infantil, valora muy positivamente esa composición de los equipos: “El servicio Médico-Pedagógico, vinculado a la escuela, disponía de psiquiatras, psicólogos, psicomotricistas, logopedas y asistente social. Esta integración de la psicomotricidad y la logopedia resulta muy útil añadida a las psicoterapias. El servicio de asistencia social era muy bueno. En familias desestructuradas con niños muy afectados, tenían una tutorización personalizada, que se encargaba de ir a su casa, de ayudarlos a organizar la vida, acompañarlos a las visitas médicas...”. Y, en Ginebra, hace un descubrimiento que resultará determinante en el futuro: “Había un Hospital de Día de niños autistas, llamado Clairival, que me llamó mucho la atención. Eran niños de tres o menos años. Estuve allí haciendo observaciones. Me impresionó mucho la estructura, el hecho de que hubiera logopedia, musicoterapia, psicomotricidad... y los niños estaban muy calmados, muy cuidados, con su educadora”. Nos describe también la variedad de atenciones en centros educativo-terapéuticos, similares a hospitales de día en función de la afectación, un Hospital de Día más terapéutico y, por otro lado, la clase de educación especial dentro de la escuela ordinaria, asesoradas por psicomotricistas y logopedas que, incluso, trabajaban con los niños directamente.

Larbán trabajó y se formó el primer año en el Hospital Cantonal de Perreux, Cantón de Neuchâtel y los nueve años restantes en el Sector Psiquiátrico Este del Cantón de Vaud. Él también redonda en los aspectos principales que marcaron

esa etapa: “La orientación psicodinámica de la actividad asistencial psiquiátrica en el Sector Este del Cantón de Vaud se vio enriquecida por la vertiente humanista y comunitaria de la Fundación de Nant, donde trabajé como jefe clínico en su clínica psiquiátrica que funcionaba como hospital psiquiátrico cantonal del sector Este Vadois. De esa integración de lo psicoanalítico con lo humanista y comunitario pude beneficiarme durante mi estancia en el Cantón de Vaud. La orientación clínica de los servicios psiquiátricos del Sector Este del Cantón de Vaud, así como de la mayoría de los servicios psiquiátricos en Suiza, era de base psicoanalítica y dinámica relacional. Durante mi trabajo y formación teníamos tanto supervisiones institucionales individuales y grupales como individuales externas con profesionales ajenos a la institución en la que trabajábamos”.

Recoge también ese aspecto singular con relación a la formación “obligada” **Jiménez Casas**: “lo más relevante en el país helvético eran las facilidades de seguir formándote en el campo de la psiquiatría, neurofisiología, psicoanálisis y otras disciplinas afines, al mismo tiempo que se tenía un puesto de trabajo remunerado. Prácticamente, el 50% de la jornada estaba dedicada a la formación. En ningún país del mundo te permiten trabajar y seguir formándote a través de la asistencia a seminarios, sesiones clínicas, terapias de grupo... que elegíamos en función de nuestros intereses”. Y añade, a título personal: “y teníamos efectivamente un salario estupendo. Con el primer salario, yo ya me había comprado un Volkswagen de segunda mano”.

La facilidad y calidad de esa formación, sin embargo, no enmascaraban un claro objetivo, su aplicación en la práctica clínica. Nos lo precisa de manera más pormenorizada **Lasa**, a la vez que lo echa en falta en contraste con el momento actual: “El término traslacional surgió, en años relativamente recientes, para denominar que las investigaciones deberían ser aplicables a la clínica diaria, para resolver problemas terapéuticos. Tengo que decir que así se practicaba en Suiza en aquellas décadas de 1970-1980. Seguramente por que se disponía en los equipos clínicos de

personal, disposición y mentalidad pragmática para verificar los resultados de las intervenciones terapéuticas y seleccionar las más eficaces. Lo contraste con algo que caracteriza el momento actual y que he señalado en varios textos: la enorme distancia que existe, en particular en el terreno del autismo, entre quienes investigan -y deducen conclusiones teóricas, en general basadas en investigaciones basadas en tecnologías procedentes de las neurociencias- y quienes asumen el acompañamiento clínico diario. La deseable confluencia entre ambas, entre el perfil de los investigadores y el de los clínicos con tareas terapéuticas, entre las tecnologías y metodologías de investigación y las tareas asistenciales cotidianas, parece bastante difícil y alejada”.

En ese sentido, y a modo de ejemplo, **Viloca** nos explica, a grandes rasgos, la investigación a la que asistió en la que se pretendía estudiar la diferente eficacia de los estilos de abordaje en la entrevista con los padres: “uno, más psicoanalítico, en el que se interpretaban y abordaban las emociones de los padres u otro más, diríamos ahora, de mentalización ayudando a observar y pensar a los padres. Todas las entrevistas eran filmadas y se podían retomar con la familia. Los investigadores, después de verlo todo, aconsejaban a los padres qué tipo de abordaje les convendría más. Lo que se vio fue muy

interesante: la visión de los padres y la de los investigadores sobre el abordaje preferente coincidían”.

Las diferencias que encontraron iban desde los aspectos más teóricos a los más cotidianos y prosaicos. Como muestra, **Larbán** nos cuenta uno de esos matices cotidianos: “Os puede dar una imagen de una diferencia de concepción de lo que era la relación y el trabajo terapéutico en un sitio y en otro el que nunca se veía a los profesionales de enfermería encerrados en su cubículo charlando entre ellos. Estaban en constante comunicación y relación con los pacientes a través de juegos de mesa o charlas o como fuese”.

Esa cercanía se constataba también en el trato y relación con los profesionales que dirigían las actividades, como se encargan de recordarnos **Viloca** (“me marcaron mucho los contactos y charlas personales con los doctores Ajuriaguerra y Cramer”) y **Jiménez Casas**, que resalta “las tertulias informales en la cafetería del hospital, con Ajuriaguerra, entre otros, como una de las actividades más concurridas a las que asistíamos. Se hablaba de psiquiatría, pero también de la actualidad política, cultural...”. En esa línea, **Jiménez Casas** nos acerca al ambiente variopinto con el que se encontró en Bel-Air: “había un ambiente increíble. La Clínica de Bel-Air en Ginebra parecía las Naciones Unidas. Solamente el 30 o 40%



Hospital Universitario de Ginebra.

eran médicos de la Confederación Helvética, no de Ginebra. El resto, italianos, catalanes, gallegos, vascos. Vascos había bastantes, porque la figura de Ajuriaguerra les atraía muchísimo. Por supuesto, belgas, alemanes, griegos, iraníes... Era increíble". Y pone nombres a aquellos que coincidieron con él: "En la Clínica de Bel-Air, coincidimos vascos (J. Guimón, J. M. Aguirre, I. Orbe), catalanes (Ll. Viloca, D. García Tarafa, I. Melo), gallegos (J. Teijeiro, M. Ferro), en el período 1968-1974, como psiquiatras especializados en las Escuelas Profesionales de Barcelona (R. Sarró) y Madrid (J. J. López Ibor)".

La mentalidad práctica que encontró en su estancia en Suiza fue otro de los aspectos que apreció **Larbán**: "No había el sobreinvertimiento del universitario de los títulos, de la titulitis. Allí la formación profesional estaba muy valorada. Claro, eso también explica que en nueve años que estuve viviendo en el mismo sitio, en el Cantón de Vaud, ningún profesional de ningún gremio entró para arreglar nada de la casa. Era muy de apreciar y eso explica, por ejemplo, cómo en el hospital de Perreux, que tenía esa orientación neuropsiquiátrica, en cuanto vieron mi currículum y mi experiencia clínica como médico generalista, enseguida me implicaron en la formación de la Escuela de Enfermería en Patología Médica. Y, luego, al comienzo de mi estancia en Nant, cuando todavía era residente, antes de ser jefe clínico, también enseguida me implicaron en la organización de la farmacia del hospital".

No se cicateaba con el tiempo dedicado a la escucha y a la reflexión, como nos demuestra el comentario de **Lasa**: "allí nadie planificaba una entrevista por debajo de los cincuenta minutos. Eso en el abordaje individual. Y, por supuesto, en el abordaje colectivo no había equipo que no tuviera sus tiempos de síntesis de equipo, de supervisión, de evaluación conjunta de los casos". Como él mismo recoge, amargamente, difiere de manera significativa con la actual nueva distribución de los tiempos: "creo que el problema es que esta nueva distribución del tiempo se ha acompañado de una manera distinta de entender los problemas psicológicos y de responder a ellos".

La reivindicación de la singularidad, que tanto cuesta de defender hoy en día y que sufre grave peligro de desaparición, estuvo muy presente: "Los tratamientos eran muy consensuados y muy adaptados a cada persona. Tú presentabas al paciente, se discutía el diagnóstico, había a veces posiciones diferentes, pero al final se llegaba a un consenso y entonces la pregunta era: ¿y qué tratamiento le damos? De ello también aprendimos algo que yo creo que es muy importante, darle un tratamiento a cada paciente en función de su situación, no sólo de su diagnóstico, sea un neurótico grave o un psicótico, que tenga una depresión o que sea una personalidad anormal. La filosofía era muy pragmática en el sentido de dar el tratamiento en función de toda una serie de parámetros personales, sociales, familiares, etc. adecuado a esa persona" (**Jiménez Casas**).

Larbán destaca un aspecto que también nos parece primordial: "la formación era en psiquiatría y en psicoterapia. Esto es muy importante porque va en el pack completo de la formación ya y te dan un mensaje de que la psiquiatría no es solamente la orientación farmacológica y la ideología bioquímica, que hay una base relacional y eso implica la inclusión de la psicoterapia en la formación reglada de base. Y no la dejan a la buena voluntad de los profesionales". La constatación del poco uso de la medicación es recogida también por **Viloca**, quien a pesar de haber realizado allí una formación psicofarmacológica, nos explica que: "se medicaba muy poco. Creo que en Ginebra no mediqué nunca. Pero se medicaba poco porque había mucha contención...". Ninguno de ellos se declara en contra del uso de psicofármacos, pero sí a favor de considerar otras formas previas de contención. "A lo que me opongo es a que la única respuesta asistencial que se dé sea el tratamiento farmacológico", dice **Lasa**. Y **Larbán** ahonda en esas otras respuestas: "pude ver en el día a día cómo muchas actitudes, que luego he visto aquí en España, se podían cambiar por otras más humanas, incluso más profesionales. Por ejemplo, en mis cuatro años de estancia en la clínica psiquiátrica de Nant, primero como asistente y luego como jefe clínico,

en ningún momento he visto ninguna contención mecánica. En ningún momento he visto que se había atado a los pacientes y eso que recibíamos todo tipo de patología. Se adaptaban los lugares para recibir a esos pacientes y se les quitaban todas las cosas que podían ser un peligro para ellos. Una habitación acolchada, no se podían abrir las ventanas, por ejemplo. Con eso se apoyaba lo que se practicaba, que era una contención relacional, no mecánica".

Todos ellos, también, nos muestran que la formación que recibieron fue extensa y variada. Por ejemplo, **Jiménez Casas**, nos explica que "durante los tres años de mi estancia en Ginebra, tuve ocasión de hacer una rotación por los servicios enumerados, libremente elegidos. También tuve la ocasión de conectar con materias muy diversas del campo de la psiquiatría, psicoanálisis, sociología, neurología, genética, etc., impartidas por profesores muy competentes con formación contrastada ligados a la Universidad de Lausanne". **Viloca** nos explica su interés por la idea de cuerpo-mente, que la llevó a complementar la formación en seminarios de trabajo de psicomotricidad y la formación con Ajuriaguerra, también **Jiménez Casas**, de su tratamiento de relajación. **Larbán** añadió a la formación reglada otra, por su cuenta, de dos años en psicoterapia familiar. También en psicodrama, expresión corporal y relajación de orientación psicoanalítica. Con menor o mayor detalle, los cuatro nos explican que aprovecharon su estancia con la asistencia a toda suerte de seminarios complementarios.

El abanico de posibilidades que encontraron en su estancia fue acompañado de un aprovechamiento que, si bien era incitado, necesitaba ser complementado con su implicación y en el que no todos los momentos fueron igual de atractivos. Entre sus experiencias, nos relata **Viloca** que "Cramer nos hacía una formación en entrevista y diagnóstico en hora de juego. Tú presentabas tu caso, indicando la edad del niño, pero sin explicar nada de lo que le pasaba. Le entrevistabas y hacías la hora de juego mientras los demás profesionales te observaban en circuito cerrado. Cuando acababas, ibas



Clínica Psiquiátrica Universitaria de Bel-Air, en Ginebra.

a reunirse con los demás, quienes formulaban sus hipótesis, analizaban la entrevista, te dabas cuenta de si habías hecho una cosa u otra. Eran muy respetuosos, no eran nada persecutorios. Pero bien, no dejaba de ser un momento duro...". **Jiménez Casas** nos cuenta un trance similar: "Casi una vez al mes, tenías la obligación de presentar un enfermo a todo el mundo y en la sesión clínica estaba presente Ajuriaguerra. Creíamos que habíamos estudiado al paciente muy a fondo porque entre los problemas del idioma, que nunca llegabas al fondo de las cosas y, por otra parte, el hecho de que se lo tenías que presentar al patrón, que en este caso era Ajuriaguerra y estaban los jefes clínicos y los demás compañeros... Imaginaos la situación, era de una tensión que el día anterior ni dormías, estabas ahí preocupadí-

simo y con los papeles y dándole vueltas y tal... Bueno, pues una vez que tú hacías este trabajo, y presentabas al paciente, el propio Ajuriaguerra se ponía a su lado y le hacía él una historia. Así, sobre la marcha y delante de todos los demás médicos, hacía una entrevista donde era capaz de sacarle a la persona cosas que yo, por mucho que lo tenía en el pabellón y lo había estudiado y lo habían entrevistado cantidad de veces, no había podido sacarle...". Son también esas situaciones que curtían tanto como enseñaban las que **Lasa** echa en falta hoy en día: "entre los profesionales también se ha ido generando una tendencia a evitar los espacios compartidos de debate, de confrontación, de reflexión, de decir lo que uno piensa. Por decirlo de otra manera, al final cada cual prefiere quedarse en su despacho".

El hilo de esa formación, la experiencia en Suiza y las lógicas consecuencias de lo que estaban viviendo, les conduce a los cuatro a considerar llevar a cabo su propio trabajo personal. "Aprendí -nos explica **Lasa**- que nuestra especialidad no es menos médica que otras especialidades, pero sí distinta. ¿Acaso hay que haber pasado un infarto para ser cardiólogo o una ceguera para ser oftalmólogo? Sin embargo, conocer las razones de nuestra ansiedad, los puntos ciegos de nuestra comprensión o las reacciones alérgicas de nuestra empatía nos es imprescindible en nuestro oficio". En palabras de **Larbán**: "Hubo otro momento clave para mí, que es el que me empujó a hacer mi propia psicoterapia personal, por el ambiente que había en Suiza. Deontológica y éticamente tenías que pasar por el aro y saber

lo que era ocupar el lugar del paciente y resolver tus problemas antes de querer resolver los problemas de los demás. Eso estaba implícito en el ambiente". Lo relata también, en un tono más jocoso, **Jiménez Casas**: "A diferencia de lo que ocurría, por ejemplo, en Madrid, donde era mejor no decir que estabas psicoanalizado, en Ginebra, justo los marginados eran los que aún no habíamos iniciado el análisis. Salías de una reunión y decían 'tengo que irme a casa porque tengo la sesión a tal hora'. '¿Pero qué sesión a tal hora?' 'Sí, es que yo me estoy psicoanalizado con fulanito'. Y lo veíamos como algo a envidiar, no como algo que estuviese mal y nos decíamos 'pues yo voy a tener que hacer lo mismo, porque aquí todo mundo se está psicoanalizado'". **Viloca** tuvo que esperar a poder realizar su análisis a la vuelta, al tener que compaginar su estancia en Ginebra con el nacimiento de su hija, lo que, por otro lado, le permitió comprobar la deferencia y facilidades que obtuvo para poder cuidarla sin perder su formación y compaginar con el trabajo. En definitiva, la acogida humana de la que nos hablaban.

Todos los apuntes que nos van transmitiendo nos acercan a esa experiencia poliédrica que vivieron, llena de matices, pero con una estructura sólida e innegociable. **Lasa** nos resume las líneas fundamentales de lo que se denominó la Escuela de Ginebra: "el interés por la psiquiatría pública, su orientación psicoanalítica y su aplicación en la psicoterapia cotidiana basada en una relación terapéutica y su esfuerzo por la formación y la docencia y la investigación aplicada fundamentalmente a la evaluación clínica y la mejora de los resultados terapéuticos. Ajuriaguerra, Cramer, Manzano, Palacio, entre otros, contribuyeron a la creación y desarrollo de dicha escuela".

Su estancia en Suiza viene acompañada de una ristra de nombres propios, más o menos conocidos en nuestros lares, pero puntos de referencia obligados en la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX. Aparte de la influencia general de Ajuriaguerra, muy subrayada por **Jiménez Casas**, **Viloca** remarca la influencia en su formación de Bertrand Cramer, **Lasa** de Claude Cherpillod o **Larbán** de

Claude Miéville. Entre todos nos dejan una lista impresionante de referentes. La solvencia de aquellos que fueron sus maestros, en el trabajo, en supervisiones individuales o grupales o en seminarios es apabullante. Aparte de los citados: René Diatkine, Serge Lebovici, Michel Soulé, Bernard Golse, René Henny, Ivan Boszormenyi-Nagy y muchos otros que serían merecedores de algo más que esta simple mención.

EL RETORNO A CASA: DUELO Y CREACIÓN

"Hay que recordar que Ajuriaguerra era un exiliado político y tenía mucho interés en que los españoles pudiéramos hacer aquí en España lo que él hubiera querido hacer y no pudo. Nos animaba mucho a que a nuestra vuelta a España hiciéramos muchas cosas. Creo que eso influyó en que, en general, todos hemos tenido tendencia a crear algo..." (**Lúcia Viloca**).

El regreso a casa tiene más de decisión personal que profesional en **Jiménez Casas**, **Viloca** y **Lasa**: conciliación familiar, hijos pequeños... En **Larbán**, se mezcla un cierto desarraigo ("Me sentía un suizo en España y un español en Suiza"), una larga ausencia y la sensación de que había cumplido ya un ciclo importante de formación de diez años en Suiza. **Lasa** nos habla de la vuelta con "dolor de corazón desde el punto de vista profesional porque tenía claras posibilidades y claras ofertas de seguir allí". Todos ellos son conscientes de que Suiza ha sido un paréntesis, pero que a la vuelta "me encuentro lo mismo que había dejado siete años antes. Es decir, prácticamente ningún recurso de psiquiatría infantil" (**Lasa**) o, explicado por **Jiménez Casas**: "cuando llego de Suiza a Vigo, me encuentro con que aquí no hay nada. Un médico más dentro del sistema de la Seguridad Social que tenía como tres cuartos de hora al día de consulta con una lista de pacientes interminable y que lo único que hacía, si le daba tiempo, era prescribir el fármaco correspondiente al primer, segundo o tercer síntoma que le decía el paciente, con una cola a las cuatro de la tarde de 30 a 40 pacientes que había que despachar en tres cuartos de hora". Un desconsuelo en

la comparación. **Larbán** redonda también en la dificultad de adaptarse de nuevo al regreso: "En España, al año todavía no me había adaptado. Por ver, y de forma dolorosa, esas enormes diferencias, no solamente en el trabajo clínico de salud mental, sino también en el funcionamiento de la administración".

A la vuelta, también perciben que la formación en el extranjero, lejos de ser una ventaja en la relación con los nuevos compañeros, despierta recelos, "te hacía claramente sospechoso" (**Lasa**). **Viloca** nos transmite el mismo sentimiento: "fuimos viendo que ir explicando las ideas que traías de Ginebra no era conveniente, ya que despertaba muchas envidias. Recuerdo que durante muchos años no hablaba de ello, en muchos sitios ni lo mencionaba... Está claro, también, que explicar todas esas maravillas y ver el retraso que teníamos aquí generaba malestar. Es natural, la diferencia era muy grande...".

Comparten también la idea todos ellos de querer trasladar aquí lo que habían visto en Suiza. El duelo profesional por el regreso se convierte en creación, casi de manera ineludible en palabras de **Lasa**: "con un cierto estado de desánimo, la pregunta que nos formulamos fue 'y ahora ¿qué hacemos?'. Creo que tanto yo, como muchos que tenían una trayectoria parecida a la mía, nos refugiábamos en decir 'pues vamos a tratar de desarrollar o implantar un modelo parecido'. Habiendo conocido un sistema asistencial dotado de amplios recursos, era imposible renunciar a plantearse la necesidad de reproducir proyectos y realizaciones semejantes en nuestro país".

Jiménez Casas recuerda también las palabras alentadoras de Ajuriaguerra: "Él nos conocía y entonces a todos nos dijo 'miren, ustedes cuando regresen, estoy convencido de que van a hacer cosas estupendas y, además, llevan las pilas cargadas, seguro que van a ser muy innovadores'. Y, efectivamente, yo creo que nos impregnó de esa especie de energía de que siguiéramos haciendo cosas".

Viloca nos cuenta cómo se forja el Centro Carrilet, que ella funda en el año 1974 en Barcelona, en aquel momento el primer centro en el estado español que atendía específicamente a niños psicó-

ticos y autistas, con el objetivo de cubrir el vacío asistencial y de tratamiento que existía en relación con estos niños y a su patología específica: *“Al volver a Barcelona, coincidimos con otros profesionales, como la Dra. Roser Pérez Simó, que se había formado en París con Serge Lebovici, el Dr. Ferran Angulo del Hospital Sant Joan de Déu o educadoras, como Pilar Sarrias, que también había vivido la experiencia de instituciones específicas en Bélgica, con los que queríamos reproducir aquel modelo de atención en nuestro país. De allí surgió la idea de crear un centro tipo hospital de día para niños autistas, como los que había conocido en Ginebra, incorporado dentro de un centro de higiene mental. Era la época del final del régimen franquista. Había un espíritu de lucha, de construcción de un país nuevo y potente. También, mucho entusiasmo. Y, detrás de todo ello, un movimiento psicodinámico importante, muy a favor de la psiquiatría comunitaria, de sacar a los enfermos del hospital y darles una atención y escucha diferentes”. Y admite, sin tapujos, que “el modelo del centro Carrilet es una copia del hospital de día para niños pequeños autistas Clairival de Ginebra. La estructura del tiempo, del espacio, la relación con las familias...”.*

Jiménez Casas contacta con **Viloca**, con la que habían coincidido en Ginebra durante su estancia, para desarrollar a su vez el Centro Menela para la atención de niños y niñas con autismo, que funda en Vigo el año 1976. Reconoce la influencia y el impulso que supuso la ayuda de Carrilet y, en consecuencia, su deuda con Clairival. Puestos a añadir elementos a la influencia de la formación en Suiza en la creación de dispositivos, incluso el Centre Therapeutique Bellaire, una temprana y fructífera escisión de Carrilet, que se creó en el año 1977 para atender a niñas y niños autistas y psicóticos de mayor edad que en el centro originario, debe también su nombre a la Clínica Bel-Air, con la gracia añadida de que la traducción supone un guiño en catalán a la localidad barcelonesa donde se ubicaba (Bellaterra). El psiquiatra Iñaki de Beascoa, que formó parte durante un breve tiempo del grupo fundador del centro, había estado también formándose en Ginebra.

Larbán vuelve con plaza en propiedad en Ibiza de jefe del servicio de salud mental de niños y adolescentes, dependiente del Patronato para la Salud Mental y Bienestar Social de Ibiza y Formentera que reunía en su seno al Consell Insular, los Ayuntamientos de Ibiza y Formentera y entidades como Cáritas, Cruz Roja y Aspanadif (Asociación de padres de niños con discapacidad) y empieza a desarrollar un modelo -a partir de su experiencia formativa en Suiza- vinculando los servicios sanitarios con los educativos y los sociales, descentralizando la atención según el modelo comunitario en equipos asistenciales en todos los municipios. *“La orientación asistencial era psicodinámica-relacional. Las consultas y sesiones de psicoterapia eran de una hora. Dedicábamos una mañana semanal a la formación de los equipos con espacios para analizar la demanda (que podía venir directamente de los padres, maestros, y no solamente del pediatra o médico de familia), otro espacio para la investigación y evaluación diagnóstica con su correspondiente indicación terapéutica, presentaciones clínicas, seminarios de lecturas, supervisiones individuales y grupales, así como otro espacio para el análisis de los abandonos y finales de tratamiento. En aquella época solo existía en España nuestro servicio y el que desarrolló Alberto Lasa en Bilbao bajo la forma del Consorcio Uribe-Costa”.*

Guimón (2008) explica que “la reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en el País Vasco se inició en un periodo extraordinariamente delicado, el situado a caballo entre los últimos años del franquismo y la nueva democracia española. El contexto ideológico y político que enmarcó la experiencia condicionó cada uno de los pasos. El llamado “Consorcio Uribe-Costa de Salud Mental” sirvió de banco de pruebas para el proyecto transformador y se inspiró en las tendencias progresistas psiquiátricas por entonces en boga en los países occidentales más avanzados”.

Lasa, a su vez, no sólo dirige el Servicio de Psiquiatría Infantil del Consorcio Uribe-Costa de Salud Mental en Vizcaya, sino que se implica en la creación de una nueva asociación científica de profesio-

nales, SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente), en la que reconoce *“la concepción de la psiquiatría de niños y adolescentes de la Escuela de Ginebra, que hemos tratado de continuar en nuestra asociación”.* Se trata de una asociación de fuerte impacto y sólido prestigio en el estado: *“Una veintena de compañeros, formados en Europa, la gran mayoría en Suiza, decidimos agruparnos en una nueva asociación profesional, SEPYPNA, liderada por Fernando Cabañero quien, después de un incansable e impagable esfuerzo fundacional en Madrid, sería nuestro primer presidente. Intentamos que SEPYPNA se convirtiera en una palanca útil para la transformación de la psiquiatría pública. Se constituye como una asociación que cree y quiere desarrollar una psiquiatría en la misma línea, es decir, preferentemente orientada desde el psicoanálisis, pero también con mucho interés por todos los aspectos institucionales, por todos los aspectos relativos a la ‘política de sector’, se decía entonces, y al desarrollo de servicios comunitarios y que empieza por una cosa que entonces chocaba un poco, que era la idea de los equipos multiprofesionales y de las instituciones terapéuticas multiprofesionales. La novedad que introdujo estaba en que incluía en su nombre, en sus estatutos y en sus actividades científicas y formativas la palabra “psicoterapia” y que postulaba, como así se comprobó, que existía un gran espacio para la psicoterapia psicodinámica que interesaba a psiquiatras y psicólogos deseosos de su aplicación en sus lugares de trabajo. En dos décadas pasó de la treintena de socios inicial a los quinientos actuales. Creo que debo señalar el papel de puente (con Suiza y con la psiquiatría francófona y europea) y de acogida de profesionales en formación que jugaron dos compatriotas que desarrollaron una importante labor en Ginebra, Juan Manzano y Francisco Palacio Espasa”.*

Los centros Carrilet y Menela, la asociación SEPYPNA, el Servicio de Psiquiatría Infantil del Consorcio Uribe-Costa de Salud Mental y el Servicio de Salud Mental y Bienestar Social de Ibiza y Formentera, son todas ellas experiencias crea-

das a partir de una manera de concebir la atención a la salud mental que deriva, sino de manera exclusiva, sí determinante, de la influencia formativa y profesional que recibieron sus impulsores en su estancia en Suiza en los años 1968-1984 y que acertaron a trasladar a nuestro estado. ●

BIBLIOGRAFÍA

Conseglieri, A. y Villasante, O. (2007). Neuropsiquiatría de posguerra: una aproximación a la población manicomial de Leganés. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 27 (1). Madrid.

Dualde, F. (2004). *El concepto de esquizofrenia en los autores españoles a través de las publicaciones psiquiátricas españolas (1939-1975)*. Tesis doctoral dirigida por E. Jordá, A. M. Rey González y

V. L. Salavert. Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, Facultat de Medicina i Odontologia, Universitat de València.

Guimón, J. (2008). Uribe Costa en un decenio tormentoso. Génesis y evolución de un reto asistencial. *Norte de Salud Mental*, 30. Bilbao.

Guimón, J. (2011). Julián de Ajuriaguerra. *euskonews*. Recuperado de: https://www.euskonews.eus/0581zbn/elkar_es.html

Pérez Simó, R. (2013). La lluita democràtica per l'assistència pública a l'atenció a la salut mental. *5è Congrés Català de Salut Mental*, "Salut mental i societat en un context de crisi: perspectives, oportunitats i propostes". Barcelona.

Ajuriaguerra y la Clínica de Bel-Air en Ginebra

– Cipriano Luis Jiménez Casas –

EL HOMBRE SE HACE HACIÉNDOSE

L'homme se fait en se faisant. Esta frase fue pronunciada por el profesor Julián de Ajuriaguerra (Bilbao, 1911 - Villefranque, País Vasco francés, 1993) en el Simposio *El robot, la bestia y el hombre*, en el marco de las Reuniones Internacionales de Ginebra (1965), considerado como el evento intelectual fundacional de la era digital¹.

Ajuriaguerra, el “Patrón” de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Bel-Air, fue uno de los psiquiatras más relevantes e innovadores del siglo XX. Como neuropsiquiatra, psiquiatra infantil, geriatra y psicoanalista (analizado por Sacha Nacht), transformaría la asistencia psiquiátrica en Europa con la apertura del manicomio a la sociedad y los tratamientos extrahospitalarios a los enfermos mentales. Concebía la psiquiatría como la “patología de la libertad” y solía decir: *La folie et le miroir ou tous nos reflétons* (La locura es el espejo en el que todos nos reflejamos).

Discípulo en París de Clerambaut, Janet o Delay (director de su tesis), sus trabajos sobre el funcionamiento cerebral, el tono muscular o la psicomotricidad fueron grandes aportaciones al mundo científico parisino, compartidos con otros psiquiatras y psicólogos relevantes como J. Lhermitte, H. Hecquen, J. Piaget, H. Wallon, H. Ey o Lagache. Con R. Diatkine, crearía la revista *La Psychiatrie de l'enfant*. Su Método de Relajación Ajuriaguerra era aprendido y aplicado por todos sus discípulos. El *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, 1971, supuso la obra de referencia al abordar la psico-socio-biología del niño desde una perspectiva global. Como intelectual, erudito y humanista frecuentó el ambiente surrealista de

la época y se relacionó con P. Eluard, A. Bretón, H. Michaux o L. Buñuel. También tendría relación con J. Lacan.

CONTEXTO INTERNACIONAL Y ESPAÑOL

Cuando llegamos a Suiza en 1968, el mundo estaba convulso: la primavera de Praga con Dubcek, la Guerra de Vietnam, el asesinato de Martin Luther King en USA, la masacre de la plaza de Tlatelolco en México, la llegada del Apolo 8 a la Luna... y, sobre todo, el mayo del 68, con sus eslóganes revolucionarios: *la imaginación al poder; prohibido prohibir; seamos realistas, pidamos lo imposible; si no formas parte de la solución, formas parte del problema...* ¡y tantas otras proclamas!

En el estado español eran expulsados de sus cátedras Tierno Galván, García Calvo y López Aranguren (1965); las movilizaciones en los manicomios de la Cadellada en Oviedo y Conxo en Santiago de Compostela que, en plena dictadura franquista, fueron un referente de las reivindicaciones de psiquiatras y sanitarios por un cambio asistencial de los enfermos mentales saldado con sanciones y destituciones; el lema XXV Años de Paz, con el eslogan “Spain is different” y el Segundo Plan de Desarrollo Económico, en una España de “pan y toros o pan y fútbol”, con sus iconos, entre otros, de Massiel y El Cordobés. La actuación de Raimon en mayo del 68, en la Universidad Complutense de Madrid, antes de partir para Suiza, supuso un acto multitudinario y reivindicativo.

Ya en Suiza, años 1968-74, nos impactaron los atentados de ETA, el cierre de la Universidad de Madrid con 300 estudiantes arrestados, Armstrong llega a la Luna, De Gaulle derrotado en Francia (1969), Allende triunfa en Chile, Regis Debray liberado en Bolivia, el proceso de Burgos (1970), el Oscar a Luis Buñuel por *El dis-*

creto encanto de la burguesía, el primer concierto de Elvis Presley por vía satélite (*Aloha from Hawaii*), el atentado al almirante Carrero Blanco (1973), la muerte de Perón en Argentina y la salud de Franco, que moriría en 1975, terminada la guerra del Vietnam.

LA PSIQUIATRÍA SUIZA EN EL CONTEXTO DE LA ANTIPSIQUIATRÍA

El Patrón revolucionó la psiquiatría en todos sus campos, haciendo frente a las corrientes en esa época convulsa de la antipsiquiatría. Desde su llegada a Ginebra en 1959, había propuesto un gran proyecto y una serie de reformas, iniciadas en la Clínica de Bel-Air, renovando los pabellones, con actividades ergoterapéuticas, tratamientos y el aislamiento social, acompañado del despliegue de una red preventiva extrahospitalaria.

“Lo importante -decía- es la utilización funcional del instrumento hospitalario considerado como una comunidad terapéutica, susceptible de permitir el máximo de tratamientos en un marco humano... El hospital forma parte del equipamiento sanitario de una población y debe inscribirse en un plan general donde él es el intermediario entre los organismos preventivos, de valoración, medicina social y de los servicios de hospitalización de larga duración”.

Abrir la psiquiatría hacia la ciudad era la pretensión del Patrón, con tres áreas sectoriales a través del Centro Psicosocial Universitario (CPSU). Cada uno de los pabellones abiertos de Bel-Air correspondía a un sector geográfico de la ciudad. El proyecto contemplaba reducir el número de pacientes hospitalarios (700 en aquel momento), sobre la base de un riesgo potencial asociado al peso del estigma del loco, del furioso, con la apertura del manicomio hacia la ciudad, en un contexto en el que la antipsiquiatría representaba

¹ Clásicos de las ciencias sociales <http://clasiques.uqac.ca>



El autor junto a Julián de Ajuriaguerra durante su estancia en Suiza.

un movimiento de calado en lo político, socio-cultural y simbólico que cuestionaba la autoridad, las normas sociales, ideológicas y contraculturales.

El proyecto fue defendido y acogido con entusiasmo políticamente por los consejeros de estado de 1963 hasta 1965. El debate sobre los asilos, el manicomio y la locura ya existía desde antes de 1960, pero su explosión tiene lugar en mayo del 68 con la psiquiatría social y la comunidad terapéutica. En torno al 68, la antipsiquiatría, representada por F. Basaglia (Italia), D. Cooper y R. Laing (Reino Unido) y T. Szasz (USA), convulsionan la psiquiatría helvética. El Patrón invita a los antipsiquiatras a Ginebra a debatir con ellos sus propuestas, pero no fue posible. Todo lo realizado por el Patrón es revisado a partir de 1969 y se crea en 1972 el Comité de Acción de la Sanidad (Comité d'Action Santé) y en 1973 el Grupo de Trabajo Social y Psiquiatría. Se critica a Bel-Air de ejercer un poder jerarquizado, de abusos de tratamientos medicamentosos, de invalidación de la palabra del enfermo, el secreto médico como responsable de la segregación de

los enfermos y se denuncia, también, la sumisión del enfermo al poder médico y la del médico a la administración.

En el periodo de 1974-1975, cuando nos marchábamos, nació la Red de la Suiza Romande de la Alternativa a la Psiquiatría en Ginebra, 1976. El relevo del Patrón ya estaba en fase de culminación y la sucesión crea una bicefalia encargándose el Dr. R. Tissot de la dirección de la Clínica de Bel-Air y el Dr. G. Garro-ne de las Instituciones Universitarias de Psiquiatría. Esta dirección bicéfala retrasaría el desarrollo de la sectorización tal como lo había propuesto el Patrón.

LA ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA EN LA CLÍNICA DE BEL-AIR

Ante los sucesos trágicos u homicidas... el Patrón siempre nos decía: "lo que piensa un criminal lo sabemos todos, pero lo que puede llegar a pensar una persona que se dice normal puede ser increíble". Comentarios sobre los que reflexionábamos después del *rapport* matinal o de las sesiones clínicas.

El día a día en la Clínica de Bel-Air empezaba a las 08:00h con la lectura de las incidencias relevantes de los enfermos hospitalizados reflejadas por el médico de guardia en la tarde noche del día anterior. A las 08:30h teníamos una reunión de todo el *staff* con el Patrón y los jefes clínicos, que nos solicitaban explicaciones sobre las incidencias de los enfermos a nuestro cargo. Una reunión tensa, sobre todo porque teníamos que hablar en público, que se relajaba con las intervenciones irónicas y las matizaciones del Patrón. En respuesta a un colega suizo-alemán que, en su noche de guardia, había hospitalizado al vagabundo más famoso de Ginebra por una ingestión alcohólica, después de describir el estado del paciente y prescribir su internamiento, el Patrón que no lo consideraba necesario le respondió: *Monsieur, il nous fait un clochard à Genève* (Necesitamos un vagabundo en Ginebra). Cuando se comentaban los problemas psicológicos que se detectaban en la ciudad y cómo habría que tratarlos, el Patrón respondía: "no se puede psiquiatrizarse la vida, que de por sí ya tiene muchos problemas".

Al terminar el *rapport*, se celebraba la sesión clínica, presentación de un caso en presencia del Patrón. Teníamos que trabajar duramente recogiendo información, exámenes, etc., ligados al historial clínico del paciente. Al terminar la exposición, el Patrón examinaba al enfermo y siempre aparecían cosas que no habíamos apreciado. Su examen clínico a los enfermos era espectacular. Fue la primera vez en mi vida que pude observar la destreza y sabiduría de los grandes clínicos formados en la Escuela de París. Habíamos leído en los libros la importancia de realizar una buena historia clínica, con el Patrón se confirmaba en la práctica. En el debate, después de la sesión, había todo tipo de opiniones y propuestas sobre el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc. con la conclusión final del Patrón, casi siempre irrefutable.

Recuerdo la exploración que le había hecho a una enferma con una neurosis histérica. Le prescribieron una serie de sesiones con ligeras descargas eléctricas. Sus crisis habían remitido y se daba por curada. Al explorarla el Patrón y después de comentarle una serie de vicisitudes de su vida, de su familia, de su trabajo, etc. la paciente le dice: "Doctor, me encuentro bien, pero ahora ¿quién me va a resolver mis problemas?".

Después de las "sesiones clínicas", que terminaban a media mañana, era la hora del café, en la propia clínica. Contemplábamos en ese momento a un Patrón culto y atento a todo lo que sucedía en el mundo. En su condición de vasco, le preocupaba la situación en Euskadi. Siempre tenía tiempo para indicarnos los libros que deberíamos leer. Recuerdo, por ejemplo, *La Vieillesse*, de Simone de Beauvoir (1970) o *Cien años de soledad*, de García Márquez (1967).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La despedida de Bel-Air con el Patrón fue muy emocionante. Nos había dicho que nos convertiríamos en promotores de proyectos e innovaciones en el país al que regresábamos cada uno de nosotros y desarrollaríamos nuestra actividad profesional. El recuerdo es el de haber contado, durante los años de trabajo y formación en Ginebra, con un profesor

como Julián de Ajuriaguerra, con el que se sueña, pero no siempre se encuentra. En este caso, se cumplió y con creces. ●

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Oar, J. M. y Guimón Ugartechea, J. (1992). *Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra*. Madrid: Arán Ediciones.

Ajuriaguerra J. de (1972). *Manuel de psychiatrie de l'enfant, vol I* (p. 1024). París: Masson. (Traducción al español: Manual de Psiquiatría infantil. Barcelona: Toray-Masson).

Ajuriaguerra J. de – Leçon inaugurale, vendredi 23 janvier, au Collège de France – *Chaire de neuropsychologie du développement, les Éditions du Collège de France*, 11 pl Marcelin Berthelot, Paris, - 5e, monographie 74, 42 p.

Ajuriaguerra J. de (1983). Discurs de recepció. *Investidura de doctor Honoris causa, 2 de marzo*. Barcelona: Universitat de Barcelona. (Publicado en francés en la revista *Enfance* en 1985, cf. Rubrique articles).

Ajuriaguerra J. de y Hécaen, H. (1960). *Le Cortex cérébral étude neuro-psychopathologique*, 2a ed. revisada, (p. 458). París: Masson.



Julián de Ajuriaguerra en la psiquiatría infantil¹

– Alberto Lasa –

Me propongo hablarles del Profesor Julián de Ajuriaguerra, de algunas anécdotas que protagonizó, y de algunas de sus palabras, dichas y escritas, tal y como las recuerdo, o tal y como han quedado en sus textos. Intentaré con ello retransmitirles la importancia, personal, que para mí ha tenido en mi formación y en mi práctica como psiquiatra de niños. Pero, sobre todo, trataré de resaltar aquello que en su enseñanza me parece constituir un patrimonio cultural del que todos podemos sentirnos discípulos y herederos.

Hubieran bastado sólo dos de sus obras para que Ajuriaguerra hubiera dejado su huella en la historia de la psiquiatría infantil.

Una, la creación, en 1958, junto con Lebovici y Diatkine, de la revista “La Psychiatrie de l’Enfant”, en la que han ido apareciendo a lo largo de 30 años muchos de sus trabajos, consolidándola para muchos de nosotros como la mejor revista de la especialidad, sobre todo por su amplitud de miras, y por su olfato para reunir aportaciones procedentes de tomas de posición teóricas diferentes.

En segundo lugar su “Manual”, publicado en 1970, y repetidamente reeditado desde entonces.

Pero no voy a dedicarme a narrarles hasta la extenuación la amplitud y calidad de sus trabajos. Entre otras cosas porque creo que él detesta este tipo de homenaje innecesario y probablemente calificaría a quien así lo hiciera más de papagayo que de discípulo.

Recientemente René Diatkine comentaba, en presencia de Ajuria, que se consideraba uno de sus mejores discípulos porque cada vez que afirmaba

“mi maestro Ajuriaguerra decía que...” el propio Ajuria le contestaba “yo jamás he dicho eso, eso es lo que tu piensas, aunque también podría haberlo dicho yo”. Lo que Diatkine, discípulo destacado, quería transmitirnos es que un verdadero maestro es el que permite la creatividad, el crecimiento y la maduración espontánea e independiente de sus alumnos y no el que exige una imitación repetitiva, y una veneración devota, sumisa y esterilizante de su propia obra².

Y el propio Ajuriaguerra mostró (en su discurso de entrada en el Collège de France) su original postura al respecto, al referirse a Henri Wallon...” de quien no fui discípulo pero a quien siempre he considerado como mi maestro”.

Ajuria nunca ha aceptado la idealización del saber y siempre ha conservado la actitud de aldeano que pisa tierra y desconfía del papanatismo con que se aceptan ciertas modas. Creo que él nunca ha sido de los que se dejan imponer teorías por simple mimetismo camaleónico con el saber que en cada época se estila. Siempre ha conservado su estilo y su trabajo de confianza inquebrantable en sus propias convicciones. Es la obstinación propia del genio. O al menos así me lo parece. He aludido a anécdotas. He aquí una.

En cierta ocasión Ajuria presidía una reunión científica. Durante toda una jornada escuchó en silencio sesudos trabajos sobre un tema entonces en boga; la sobreestimulación precoz de los bebés. Todos los trabajos demostraban con gran lujo de estadísticas y gráficas impecables, tal y como las exigencias metodológicas al uso exigen, los portentosos beneficios de tales técnicas. Además preconizaban la necesidad de importarlas urgentemente a nuestro país. Cuando tras varias horas de silencio Ajuria fue solicitado para

emitir su opinión dijo más o menos esto: “Me han parecido muy interesantes todas estas cosas que hacen Vds., pero yo cuanto más les oigo más me hacía una sola pregunta: ¿Vds. cuándo dejan dormir a los bebés?... porque todas las madres dicen que un bebé necesita dormir mucho y yo creo que tienen mucha razón”.

Ajuria parecía modesto al hablar así, pero sabía lo que decía. Por esa época dictaba sus cursos magistrales en el Collège de France. Y allí decía: “se ha estudiado mucho el fenómeno de la sub-estimulación y el problema de las carencias. Pero aunque el niño tiene “necesidad de estímulos”, una actividad caótica puede ser tan grave como la falta de estímulos. Igualmente una sobreestimulación por adiestramiento ignora la responsabilidad del niño y sus reacciones, frena la vía al descubrimiento y disminuye su característica esencial, es decir su propia actividad”.

Como vemos, enemigo del adiestramiento y apasionado defensor de favorecer y estudiar el desarrollo espontáneo de las capacidades innatas del bebé, se convertirá también en abogado vehemente de la espontaneidad de las madres en la crianza (sintonizando en ello con otro gran independiente: D. W. Winnicott).

Insistirá en la necesidad de explorar la ontogénesis del ser humano. Fascinado por su rasgo diferencial fundamental, el de ser entre todos los seres vivos, el que nace más inmaduro y desvalido, se interesará también por sus capacidades neurobiológicas (“equipamiento biológico”) que él considera innatas, adjetivo que prefiere al de genéticas, y que diferenciará cuidadosamente, de las posibilidades epigenéticas postnatales, que incluyen la potencial maduración neurobiológica dependiente de la relación de mutualidad que establecen el bebé y entorno - fun-

¹ Versión corregida por el autor de su capítulo del libro: Aguirre y Guimón (ed.). *Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra*. Ed. Aran, Madrid, 1992.

² La misión del alumno es tomarse la libertad de recrear la obra del maestro. La de éste tolerarlo.

damentalmente materno - (y todo esto es lo que él incluirá en su concepto de "potencial neurobiológico" que a diferencia del "equipamiento" no es innato).

Siempre ha afirmado las posibilidades del frágil, pero activo, bebé humano. "El bebé humano no se contenta con reaccionar, actúa"... "El hombre se hace haciéndose..." "el cuerpo encuentra su independencia cuando sus reacciones arcaicas desaparecen, cuando desaparece el predominio de la prehensión forzada y de imantación de la mirada, entonces buscará por sí mismo las aferencias táctiles y cenestésicas, este cuerpo será capaz de coger o no coger sus placeres y de la capacidad para manejar la proximidad y la distancia"... "el niño es un ser inmaduro que porta en sí mismo su propia construcción... en su progresión accionada por la experiencia... entre el deseo, la necesidad y el deber hacer... entre sus pulsiones y su deber.. *se hará a sí mismo*".

La mutualidad madre-bebé despertó en el hombre científico destellos de poeta. "En el transcurso del cruce del embarazo se crea un modo de relaciones entre la madre y el niño. El embarazo no se reduce al lugar de nidificación, la madre no es sólo habitáculo, es al mismo tiempo envolvente, genitora, nutricia y transmite a través del cordón umbilical, los humores de la carne".

Desde la literatura sintoniza totalmente con él, supongo que sin saberlo, el mismísimo Gabriel García Márquez, quien en una soberbia novela que terminará en otro cruce de amor, (me refiero a "El amor en los tiempos del cólera") escribe de una maternidad apasionada: ... "había sufrido el espanto de sí misma al comprobar que no sentía el menor afecto por aquel ternero de vientre que la comadrona le mostró en carne viva, sucio de sebo y sangre, y con la tripa umbilical enrollada al cuello... Pero en la soledad del palacio aprendió a conocerlo, *se conocieron y descubrió con grande alborozo que los hijos no se quieren por ser hijos, sino por la amistad de la crianza...*".

La aventura científica de Ajuria, curioso impenitente, se encaminará desde un terreno de sobra conocido para él y del que ya sabía mucho, el cuerpo neurobiológico, hacia otro más desconocido

y comprometido. Cual osado explorador se adentrará en la aventura de la relación humana.

En el terreno del encuentro del ser vivo que nace más inmaduro y dependiente, el bebé humano, con un entorno, la madre que termina de dar forma a los procesos y posibilidades madurativas marcados por lo genético y lo determinado, pero confrontados en último término con el azar y la suerte propios del encuentro o del desencuentro relacional que marcan el destino humano.

Y aquí Ajuria aceptará las limitaciones que su experiencia le enseña. Dice un proverbio chino que no deben hacerse profecías sobre todo cuando se trata del porvenir. "El clínico debe saber que un pronóstico desde que es emitido, implica una gran responsabilidad. Nuestro pronóstico no debe ser portador ni de falsa esperanza ni de desesperanza destructiva".

"Sólo se puede curar a otro una vez que uno mismo ha perdido la insolencia de la salud", nos decía en uno de sus mensajes inolvidables. Yo me atrevo a parafrasearle desde sus enseñanzas. Sólo se puede hacer ciencia cuando se ha perdido la insolencia de la certeza.

Ajuria es el ejemplo mismo del empirista que debe confrontar todo lo que se dice con su propia experiencia. Cuando toda la cultura entorno consagra ciertas ideas él, como dicen que hacía Santo Tomás (y supongo que le gustaría verse citado junto a los santos a quienes le gustaba incluir en sus citas científicas), necesita ver para creer, y yo diría que, en su caso, también ver para no creer.

Así por ejemplo, cuando desde América invade a la psiquiatría infantil europea la idea de un aparente descubrimiento revolucionario, él no duda en mostrar su escepticismo: "en un gran número de trabajos americanos la introducción de la noción de 'lesión cerebral mínima' conduce a describir hiperkinéticos sin hiperkinesia".

Como se ve le bastan pocas palabras, virtud que pocos elegidos poseen, para desmontar aparatosas afirmaciones. Sobre todo si servían a la causa del reduccionismo pseudocientífico. En este ejemplo se sublevaba contra el reduccionismo or-

ganicista que empobrece las posiciones neurobiológicas seriamente fundadas.

Pero tampoco dejaba de cuestionar otros reduccionismos sociologistas o historicistas. Y así, por ejemplo, cuando comenta la obra de ciertos historiadores en boga (Lloyd de Mause y cols.: "The History of Childhood"), que a su juicio sesgaban la historia de la infancia, apostilla: "su documentación es abundante, pero unilateral. Ningún documento les falta al parecer y sobre todo en lo que a malos tratos, sodomía y otros juegos sexuales, castración y asesinato de niños se refiere... se diría que nuestros ancestros eran sádicos o pedófilos".

Otro ejemplo, cuando en la cultura psiquiátrica del momento se vivían tiempos de desinstitucionalización, él decía: "...el término 'asilo' con su connotación antigua no nos desagradaba ni nos avergüenza".

En mi opinión la obra investigadora de Ajuria se caracteriza por su actitud audaz. Conocedor de los caminos ya transitados y curioso irrefrenable de nuevas sensaciones no ha dudado en adentrarse en terrenos inéditos. Incapaz de alinearse en la marcha sincronizada de legiones de investigadores, siempre prefirió la posición del francotirador que elige su objetivo.

En el fondo, siempre ha conservado algo del anarquista juvenil al que le encanta atreverse a sacudir verdades inamovibles. Siempre se tambalea algo, y ello añade el placer de la irreverencia lúdica.

En su vida y en su obra creo reconocer una constancia: la del socarrón (no puedo evitar detallarles el homenaje que María Moliner hace al término: "...del vasco 'sukarra', fuego y fiebre: quemar una cosa superficial o ligeramente. También de 'socarro', derivado del latín 'jocarius': bromista. Se aplica a la persona hábil para burlarse de otros disimuladamente, con palabras aparentemente ingenuas o serias, y aficionado a hacerlo").

Otra anécdota.

Tras un curso de doctorado muy concurrido un oyente interroga a Ajuria acerca de matizadas cuestiones en torno a las particularidades que afectan a los gemelos. Las preguntas son varias y

las argumentaciones densas y muy bien construidas. Finalmente el demandante le cuestiona en torno a las específicas vicisitudes de la identidad, de la simbiosis y de la autonomía que deben sufrir los gemelos. Ajuria responde: “¿Vd. es gemelo, verdad?”. El interlocutor sorprendido responde afirmativamente. Ajuria epiloga lacónico: “ya me parecía que sabía Vd. mucho de esto..., no puedo decirle nada que Vd. no sepa”.

En otra conversación personal que mantuve con él, le contaba yo que un colega, también discípulo suyo, decía: “El más listo es Ajuria. Cuando está con neurólogos les habla de psicoanálisis, cuando está con psicoanalistas de neurología y cuando está con todos juntos de Santa Teresa de Jesús y de los místicos españoles”. Ajuria rió con ganas y me dijo: “Tiene razón su amigo. Es verdad. Además no hay nada más aburrido y fastidioso que hablar con la gente de lo que ya se sabe”.

Y es que a Ajuria le apasionaba husmear en el saber ajeno. Gracias a esta virtud le debemos uno de sus grandes trabajos (2), que el Comité editorial de la *Psychiatrie de L’Enfant* ha juzgado digno de figurar en el número que reúne los artículos más significativos de sus primeros 30 años de historia. En él Ajuriaguerra, selecciona de entre sus lecturas citas de curiosos personajes. Entre otros y por orden alfabético: Aristóteles y Ausonius, Berulio, Dante, Diderot, Galeno, Heroard (médico de Luis XIII), Hipócrates, Isidoro de Sevilla, Juan Bautista de la Salle, historiadores como Le Goff, Le Roy Ladourie y la ya citada LLOYD de Mause, Montaigne, Pascal, Plutarco, Rabelais, Rousseau, San Agustín, San Francisco de Sales, San Jerónimo, Mme de Sevigne, Luís Vives, un gran iconoclasta, Voltaire, y hasta textos de la llamada “Corporación de nodrizas” que funcionó en el París del siglo XVII.

Permítanme decirles que creo que debiera ser un trabajo de lectura obligada para quien quiera ejercer nuestro oficio. Sobre todo en estos tiempos en que una psiquiatría cada vez más técnica parece reñida con la tradición cultural humanística que la Medicina siempre tuvo.

En un ejercicio de disciplina total, un Ajuriaguerra en la cima de su experiencia reflexiona sobre el dilema de lo in-

nato y lo adquirido, sobre la historia de las fantasías que el niño ha despertado en moralistas, fisiólogos, historiadores y hombres de iglesia, sobre el nacimiento de la ternura y el amor pasión, sobre las carencias, olvidos y agresiones que la infancia ha sufrido durante siglos, sobre la importancia de la leche materna.

Desgranando ante nuestros ojos sus propias lecturas, Ajuria se muestra capaz de contagiarnos su diversión (lúdica) - y su capacidad de sorprenderse ante lo insólito que encuentra en lo que a otros le resulta cotidiano.

Ajuria ha dicho que: “...el psiquiatra se ocupa de las cosas más simples, de los dichos y hechos banales, estudia menos sucesos y menos casos hermosos que cualquier otro médico, pero siempre es testigo de tristes y bellas historias sobre cariños desaparecidos o tristezas insoportables...”. Por ello no debe extrañarnos que considere que un científico debe asombrarse al saber que la nodriza de Luis XVIII asistió a su noche de bodas (2).

Tampoco debe asombrarnos que haya dedicado sus últimos años de actividad a temas como: el abrazo, el beso y la ternura (5); las posturas de amamantamiento (6); “la piel como primera relación, del tacto a las caricias” (7). Para él son estas cosas las que animan la carne. En su concepto de la neuropsicología del desarrollo del infans, y de la ontogénesis del comportamiento humano, el encuentro entre lo social, el entorno cultural, y el equipamiento neurobiológico, pasan a través del vértigo de la relación materno-filial en una crianza, (palabra que él ha revalorizado) en la que se personalizan y encarnan los afectos.

No es Ajuriaguerra de los que confunden ciencia con certeza. Pertenece a la estirpe de los audaces, de los que sabedores de su ignorancia aman la incertidumbre y buscan sin cesar un poco más de luz, un poco más de saber. De los que no creen en las verdades definitivas y no descansan, permanentemente impulsados por la duda, permanentemente libres para cuestionar las insuficiencias de nuestro conocimiento.

Por eso su enseñanza es, para quien quiera seguirle, a la vez altamente estimulante e inquietante.

Les propongo terminar con sus propias palabras: “El estudio del niño permite superar la oposición entre teorías organicistas y psicogenetistas. Si queremos superar las contradicciones entre lo biológico y lo psicológico o entre lo psicológico y lo sociológico, hay que estudiar al hombre desde su comienzo”.

Porque resume todo su pensar, ésta podría ser una divisa apropiada para quienes quieren practicar la psiquiatría infantil siguiendo su linaje: “Hay que estudiar al hombre desde su comienzo”. ●


BIBLIOGRAFÍA

1. J. de Ajuriaguerra. *Manuel de Psychiatrie de L’Enfant*. Masson, Paris 1970.
2. J. de Ajuriaguerra. *L’Enfant dans l’Histoire. Problèmes psychologiques*. *Psychiatr. Enfant*. XXII,1,1979.
3. J. de Ajuriaguerra. *Lecciones en el Collège de France, Cursos 1976-1981*. Resúmenes publicados en: *Bulletin de Psychologie*, Tome XLIII n° 391, 1988-89.
4. J. de Ajuriaguerra. *Lecciones en los Cursos del Doctorado de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco*. Curso 1983-84. (No publicado)
5. J. de Ajuriaguerra, I. Casati. *Ontogénèse du comportement de tendresse. Étude de l’embrassement a partir du pattern -tendre les bras-*. *Psychiatr. Enfant*. XXVII, 2, 1985.
6. J. de Ajuriaguerra, F. Cukier-Memeury, I. Lezine. *Les postures de l’allaitement au sein chez les femmes primipares*. *Psychiatr. Enfant*. XXII, 2, 1979.
7. J. de Ajuriaguerra. *La peau comme première relation. Du toucher aux caresses*. *Psychiatr. Enfant*. XXXII, 2, 1989.

(Sólo se han consignado las obras citadas en el texto).

Para una bibliografía más amplia y seleccionada de la obra de J. de Ajuriaguerra véase:

J. Guimón. “Presentación del Profesor Julián de Ajuriaguerra en el acto de



nombramiento como miembro de honor de SEYPNA. II Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente, Bilbao 1986. Publicado en: Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil no 2. 1986. Para una recopilación bibliográfica de toda su obra véase:

J.M. Aguirre. Vida, obra y época de Don Julián de Ajuriaguerra Otxandiano. Tesis Doctoral (no publicada). Universidad del País Vasco, 1991.

Julián de Ajuriaguerra (Comunicación personal privada un viernes de la primavera de 1971, en Ginebra)

– Llúcia Viloca –

“Escuche al enfermo, hable con el enfermo, ame al enfermo y mírelo como una persona con quién usted puede dialogar. El enfermo es quién nos enseña, si lo escuchamos y dialogamos con él descubrimos que, en el intercambio interpersonal emocional, el enfermo se modifica. Esto es la gran revelación que nos aportó Freud y la psiquiatría psicodinámica. Yo me analicé con S. Natch, me sirvió mucho, no he querido ejercer de psicoanalista porque he encontrado que la aplicación del psicoanálisis en las instituciones públicas es una revolución. Mire usted, cuando yo llegué aquí a Ginebra el hospital psiquiátrico estaba cerrado, los enfermos internados desde hacía muchos años. Fue con la

aplicación de la psiquiatría psicodinámica que se abrió. Tuve que convencer a los políticos, a la población científica y de la calle. ¿Sabe cómo lo hice? Dialogando con el enfermo y su entorno.

Los primeros años pedí a la policía que si encontraban algún enfermo en la ciudad me llamasen. Iba a la hora y al día que fuera, a las dos de la madrugada o a las cuatro o el día de Navidad, dialogaba con el enfermo ante la policía, los políticos y la gente, en medio de la calle. ¿Sabe? Si al enfermo lo comprendes y lo tratas como a una persona, siempre te hace quedar bien ante los demás. Ustedes en España, de esta manera, ya verá cómo conseguirán la revolución de la psiquiatría de adultos y de niños y con ello su democratización y humanización. Los biologicistas saben del cerebro, nos pueden ayudar.

Ya ve, yo tengo de subdirector al Dr. Tissot, él me aporta mucho, nos respetamos, este es otro punto importante, además de la investigación. Ya sabe, a mí me apasiona la investigación al servicio del enfermo y de la persona. No se desaliente, luche por el enfermo y para el enfermo, ya verá como en España las cosas cambiarán, ustedes harán lo que yo no he podido hacer por mi patria, porque durante la guerra civil con el franquismo me tuve que exiliar con mi familia”.

Con esta cita y recuerdo del Dr. Ajuriaguerra he querido expresar la importancia del psicoanálisis en todo el mundo, en la organización de la psiquiatría llamada comunitaria y de la psiquiatría infantil pública, que hoy en día disfrutamos, pero de la que no siempre recordamos sus orígenes. ●



Función mediadora uterina en el autismo: la co-construcción de la posibilidad de tocar y ser tocado en el vínculo terapéutico¹

– Ema Ponce de León –

Psicóloga clínica, PhD, Psicoanalista (Asociación Psicoanalítica del Uruguay-IPA). Montevideo (Uruguay)



INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE “TACT-PULSION”

En el autismo existen grandes interferencias entre el tocar y el ser tocado por el otro. ¿Qué hipótesis pueden surgir de

estos casos y qué recursos terapéuticos podemos utilizar?

Régine Prat, psicoanalista francesa, ha propuesto el concepto de “tact-pulsion”, que es de gran interés para comprender psicoanalíticamente las dificultades con el tacto en el autismo, así como las estrategias utilizadas para lograr efectos positivos en la evolución general de los pacientes.

Es por ello, que comenzaré por transmitir sus ideas, partiendo de una comunicación personal y abreviada de la autora, que puede profundizarse en su obra publicada (Prat, 2021).

Las investigaciones apoyadas en la embriología y la imagenología, en particular la ecografía prenatal, han permitido observar que en la vida intrauterina hay manifestaciones de vida psíquica y que se puede concebir una conciencia subjetiva muy temprana.

La primera sensorialidad es la del tacto, que comienza a transmitir estímulos en la región peri-oral alrededor de la oc-

tava semana de desarrollo embriológico. Es llamativo que al primer contacto le siga un repliegue, que puede pensarse como un “reflejo” para evitar una novedad que trastorna todos los datos. Luego sigue una búsqueda de contacto, que es la primera transformación psíquica de un dato somático. A este vínculo intermediario entre la excitación somática y la actividad psíquica, definido por Freud como pulsión, Régine Prat propone calificarlo, en su especificidad táctil, como “tact-pulsion”.

La búsqueda de contacto organiza de forma muy precisa el conjunto de la motricidad del feto en una exploración del ritmo de la alternancia agarrar-soltar: los juegos rítmicos, antecesores del fort-da, ocupan una parte esencial del tiempo de vigilia del feto. Esta búsqueda se sustenta en el evidente placer que produce y se puede hipotetizar una memoria de forma que ancla este placer en el tacto original. Los otros modos sensoriales tendrán como objetivo buscar la satisfacción, en continuidad con el “tact-pulsion”: estar en contacto auditivo, luego visual. A través del procesamiento “amodal” de la información sensorial se puede reconocer una cara que nunca se ha visto, sino que sólo se ha tocado (Reid et al., 2017). También se evidencian algunos indicios de percibir diferencias en el ritmo de los movimientos del feto hacia los ojos y la boca (Zoia et al., 2012). Los fetos comienzan a abrir la boca antes del contacto con la mano, lo que marca la anticipación y representación de la secuencia completa de movimientos (Myowa-Yamakoshi, 2006).

Hay, asimismo, investigaciones sobre los estímulos sonoros y las reacciones

que suscitan en el feto, entre ellas el reconocimiento de la voz materna (Maiello, 2000), con las consiguientes consecuencias en la diferenciación del psiquismo a partir de la unión psicofísica primordial.

Un modo de representación, el pensamiento y las primeras diferenciaciones se anclan en la experiencia reversible del contacto, permitiendo diferencias entre yo-no yo, interior-exterior, duro-blando...

Lo que llamamos innato debería incluir las experiencias transcurridas in utero, así como lo que puede haberlas obstaculizado en una etapa temprana. Considerar el “tact-pulsion” y su memoria de la forma como el primer motor y el primer organizador del psiquismo abre el camino a una herramienta clínica de primer rango durante los tratamientos que se ocupan de reconstruir un desarrollo inicial obstaculizado.

Este aspecto esencial, que es el contacto, está anclado en un origen pulsional que Prat denomina “tact-pulsion”, lo que da una gran coherencia a estas situaciones clínicas desde los puntos de vista metapsicológico, de desarrollo y terapéutico: en efecto, el camino terapéutico sigue el mismo camino que el desarrollo y que el camino mismo del “tact-pulsion”.

CASO CLÍNICO²

Manuel llega a la consulta a los cuatro años, debido a la resistencia de sus padres de aceptar el diagnóstico de TEA. Es un niño que presenta frecuentemente crisis de llanto y gritos, intolerables para el entorno, huyendo de toda forma de contacto. Impresiona como un animalito salvaje. Resulta imposible calmarlo, frente a la proximidad corporal, muerde

¹ Una versión del presente trabajo ha sido publicada en la Revue Canadienne de Psychanalyse, Vol 29, No 2, Otoño 2021, con el título de “La co-construction de la possibilité de toucher et d’être touché dans le lien thérapeutique”.

² Agradezco a mi colega Marisa Pereira el permitirme utilizar su material clínico.

o tira del pelo a los adultos. No tolera los cambios, ni permanecer en un espacio cerrado, no quiere entrar al consultorio, entra y sale permanentemente de los espacios, deambulando por el patio, el jardín, sin desarrollar ningún juego. Corre riesgos y se lastima a menudo. Tiene lenguaje, pero sin finalidad comunicativa. La terapeuta lo sigue e intenta acoplarse a cualquier mínima iniciativa. El inicio del trabajo con Manuel es sumamente difícil y genera gran impotencia. Las primeras interacciones son a través de una ida y vuelta de pelota, de poca duración.

En una etapa posterior, donde logra permanecer en el consultorio, comienza a ocultarse bajo una tela que cubre un diván y repite esta actividad y comienza a permanecer quieto y calmado. La terapeuta se acerca, primero desde la palabra, pero si se sienta a su lado, la pateo. Comienza a cantar canciones de cuna y en esos momentos tolera mejor su cercanía. Muchas veces se descalza y deja sus pies desnudos para meterse bajo la sábana. Otras veces, se levanta la camiseta dejando parte del torso desnudo.

La terapeuta va intentando formas de acercamiento en esa situación donde se muestra en calma y más receptivo. Algunas veces la pateo, pero acepta que toque sus pies a través de la sábana, acompañado de canciones de cuna. Luego aceptará que lo abraza a través de la sábana.

Este ritual se desarrolla durante buen tiempo y se establece como forma de calmarse y organizarse para poder terminar la sesión. Comienza a resistirse a irse al final de la sesión, no acepta ponerse los zapatos y se va descalzo. En este proceso logra decir la palabra “sábana” y con ella pide esta experiencia. Comienza a deslizarse por el diván como si fuera un tobogán, acepta que la terapeuta tire de sus pies y disfruta. Comienzan a cantar juntos canciones referidas a los pies, a los dedos y acepta cosquillas.

Más adelante, permite que la terapeuta se introduzca debajo de la sábana,

que pasa a llamar casa o carpa. Al principio, establece una barrera, pero luego va aceptando compartir ese espacio en el que logra el mayor contacto visual, así como conversar y abrazar. Se transforma en un juego de escondidas, donde se esconden alternadamente él o la terapeuta. Un año después de estas experiencias y cuando ya Manuel ha tenido enormes progresos en todos los ámbitos, incluido el escolar, la “carpa” es el lugar donde acepta la mayor proximidad física y afectiva, busca el abrazo por disfrute, la contención emocional y autorregularse cuando está angustiado. Invita a la terapeuta a que comparta ese espacio con él. La terapeuta siente que este proceso bajo la sábana es el que posibilitó el contacto físico y dio inicio al vínculo afectivo con Manuel.

¿Cómo pensar el rechazo inicial al contacto físico y afectivo que presenta Manuel y la progresiva aceptación del otro a través de la sábana, para luego comenzar a disfrutar de ser tocado y de establecer un vínculo?

Además de la evidencia clínica de las dificultades de los niños con TEA referidas al tacto, los estudios neurocientíficos establecen una correlación entre muchos síntomas y aspectos neurológicos. El rechazo en aceptar ser tocados, incluso a veces por sus padres, se relaciona con una disfunción para el procesamiento socio-emocional de tres modalidades sensoriales: el tacto, la vista y el sonido y una actitud defensiva frente a ellos (Kaiser et al., 2016)³. El sistema del tacto se desarrolla antes del nacimiento (Kisilvsky et al., 1998), tal como señaló Prat, y existe en el desarrollo típico una comprensión innata del sentido emocional y social del tacto.

Taparse con la sábana sugiere la necesidad de crear una barrera para-excitación. Ofrece una envoltura protectora frente a los estímulos permitiéndole mantenerse calmado. Pero no se trata solamente de un efecto imaginario, sino

de un efecto físico, ya que la sábana toma contacto con la piel y Manuel busca ese contacto directo con la piel de sus pies y su torso. De esta forma él mismo puede controlar y dosificar los estímulos, evita el contacto visual y permite el tacto suave, flexible y leve de la sábana, un objeto al cual está habituado en su vida cotidiana. Aquí, proponemos una hipótesis: este objeto suave, flexible y envolvente ¿podría asociarse al líquido amniótico como el primer elemento de contacto con toda la superficie del cuerpo, oficiando de “amortiguador” para los estímulos? Se trata de un elemento mediador entre el tacto y lo exterior a sí mismo: los objetos sólidos como la pared uterina, la placenta, el cordón umbilical, etc.

La vida intrauterina ofrece un médium maleable, previo al nacimiento, que permite que el bebé ejercite sus movimientos y sus sentidos, sin ofrecer resistencia y donde éste tiene un control mayor que el que tendrá luego del nacimiento. Si el nacimiento es considerado traumático en el desarrollo típico, imaginemos las vivencias intensas de displacer y dolor que pueden provocar los cambios abruptos en niños con una disfunción sensorial. Con la pérdida de la envoltura líquida el bebé debe enfrentar: un pasaje de la tibieza al frío, exposición de la piel al aire y en contacto con estímulos fuertes e invasivos, la fuerza de la gravedad que modifica el movimiento y cambios en el sistema respiratorio y circulatorio.

La madre y el ambiente comienzan a proveer nuevas y variadas experiencias de tocar y ser tocado, pero en los niños autistas parecerían conectarse con algo displacentero y traumático. Es frecuente que repitan situaciones de meterse “adentro-de” y salir, que evocan lo intrauterino y el nacimiento, así como lo traumático de ese pasaje.

En base a estudios existentes, es posible hipotetizar que las alteraciones sensoriales constitucionales del autismo afecten tempranamente los procesos

³ Existen estudios previos que evidencian disfunción en áreas cerebrales de asociación hetero modal (sistema límbico e hipotálamo en conexión con el lóbulo inferior parietal) involucradas en el procesamiento de las respuestas a los estímulos visuales y auditivos. Este estudio (Kaiser et al., 2016) muestra que existe un déficit en este procesamiento compartido por al menos tres modalidades sensoriales: el tacto, la vista y el oído. Debido a un descenso de la activación de la zona del cerebro responsable del procesamiento socio-emocional en respuesta al tacto, que permite una comprensión innata del significado social y emocional del tacto.



Taparse con la sábana sugiere la necesidad de crear una barrera para excitación. Ofrece una envoltura protectora frente a los estímulos permitiéndole mantenerse calmado.

que comienzan in utero, quizás la transmodalidad misma y el organizador psíquico de “agarrar-soltar”. En el autismo se observan diversas alteraciones relativas al tacto: exploración con el dorso de la mano o utilización de la mano del otro como intermediaria, manipulación estereotipada (como abrir-cerrar, alinear) aferramiento a objetos duros, contacto adhesivo con las superficies, dificultad por soltar los objetos. Puede relacionarse también con la modalidad “adhesiva” de pegarse al otro, con una ansiedad de separación desgarradora con la madre u otras figuras. Tanto en el rechazo de ser tocados como en el quedarse pegados, hay un trastocamiento del contacto y de la “flexibilidad” frente al “tocar-soltar”, “unión-separación”. O sea que, la clínica nos ofrece la oportunidad de observar requerimientos diferentes en el procesamiento del tacto por parte de los niños con autismo. Generalmente, no toleran

el tacto directo, sino a través de un mediador, incluso se facilita el encuentro de miradas a través de lentes.

Aparece en las sesiones la necesidad de un objeto intermediario que pueda ir dosificando el contacto entre él mismo y el otro. Con Manuel, la terapeuta aprovecha esta señal del niño para acercarse de modos en que él pueda ir aceptando ser tocado y tocar. También las canciones de cuna constituyen, a través de la musicalidad de la voz una envoltura sonora, que modula el estímulo auditivo, recibido de modo placentero por Manuel. Esta etapa podría considerarse una co-construcción conjunta de un procesamiento nuevo del tacto, con una transformación que, seguramente, tiene un correlato neurológico, apoyada en la plasticidad cerebral.

Esta transformación continúa después del nacimiento en un vínculo con otro, por lo cual se trata de un procesa-

miento sensorial y emocional que se dan al unísono. En los niños con necesidades especiales estos procesos deben producirse en condiciones especiales, donde el otro pueda acercarse con levedad, con un “tacto” especial, tan suave, modulado y maleable como el que se produce a través del líquido amniótico.

¿Cómo podemos pensar lo que sucede con el movimiento pulsional originario “de tocar” en el autismo?

¿Podemos proponer la hipótesis de factores constitucionales que interfieren en el pasaje del evitamiento del contacto a la búsqueda de contacto que ocurre entre las 8 y 11 semanas de gestación? Si seguimos esta propuesta, ¿tal vez estas interferencias en el desarrollo prenatal distorsionan la emergencia del “tact-pulsion” en el autismo, alterando las posibilidades de transformación de lo sensorial traumático y del desarrollo pulsional en general?

EN SÍNTESIS

Existen investigaciones que avalan que los niños que presentan dificultades serias para establecer un vínculo presentan una alteración en el procesamiento sensorio motriz y emocional del tocar. Si seguimos la propuesta de Prat, esta alteración podría interferir el empuje a “tocar/entrar en contacto” que definen al “tact-pulsion”, desde lo prenatal y en su desarrollo posterior. También podemos preguntarnos, siguiendo a esta autora, si esta interferencia puede haber ocurrido por una detención o no evolución del repliegue al contacto, sin transformación de lo somático en un primer movimiento psíquico que configura el “tact-pulsion”. En estos casos, el niño queda librado a la excitación y la desregulación afectiva, como vimos en Manuel.

Por mi parte, he propuesto una hipótesis referida a la función del líquido amniótico como mediador del tacto en el útero. En el caso relatado, se observa lo que llamamos una “función mediadora uterina”, heredera del líquido amniótico

y que supone suministrar modalidades y objetos mediadores para permitir tocar y ser tocado. Es parte del trabajo terapéutico de co-construcción con el paciente de un proceso de transformación desde la evitación y el temor hacia el tocar, ser tocado con placer y disfrute y, así, lograr la conexión afectiva y el emerger de la subjetividad. ●

BIBLIOGRAFÍA

Kaiser, M. D., Yang, D. Y. J., Voos, A. C., Bennett, R. H., Gordon, I., Pretzsch, C., Beam, D., Keifer, C., Eilbott, J., McGlone, F. y Pelphrey, K. A. (2016). Brain mechanisms for processing affective (and nonaffective) touch are atypical in autism. *Cerebral Cortex*, 26 (6), 2705-2714.

Kisilevsky, B. S. y Low, J. A. (1998). Human fetal behavior: 100 years of study. *Developmental review*, 18 (1), 1-29.

Maiello, S. (2000). Trames sonores et rythmiques primordiales. *Journal de Psychanalyse de l'enfant*, 26.

Myowa-Yamakoshi, M. y Takeshita, H. (2006). Do Human Fetuses Anticipate Self-Oriented Actions? A Study by Four-Dimensional (4D) Ultrasonography. *Infancy*, 10, 289-301.

Prat, R. (2021). Exploration du concept de tact-pulsion. *Revue Canadienne de Psychanalyse*, 29.

Reid, V. M., Dunn, K., Young R. J., Johnson, A., Donovan, T. y Reissland, N. (2017). The Human Fetus Preferentially Engages with Facelike Visual Stimuli. *Current Biology*. (Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.05.044>)

Zoia, S., D'ottavio G., Blason, L., Biancotto M., Bulgheroni M. y Castiello, U. (2012). Développement de l'action planifiée chez le foetus humain. *Enfance*, 64 (1), 9-23.

¿Entendemos suficientemente a los niños con TEA en la escuela ordinaria?¹

– Rosa Sellarès Viola² –

Licenciada y Dra. en Psicología. Licenciada en Pedagogía terapéutica. Psicoterapeuta. Dra. Fundació PRESME (Pro Educació i Salut Mental). (Barcelona)



Objetivo: proporcionar elementos para la comprensión de los niños con TEA en la escuela y defender la necesidad de tener en cuenta y respetar algunas peculiaridades de

su funcionamiento que influyen en las formas de estar y aprender de estos niños.

TEA Y ESCUELA

El TEA (Trastorno del Espectro Autista) es un trastorno del neurodesarrollo. Sus síntomas nucleares incluyen dificultades en las interacciones sociales y en la comunicación y formas de comportamiento, intereses y actividades restringidas y repetitivas. Estos fenómenos se manifiestan antes de los 36 meses y permanecen presentes a lo largo de la vida. El concepto “Trastorno del Espectro Autista” (Wing y Gould, 1979) es un concepto paraguas que incluye tanto a personas que, a pesar de las dificultades propias del trastorno, pueden adaptarse a un ritmo de vida normal como también a personas muy afectadas, con severas dificultades para relacionarse y sostener una vida autónoma. Situar el trastorno en un continuum ayuda a pensar en términos de proceso y apostar por una cierta evolución con ayuda de la intervención educativa y psicoterapéutica, pero supone también incluir en una misma categoría a personas con funcionamientos y necesidades

muy diferentes. En la escuela, las manifestaciones del trastorno autista son muy variadas. En cuanto al funcionamiento intelectual, podemos encontrar a niños con un profundo retraso mental, con competencias cognitivas y comunicativas limitadas o con buenas capacidades intelectuales, como es el caso de los niños que sufren Asperger y que podrán seguir con más o menos dificultades el ritmo de la clase. Mientras que algunos niños pueden no haber accedido al habla, otros no pueden dejar de hablar o presentar distinto grado de dificultad en la comunicación. Si algunos se muestran aislados o distantes, otros buscan la proximidad social de forma excéntrica o inadecuada. Algunos pueden adaptarse a las demandas escolares, mientras que a otros el malestar y la impulsividad se lo impide. Además, el TEA coexiste a menudo con otros trastornos de tipo motor, neurológico y cognitivo que pueden dificultar el diagnóstico. Atender a los niños con TEA en la escuela ordinaria no es fácil, tanto por la dificultad de dar respuestas adecuadas a necesidades que pueden requerir respuestas muy individualizadas, apoyo intensivo, adaptaciones curriculares y organizativas, como por la estructura y funcionamiento de la escuela, por lo general poco adaptada a las necesidades de estos niños.

Los maestros se sienten a menudo inseguros, desbordados e incompetentes para atender a estos niños a los que les cuesta adaptarse al marco escolar y al aprendizaje. Para ellos, la experiencia en la escuela puede resultar muy positiva si encuentran respuesta a sus necesidades en un contexto inclusivo en el que sean respetados los derechos a ser diferentes en la forma de ser y aprender y experimentar un sentimiento de pertenencia. Sin embargo, puede resultar negativa e

iatrogénica cuando se trata al niño como a uno más, se recurre a metodologías que se limitan al entrenamiento de habilidades y competencias y se renuncia a entenderlo y a tener presente lo que es subjetivo en la criatura.

Queda todavía mucho por hacer en la comprensión del funcionamiento mental y de las “muy especiales” necesidades educativas de estos niños. Habría que preguntarse si entendemos y valoramos suficientemente las vulnerabilidades y necesidades de los niños con TEA en la escuela y si somos conscientes de los retos que supone entenderlos, respetarlos e incluirlos.

EL TEA: CONCEPTO, DIAGNÓSTICO Y APROXIMACIONES

El TEA se caracteriza por un desarrollo atípico más que por un retraso en la adquisición de competencias fundamentales. El trastorno afecta a un conjunto de funciones íntimamente conectadas en el desarrollo normal del niño durante el período sensoriomotor: las pautas sociales, las competencias comunicativas, las habilidades simbólicas, las conductas lúdicas e imaginativas y las relaciones emocionales (Rivière, 1994). En los niños autistas, este desarrollo se ve alterado. Siguen un itinerario diferenciado a través de las secuencias del desarrollo que dan lugar a la maduración y adquisición del lenguaje y las habilidades sociales. Presentan alteraciones en los ámbitos de: las relaciones sociales (poca conciencia de los demás, poca o nula interacción con los compañeros, limitadas manifestaciones de afecto...); la comunicación social (contacto ocular reducido o difícil de obtener, comportamientos de atención conjunta reducidos o ausentes, poca intención comunicativa, lenguaje “peculiar”...) y de la comprensión social (juego imitativo y

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

² r.fpresme@gmail.com



Para ellos, la experiencia en la escuela puede resultar muy positiva si encuentran respuesta a sus necesidades en un contexto inclusivo en el que sean respetados los derechos a ser diferentes en la forma de ser y aprender y experimentar un sentimiento de pertenencia.

simbólico pobre, intereses limitados, estereotipias y comportamientos “peculiares”...). Si bien la inteligencia y el lenguaje pueden desarrollarse adecuadamente, en más del 50% de los casos el autismo está asociado a dificultades intelectuales y/o a trastornos de lenguaje (Muratori y Calderoni, 2019). Aunque se trata de un trastorno que persistirá a lo largo de toda la vida, la detección y el diagnóstico precoces, así como una atención multidisciplinaria continuada hacen posible cambios positivos tanto en el desarrollo del niño como en el bienestar de las familias.

Las aproximaciones científicas al autismo han sido distintas según las disciplinas que lo han estudiado (genética, neurobiología, neurología, psicología...), los marcos teóricos de referencia y las agendas e intereses de los profesionales. Esto ha dado lugar a teorías que buscan explicar el autismo desde diferentes paradigmas que permanecen alejados y a menudo enfrentados.

Desde los inicios del estudio del autismo, ha habido intensos debates entre organicistas y ambientalistas en torno al origen del autismo y cómo tratarlo.

Actualmente, los avances de los conocimientos en el ámbito de la neurobiología, la genética y la epigenética hacen difícil justificar un determinismo genético innato y estático y hay consenso en considerar que el autismo es un trastorno del neurodesarrollo que resulta de una interacción compleja entre factores genéticos y ambientales, entre el patrimonio genético y los factores no genéticos que condicionan la expresión de los genes (Lasa, 2018).

En el ámbito de la psiquiatría, la psicología y la pedagogía, los diferentes posicionamientos de psicoanalistas, conductistas, cognitivistas y biólogos han dado lugar a discursos y propuestas de intervención contradictorios que no han facilitado la posibilidad de explorar la problemática desde una perspectiva multiparadigmática. Tanto la compleji-

dad del trastorno como el conocimiento acumulado y la necesidad de atender a las personas que lo sufren hacen recomendable llegar a puntos de encuentro entre diferentes aproximaciones con visiones tolerantes y mutuamente complementarias (Lasa, op. cit.) que permitan ir avanzando en la comprensión de esta problemática tan estudiada y todavía tan poco entendida. La aproximación a la comprensión de las necesidades psicológicas y educativas de los niños y niñas con TEA que se propone parte del interés de aproximarse al trastorno con una mirada amplia. Que vaya más allá de la consideración de la conducta y los aspectos cognitivos individuales, que parta de la fundamental significación de los factores interpersonales y subjetivos y que pueda compaginar información proveniente del estudio del desarrollo infantil, de la interacción madre-niño, de la neurobiología o de la psicología cognitiva que enriquezca la comprensión del síndrome.

Se parte de los siguientes supuestos:

- Un niño con TEA no es un niño TEA, sino un niño con una historia individual y familiar, que no es como todos, pero que, como todos, tiene puntos fuertes y puntos débiles. Cada niño autista es diferente, como lo es su capacidad de cambio, su equipamiento para crecer, diferenciarse y aprender.
- Cuidar a estos niños implica poder conectar con su sufrimiento y el de sus familias y garantizarles el buen trato y la seguridad (Brun, 2009). Educarlos no consiste en adiestrarlos para que adopten determinadas pautas de comportamiento o aprendan mecánicamente contenidos y competencias, sino en intentar comprenderlos en su subjetividad y hacer un “trabajo de acompañamiento respetuoso” (Alvarez, 1992) que favorezca el vínculo, la contención del malestar, la exploración y el aprendizaje.
- Es importante intervenir precozmente, trabajar con las familias haciéndose cargo de su sufrimiento y coordinando las intervenciones en la escuela con las de los profesionales externos teniendo en cuenta el momento evolutivo y personal, las necesidades y la capacidad de cambio en cada caso (Brun, 2013).

LAS MANIFESTACIONES DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN LA ESCUELA

El TEA comporta una organización atípica que da lugar a una manera de estar en el mundo y de relacionarse, que se pone de manifiesto en reacciones, actitudes y formas de comunicarse, que pueden ser más o menos evidentes y comprometer en diferente grado la vida y el aprendizaje. No se trata, por tanto, de realizar una aproximación defectológica a las manifestaciones del TEA, sino de entenderlas como expresiones de un funcionamiento mental diferente al de los niños neurotípicos y no como “dificultades” que hay que superar. Las próximas líneas pretenden acercarse a algunas de estas manifestaciones partiendo de los distintos “ámbitos” en los que se manifiestan algunas “peculiaridades” del TEA en la escuela.

Las relaciones con los demás

El autismo afecta al proceso de socialización en la medida en que impide que el niño intuya los sentimientos de los demás, que pueda leer su mente y establecer relaciones recíprocas. Las personas autistas se caracterizan por la dificultad para relacionarse y la necesidad de refugiarse en una soledad que les protege a la vez que les encarcela. Sus relaciones son muy particulares, no muestran interés por las personas y “cuando se establece comunicación es fragmentaria y sensorial sin reconocer al otro como persona... con una mente llena de experiencias y emociones” (Viloca, 2014). Desde diferentes posiciones teóricas, hay acuerdo en situar el origen del trastorno en etapas muy precoces del desarrollo y la carencia de empatía y de reciprocidad en las relaciones y en los actos de comunicación con los demás y la fragilidad de la identidad como principales dificultades. Así, para Trevarthen y Daniel (2005) “el autismo se caracteriza fundamentalmente por un fracaso en la integración de motivos para moverse de forma intencionada con conciencia de sí mismo y, también, por dificultades con la conciencia intuitiva de las motivaciones y estados mentales de las demás personas”. Sin embargo, las explicaciones de las dificultades varían en función de los marcos teóricos de referencia. Winnicott (1960), uno de los autores que desde el psicoanálisis más ha reflexionado sobre lo que está en juego en la relación entre el bebé y su madre, sitúa el problema en un fallo en el proceso de diferenciación entre el niño y la madre. Para él “esta cosa llamada bebé no existe”. El bebé depende de unos cuidados maternos que serán el puntal de la experiencia del pequeño, sostendrán su proceso de maduración y harán posible que se vaya diferenciando y pasando de un estado de no integración a un estado de unidad para convertirse en un ser capaz de habitar el mundo de forma personal. En estos intercambios tempranos se implican activamente tanto la madre como el niño. A pesar de estar continuamente activo, el bebé depende de la madre que, a su vez, acepta la dependencia absoluta del bebé identificándose con sus necesidades psíquicas y dándole respuesta. De

este estado de unidad surge la existencia psicósomática y una realidad interna personal en el bebé. Igualmente, será el origen de otros procesos: el despertar de la inteligencia, los procesos secundarios y la constitución del *self*, concepto que para Winnicott (1975) expresa la continuidad entre lo innato, la realidad psíquica y el esquema corporal personales. En los niños autistas, el proceso de diferenciación fracasa. Tal y como plantea Viloca (2014) “el anclaje en las propias sensaciones no les permite establecer unas relaciones emocionales interpersonales adecuadas, lo que les impide desarrollar normalmente la etapa sensoriomotora descrita por Piaget (1972) y las sucesivas etapas que les permiten acceder a la representación mental del objeto ausente y, por tanto, a la simbolización. Por eso no pueden realizar un juego simbólico ni desarrollar el lenguaje de una manera adecuada”.

También, desde la perspectiva de la psicología evolutiva y de la neurobiología, se ha centrado el estudio del autismo en las fallas en las primeras interacciones.

Trevarthen (1979) describe la “intersubjetividad primaria”: esta dinámica en la que, a través de las miradas, la voz y el contacto se transmite, de forma inmediata, información sobre propósitos, intereses y emociones, activos en ambas mentes. La madre, sintonizada psicobiológicamente, actúa como regulador del afecto en los momentos de desorganización del niño, comparte con él las percepciones y las emociones y permite que vaya conectando las experiencias perceptivas y sensoriales que le llegan por los diferentes canales sensoriales con las emocionales, uniendo cognitivamente estas experiencias e integrando la información de los distintos estímulos. Desde esta perspectiva (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013), el autismo es un trastorno del desarrollo que afecta al movimiento intencional y la implicación afectiva y comporta la falla de la intersubjetividad primaria.

Desde la neurobiología interpersonal, Shore (2019) vincula el trastorno a alteraciones de diferentes circuitos cerebrales tanto corticales como subcorticales que reflejan una conectividad alterada y el “desordenamiento evolutivo” del hemis-

ferio derecho, responsable de las funciones socioemocionales de supervivencia vinculadas al mismo hemisferio y defiendo la necesidad de focalizar el estudio del autismo en las primerísimas fases de desarrollo.

Neurobiólogos como Rizzolatti que, en 1996 y junto con sus colaboradores, descubrió las redes neuronales llamadas “neuronas espejo”, sostienen que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro, tiene su correlato anatómico-funcional y fisiológico en estas neuronas (Gallese, Fadiga, Fogassi y Rizzolatti, 1996) implicadas en la repetición inmediata de acciones realizadas por otra persona y en la imitación, que permiten que el otro realice la experiencia virtual de participar en la acción iniciada por la primera persona. Desde esta perspectiva, la falta de empatía en el autismo se debe a un déficit en el sistema de neuronas espejo (Dapretto, Davies, Pfeifer, Scott, Sigman, Bookheimer y otros, 2006).

Desde el cognitivismo (Baron-Cohen, Leslie y Frith, 1985), la falta de empatía se atribuye al hecho de no haber podido desarrollar una “teoría de la mente” que permita entender de forma automática que los demás tienen sentimientos, creencias y deseos propios y que esperan que él también los tenga. Esta carencia se observa ya en la guardería en el trato con los otros niños a los que, como comentan sus maestras, “pueden pegar como si fueran un tambor” o en la dificultad para compartir el foco de interés y de acción con las demás personas (Tomasello, 1996) y entender las complejidades de la comunicación.

Tanto desde el psicoanálisis, que sitúa lo relacional en la base de la comprensión y el tratamiento del trastorno, como desde algunos planteamientos de la neurobiología (Trevvarthen y Daniel, 2005) se defiende la importancia de no reducir la comprensión y atención del autismo a cuestiones de orden cognitivo y de atender al trastorno con “tratamientos informados por la teoría del apego” (Shore, 2019). Es partiendo de los vínculos afectivos que se podrá dar respuesta al sufrimiento y favorecer la autonomía, el autoconocimiento y la autorregulación de estos niños que nos pueden parecer

autosuficientes, egocéntricos, tercetos e incapaces de situarse en un mundo social. Sin embargo, se puede pensar también que para ellos, las demás personas y sus reacciones pueden ser vividas como impredecibles y peligrosas y que puede que la criatura autista “no esté preparada para interesarse por los demás, pero sí que lo está por interesarse por el interés de los demás hacia él” (Alvarez, 2012). Los entornos seguros, la relación continuada con adultos sensibles y comprometidos, capaces de acercarse a los niños para entender cómo se pueden sentir, de contenerles emocionalmente, despertarles el interés y respetar sus ritmos ayudan a los niños a salir del aislamiento, a confiar, a vincularse y a poder ir teniendo en cuenta a los demás.

Pere tiene dos años y va a la guardería. No habla y está encerrado en sí mismo. Se pasa el rato sentado con las piernas cruzadas, con el tronco doblado sobre la cintura y con la cabeza colgando hacia delante. La maestra pasa todos los ratos que puede con él, pero es muy difícil sacarle de su encapsulamiento. Poco a poco, el espacio de seguridad y confianza brindado por la maestra facilitó que con la mirada mostrara cierto interés por un libro sonoro que había visto e ignorado en muchas ocasiones. El trabajo en torno a este libro permitió que centrara la atención en la música y las imágenes que señalaba y nombraba la maestra y fuese apareciendo el interés por el otro, el punto de partida para cualquier aprendizaje.

La fragilidad de la identidad

Los déficits de reciprocidad social primaria han afectado a la conciencia y al lenguaje corporales, al autoconocimiento, al lenguaje, a la autonomía mental y a la posibilidad de relacionarse. Los niños con TEA no cuentan con representaciones estables del otro ni propias, ni con un *self* diferenciado, surgido de lo resentido, que les permita experimentar “una continuidad de existir que, a su manera y a su ritmo, adquiera una realidad psíquica y un esquema corporal personales” (Winnicott, 1945). Su esquema corporal y su autoimagen son frágiles. No han podido definir un espacio interno desde

el que construir un *self* conceptualizado (Robbins, 2019) que les permita poder hablar de sí mismos, sostener el deseo, proyectarse en el futuro o pensar en sus sentimientos y ponerlos en relación con los de los demás.

Pau tiene doce años y está diagnosticado de Asperger. Tiene un buen rendimiento escolar y cuenta con un grupo de amigos que le conocen y le aprecian. En ocasiones, se lamenta de sus dificultades para opinar y participar en las discusiones con sus amigos. Se oye como un espectador sin voz y dice: “Yo no puedo tener una conversación con un amigo”. Compartir la intimidad o sumergirse en el grupo participando de las creencias y deseos de los demás no está a su alcance.

El pensamiento de los niños con TEA carece de mentalización, es decir, capacidad de percibir e interpretar el comportamiento propio y el de los demás teniendo presentes las emociones y los sentimientos y conectándolos con los estados mentales (Bateman y Fonagy [eds.], 2012). Les cuesta hablar de sí mismos y dialogar, no suelen hacer preguntas del estilo: “¿Cómo te puedo ayudar?” o “¿En qué piensas?”. Los podemos encontrar encapsulados, centrados en su autosenso, perdidos en sus fantasías, protegidos detrás de su “barrera atencional” (Winderling, 2014), dependientes y confundidos en una relación simbiótica con la madre, indiferentes o con muy poco interés por los demás o, tan sólo, aparentemente conectados. El grado de encapsulamiento marcará la gravedad del trastorno y la posibilidad de cambio y, por tanto, de aprendizaje de los niños. La falta de diferenciación, la fragilidad del yo y la débil capacidad de autorregularse frenan el deseo de explorar, aprender, invertir y hacer suyos los conocimientos o interiorizar las normas sociales, que tendrán que ir aprendiendo “desde fuera”, a través del acompañamiento y las explicaciones de los adultos. También hace que les cueste sentirse como uno más en un grupo, interactuando y compartiendo significados. Necesitan a los demás y les gustaría ser como ellos, pero carecen de seguridad y les cuesta ser ellos mismos.

Toni tiene nueve años y es nuevo en la escuela. Al principio, sentía que todos los compañeros le iban en contra y no le querían. Más tarde, se ha sentido seguro en la clase, trae regalos para algunos niños y quiere mostrar a toda la clase cómo baila algunas coreografías que ha aprendido en las redes. Sus compañeros no las aprecian y se ríen de él sin que sea consciente de ello. Su maestra ha procurado evitar estas situaciones, ha hablado con él y ha propuesto situaciones grupales de baile en pequeños grupos.

La vinculación con el adulto, una aproximación no intrusiva, la escucha y la contención, actividades que impliquen el cuerpo, la participación en actividades en pequeño grupo y el acompañamiento en situaciones que les pueden “fragilizar” (grupos grandes, espacios poco estructurados como los del patio o el comedor, salidas, cambios...) facilitan que el niño vaya ganando seguridad, conociéndose mejor y participando.

Ámbito de la simbolización

Las dificultades de simbolización están en la base de las dificultades de aprendizaje de los niños y niñas con TEA. Aquellos que han podido desarrollar suficientes competencias comunicativas y cognitivas pueden representarse mentalmente la realidad mediante palabras o imágenes, entender y utilizar vocabulario básico, poner en relación un símbolo, una palabra o un dibujo con su referente y aprender de forma asociativa. Sin embargo, no pueden disponer de esta capacidad para crear símbolos al servicio de la metabolización de los afectos surgidos de la interacción entre el mundo interno y la realidad, ni situarse a medio camino entre la fantasía y la realidad para entenderse a sí mismos y el mundo que les rodea, solos o compartiendo espacios de ilusión con el adulto o con compañeros (Winnicott, 1993). “Simular” empleando libremente los significantes y decidir, por ejemplo, convertir una escoba en un caballo o inventar historias a través de las

que conectar y procesar internamente las emociones y expresarlas como sentimientos proyectados en personajes virtuales situados en contextos inventados no está a su alcance. No pueden recurrir al juego simbólico para inventar o elaborar situaciones vividas, como hacen los niños neurotípicos cuando se imaginan luchando en un campo de batalla o riñen a las muñecas de forma parecida a cómo han sido reñidos. Pueden estar muy interesados en determinados juguetes y jugar con ellos haciendo movimientos repetitivos, buscando más una sensación de continuidad sensorial y seguridad que un estímulo para la imaginación.

Las dificultades para producir sentido propio diferenciando entre la persona, el significado y el significante impedirán la continuidad entre los procesos de simbolización individual y la posibilidad de aprender y hacer suyos el conjunto de conocimientos descontextualizados y los sistemas simbólicos culturales que la escuela tiene el encargo de transmitir (Sellarès, 1995).

Marçal tiene doce años. Es poco autónomo, se comporta como un niño más pequeño. Está muy centrado en sus intereses, especialmente los videojuegos de los que sabe mucho y son su motivo de conversación con sus compañeros, que lo aceptan y aprecian. Tiene un buen dominio del lenguaje a nivel comprensivo y expresivo. Comprende lo que lee, pero no puede hacer un resumen o confeccionar un texto corto. Tiene muchas dificultades en matemáticas. Para contar, emplea estrategias poco funcionales y le cuesta entender los enunciados de los problemas y aplicar operaciones. Vive en el presente, pretende hacer lo que quiere y tiene una baja tolerancia a la frustración. Le cuesta aceptar las normas y se resiste a participar en las actividades. Necesita mucho apoyo, pero ha ido mejorando en la relación con los compañeros y en el control de su agresividad.

La comunicación y el lenguaje

Algunos niños con TEA no llegan a desarrollar el habla, lo que no significa que no puedan ser capaces de comunicarse ni de ser sensibles a las intenciones comu-



Habría que preguntarse si entendemos y valoramos suficientemente las vulnerabilidades y necesidades de los niños con TEA en la escuela y si somos conscientes de los retos que supone entenderlos, respetarlos e incluirlos.

nicativas de las demás personas. Otros muchos hablan y se expresan perfectamente. Su relación con el lenguaje, sin embargo, es “especial”. A veces, hacen un uso indiferenciado de él (invierten los pronombres hablando de sí mismo con el pronombre “tú” o con perspectiva de tercera persona...) y a menudo adoptan un sentido estrictamente concreto: las cosas no “son como” otras cosas, son la cosa en sí; las ambigüedades, los dobles sentidos, las bromas les resultan inaccesibles. No distinguen entre el lenguaje literal y el metafórico y tienen dificultades para expresar y comprender conceptos abstractos o símbolos. Las palabras se asocian más a la acción que al símbolo. Como Marc (diez años) cuando se refiere a un corazón representado en una imagen como “lo que utilizan para enamorarse”. El carácter concreto del pensamiento y del lenguaje ponen de manifiesto las dificultades de simbolización, afectan a las habilidades comunicativas y el aprendizaje y dificultan las interacciones educativas con los maestros. A estos niños puede resultarles difícil:

- Entender conceptos abstractos o el sentido de las frecuentes metáforas a las que recurren los maestros para hacer entendibles sus explicaciones.
- Aplicar conocimientos adquiridos a nuevos contextos de aprendizaje.
- Interpretar y producir textos, como cuentos, enunciados de problemas aritméticos o inventar o completar historias.
- Situarse en la complejidad del contexto comunicativo del aula y de la escuela. repleto de mensajes implícitos y compartidos.
- Aprender a partir de información predominantemente verbal. Gisele (doce años y buena capacidad cognitiva) dice: “Para mí es una tortura que me enseñen sólo con palabras”.
- En el aula es necesario, por tanto, asegurar que entiendan lo que se les dice, dar instrucciones verbales claras, asegurar que han entendido las tareas antes de empezarlas y, si es necesario, proporcionar informaciones visuales explícitas adaptadas a su manera de pensar, predominantemente visual, tanto para orientarlos en el espacio y

en el tiempo como para trabajar contenidos y facilitar la comprensión de textos y consignas.

Ámbito de las emociones. El control de la impulsividad

La impulsividad y la baja tolerancia a la frustración suelen ser motivo de revuelo en el aula y de preocupación para los maestros. Son niños muy sensibles que viven en un presente que los desborda. Suelen ser muy impulsivos, no tienen espera, pretenden conseguir lo que quieren de forma inmediata y no toleran bien la frustración. A veces, no pueden parar ni cuentan con recursos mentales suficientes para calmarse.

Su actividad mental es inmediata y ligada al estímulo, no es reflexiva ni mediada por el deseo. Como se ha dicho, cuentan con pocos recursos para convertir emociones (el miedo, la alegría, la tristeza, el enfado...) en sentimientos y conectar con sus estados anímicos. Inundados por la angustia, pueden aislarse, reaccionar impulsivamente o “romperse”. Su angustia muestra la soledad y el vacío y la necesidad de llenarlo rápidamente. La ausencia de la madre o ciertos cambios repentinos, por ejemplo, pueden desencadenar un estado de desorganización que puede alarmar a las personas del entorno. Es necesario poder asumir las explosiones emocionales como comunicaciones del malestar y entender que las reacciones y comportamientos “disruptivos” pueden tener relación con sus intentos de protegerse y de regular las emociones. Así, actitudes y comportamientos como buscar la invariabilidad, resistirse a los cambios de espacio o de personas, rechazar activamente propuestas lúdicas o de aprendizaje que piden atención y esfuerzo, recurrir a movimientos repetitivos y estereotipados o negarse a interrumpir actividades ya iniciadas, pueden ser entendidos como intentos de mantener la ansiedad bajo control.

Pol tiene siete años y está en segundo curso. Es su segundo año en la escuela. El curso anterior asistió poco a la escuela y tuvo una atención muy individualizada, con el apoyo intensivo de la auxiliar de educación especial, que permitió que

hiciera algunos aprendizajes. Este curso el equipo pedagógico se propone que Pol pueda empezar a “trabajar” de manera autónoma. Los primeros días se sitúa en un rincón de la clase sin mostrar más interés que el de golpear el suelo con un martillo de juguete. Cuando se le proponen actividades, se enfada, intenta escapar de la clase o se tira al suelo. De forma progresiva, se ha podido introducir una rutina de tareas similares a las de los compañeros que debe realizar cada día cerca de la maestra en un momento determinado del horario escolar. Esto ha permitido que pueda sentirse más seguro, no se cierre tanto y no tenga que huir.

La capacidad de los adultos de tolerar y contener las manifestaciones de angustia y la que es propia, de ayudar a pensarla y de acompañar a las criaturas ayudarán a que, poco a poco, el niño se vaya atreviendo a salir de la barrera protectora para interesarse por las personas y el entorno.

Contar con espacios “protegidos” y contenedores en los que maestros y auxiliares de educación especial puedan atender a los niños, solos o en un pequeño grupo, hará posible la introyección y la internalización de experiencias positivas, elementos tan esenciales en el desarrollo de la vida emocional. El espacio estructurado, la consistencia, la predictibilidad de los eventos, la anticipación de las tareas escolares y la coherencia de las propuestas educativas y normas ayudarán a ello.

Ámbito de la percepción y la cognición

Entre los niños autistas son muy frecuentes alteraciones y particularidades en la percepción y el tratamiento de los datos del entorno a través de los sentidos, de la propiocepción y del movimiento. El DSM 5 (2018) ha incluido la hipo o hipereactividad a los estímulos sensoriales y los intereses inhabituales por aspectos sensoriales percibidos en el entorno entre los indicadores de la presencia de autismo. Datos de investigación sugieren que las personas con TEA procesan la información sensorial de forma diferente a las que no sufren el trastorno y que entre el 45 y el 95% de personas con TEA tienen dificultades en el procesamiento sensorial (Lane, Young, Baker y Angley, 2010).

Los alumnos pueden, por ejemplo, asustarse ante ruidos que otros toleran sin problema, como los de un extractor o un timbre o quejarse del ruido en el aula y querer irse. O quedar fascinados frente a estímulos visuales como determinadas luces o por el movimiento de algunos objetos.

Esta sensibilidad intensa es puesta en relación, por algunos autores, como Markram (Markram y Markram, 2010), con una reactividad anormal del cerebro, expuesto siempre a un mundo exterior demasiado estimulante. Este autor, defensor de la “teoría del mundo intenso”, considera que los trastornos de la sociabilidad son secundarios a esta hiperexcitación cerebral. Cuando la sensibilidad es demasiado intensa e invasiva puede generarse una hiperemotividad que lleve a una retirada de la carga sensorial o emocional o, por el contrario, a una hipomotividad que evite la percepción de eventos demasiado cargados desde el punto de vista sensorial o emocional. Markram explica, desde su teoría, algunos comportamientos típicos de niños con TEA. Considera, por ejemplo, que la mirada aparentemente concentrada en un único estímulo cercano es en realidad una mirada periférica, sensible al movimiento y las formas del entorno, que permite al niño desnudar la escena visual de demasiados detalles que supondrían una sobrecarga sensorial y emocional. Las protestas de algunos adolescentes con TEA que se quejan de que en la escuela “todo va demasiado rápido”, que el exceso de información no les permite poder seguir la clase ni poner en palabras lo que saben y que se ven forzados a funcionar automática y superficialmente, estarían también relacionadas con esa reactividad. Las peculiaridades de este funcionamiento diferente influyen en el aprendizaje de los niños con TEA. A menudo, la escuela se encuentra con criaturas con una inteligencia especial o con competencias imprevisibles, como la facilidad para contar, aprender las letras o los números, los colores o, a veces, con intereses y talentos especiales. Estas competencias no se acompañan de la capacidad de poder compartir su sentido con los demás. Así, la hiperlexia, la

facilidad y rapidez para leer y decodificar textos, no garantiza una comprensión lectora adecuada.

Para explicar el autismo y las diferencias en el funcionamiento cognitivo y el aprendizaje de los niños que lo padecen, la psicología cognitiva recurre a dos teorías relacionadas: los déficits en la coherencia central y en las funciones ejecutivas.

La falta de coherencia central impide a las personas autistas integrar las partes de un todo y dar un sentido global a la información percibida (Frith y Happé, 1994; Frith y Frith, 2005). Esto tiene implicaciones tanto en la vida social como en el aprendizaje. Según Frith, que los niños autistas muestran capacidades excepcionales para captar los detalles de lo que les rodea y una gran habilidad para ver partes sobre conjuntos, que tengan dificultades para aunar la parte y el todo o que, a diferencia de los normotípicos, recuerden mejor palabras sueltas que palabras incluidas en el contexto de frases con sentido se debe a déficits de coherencia central. Esta carencia afecta también a la comprensión verbal y da lugar a diferencias en el rendimiento. Esto hace que sea necesario tener presente que si en los niños normotípicos consideramos natural la habilidad de tener en cuenta el contexto, esto no es así en niños con autismo (Frith, 1989; Happé y Frith, 2006). Esta deficiencia se pone de manifiesto en la escuela a la hora de entender o resumir textos, de comprender los enunciados de los problemas o de relacionar ideas o en la tendencia a realizar un tratamiento superficial de los datos.

Las alteraciones en las funciones ejecutivas (Courchesne y otros, 2007) estarían en la base de las dificultades para planificar, para centrar la atención y sostenerla hasta terminar las tareas, para improvisar, en los intereses restringidos o en la preferencia por rutinas rígidas, conocidas y ya aprendidas. Estas funciones se refieren a las habilidades que involucran el control mental y la autorregulación. Se encargan de unificar, ordenar y coordinar el resto de funciones cognitivas y permiten focalizar, regular y sostener la atención hasta alcanzar los

objetivos, mantener la información en la memoria de trabajo, planificar una tarea, autocontrolarse durante su realización, ser flexible, improvisar y extraer conclusiones de las experiencias para utilizarlas en otras. Las limitaciones para ejercer estas funciones hacen que los niños con TEA muestren poca capacidad de control “desde arriba” y les cueste centrarse, empezar y acabar una tarea, realizar esquemas, planificar actividades u organizarse, en general. Teniendo siempre en cuenta las características de cada niño a nivel cognitivo y emocional, sus competencias y dificultades, los posibles déficits en las funciones ejecutivas pueden mejorar trabajando “desde fuera”, supervisando de cerca el aprendizaje, estructurando las tareas, ayudando a focalizar la atención, estimulando la memoria, fraccionando la información sobre los contenidos y facilitando su comprensión y respetando los ritmos.

Breves consideraciones finales sobre los niños con TEA, el aprendizaje y la escuela

Para ejercer su función socializadora y transmisora de conocimiento, la escuela espera de los niños que sean capaces de: controlar los impulsos, fijar la atención y tolerar la espera y la frustración, ser creativos, estar en grupo, seguir indicaciones y perseverar, explorar e interesarse por la novedad y por los conocimientos que transmite la escuela. También, que muestren confianza en las personas y cuenten con un sentimiento de identidad que les permita cierta autonomía y seguridad. Que tengan capacidad de comunicación y dominio suficiente del lenguaje, que puedan aprender contenidos a través de símbolos, darles sentido, almacenarlos en la memoria y mantenerlos disponibles para generalizarlos a nuevos contextos de aplicación. Estas demandas pueden resultar muy difíciles para los niños con TEA que, en muchos casos, pueden seguir los aprendizajes con más o menos ayudas y adaptaciones. Pero en muchos otros, esto no es posible. A menudo, se resisten a las formas de aprender convencionales y no muestran interés por las propuestas educativas, sino que las rechazan debido a: la rigidez y el miedo al cambio, a que no puedan encontrar

sentido a tareas que no entienden o no saben cómo afrontar, al estar centrados en sus sensaciones o en actividades que desvelan su interés...

Aún se sabe poco de cómo aprenden los niños con TEA, pero está demostrada su capacidad de aprender de forma implícita, de aprender información compleja y de hacerlo por sí mismos de forma autodidacta cuando es de su interés. Si el autismo se caracteriza por un desarrollo atípico más que por un retraso en la adquisición de las etapas fundamentales, el trabajo en la escuela no debería ignorar "las peculiaridades" del funcionamiento de los niños con TEA en las situaciones de interacción y aprendizaje ni centrar todos los esfuerzos educativos en la adquisición de prerrequisitos socio-comunicativos considerados "retrasados", hasta que maduren (Nemeth y Janacsek, 2010). Se trataría más bien de entender mejor su funcionamiento, de tener en cuenta en cada caso cómo aprenden, sus necesidades, intereses y talentos. En el momento de adaptar las propuestas educativas a los niños con TEA, debería establecerse hasta qué punto pueden seguir y entender las del grupo clase y adaptarlas a cada criatura mediante un plan de trabajo que tenga presentes aspectos como: la capacidad de relacionarse y la de simbolizar, las competencias cognitivas, comunicativas y lingüísticas, los intereses y el grado de autonomía. Lo que es relevante es el camino que debe llevar a estos niños a sentirse lo más seguros y autónomos posible y, tal y como defiende Mottron: "permitir al individuo un nivel de alegría, el éxito personal, el acceso al material cultural y la integración social, un derecho humano esencial, al margen del modo en que se llegue" (Mottron, 2017). ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (1992). *Live company: Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. London: Routledge.
- Alvarez, A.** (2012). *The thinking heart: three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. New York: Routledge.
- American Psychiatric Association (APA).** (2018). *DSM 5- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Arlington: Editorial Panamericana.
- Asperger, H.** (1944). Die "Autistischen Psychopathen im Kindesalter". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 117 (1), 76-136. En S. Baron-Cohen, A. M. Leslie y U. Frith (1985), Does the Autistic Child have "Theory of Mind"? *Cognition*, 21, 37-45.
- Bateman, A. W. y Fonagy P. (Eds).** (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. New York: American Psychiatric Association.
- Brun, J. M^a.** (2001). Aspectes rellevants en l'Assessorament a l'Escola Ordinària d'Infants amb Trastorns Greus de la Personalitat. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 17-18, 7-18.
- Brun, J. M^a.** (2009). Autisme a l'escola. A J. Riart i A. Martorell (Eds), *Reptes professionals pel psicòleg de l'Educació*, (pp 23-33). Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.
- Brun, J. M^a.** (2013). Comprensió del entorn familiar de los niños con autismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 22, 43-50.
- Courchesne, E., Pierce, K., Schuman, C., Redcay, E., Buckwalter, J. A., Kennedy, D. P. y Morgan, J.** (2007). Mapping early brain development in autism. *Neuron*, 56 (2), 399-413.
- Dapretto, M., Davies, M. S., Pfeifer J. J., Scott, A. A., Sigman, M., Bookheimer, S. Y. y Lacoboni, M.** (2006). Understanding emotions in others: mirror neurons dysfunction in children with autism spectrum disorders. *Nature Neuroscience*, 9 (1), 28-30.
- Frith, U.** (1989). *Autism and "Theory of Mind"*. New York: Springer.
- Frith, U. y Happé, F.** (1994). *Autism: beyond "theory of mind"*. *Cognition*, 50, 115-132.
- Frith, C. y Frith, U.** (2005). Theory of mind. *Current Biology CB*, 15, 644-646.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L. y Rizzolatti, G.** (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119, 593-609.
- Happé, F. y Frith, U.** (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (1), 5-25.
- Kanner, L.** (1944). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Lacobini, M. y Dapretto, M.** (2006). The mirror neuron system and the consequences of its dysfunction. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 942-951.
- Lane, A., Young, R., Baker, A. y Angley, M.** (2010). Sensory processing subtypes in autism: association with adaptive behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40 (1), 112-122.
- Lasa, A.** (2018). Sobre la inteligencia de los autistas. *eipea*, 4, 4-20. (Recuperado de www.eipea.com).
- Markram, K. y Markram, H.** (2010). The intense world theory: A unifying theory of the neurobiology of autism. *Frontiers in Human Neuroscience*, 4, 1-29.
- Mottron, L.** (2017). Should we change targets and methods of early intervention in autism, in favor of a strengths-based education? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26 (7), 815-825.
- Muratori, F. y Calderoni, S.** (2019). *Actualizaciones sobre el autismo*. *eipea*, 7, 8-15. (Recuperado de www.eipea.com).
- Nemeth, D. y Janacsek, K.** (2010). Are children with autism good or bad learner. *PNAS*, 108 (15), 57.
- Piaget, J.** (1972). *El nacimiento de la inteligencia en el niño*. Madrid: Aguilar.

Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y Autismo (1/2). Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. A *Curso de Desarrollo Normal y Autismo*, 24, 25, 26 y 27 de septiembre de 1997, en el Casino Taoro, Puerto de la Cruz, Santa Cruz de Tenerife. (Recuperado de: www.autismoandalucia.org).

Robbins, M. (2019). *Psychoanalysis Meets Psychosis. Attachment, Separation, and the Undifferentiated Unintegrated Mind*. London: Routledge.

Sellarès, R. (1995). Simbolització i escola. En P. Folch y M^a T. Miró (Eds.), *Debats a la cruïlla sobre el símbol*. Barcelona: PPU.

Shore A. N. (2019). *The Development of the Unconscious Mind* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: W.W. Norton & Company.

Tomasello, M. (1996). The cultural roots of language. En B. M. Velichkovsky y D. M. Rumbaugh (Eds.), *Communicating meaning: The evolution and development of language* (pp. 275–307). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. En M. Bullowa (Ed.), *Before speech: The beginning of human communication* (pp. 321–347). London: Cambridge University Press.

Trevarthen, C. y Daniel, S. (2005). Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett syndroms. *Brain Development*, 27, 25-34.

Trevarthen, C. y Delafeld-Butt, J. T. (2013). Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement. *Front Integr Neurosci*, 17.

Viloca, Ll. (2014). Psicoanàlisi de nens amb un trastorn de l'espectre autista (TEA) i amb Síndrome d'Asperger. *Desenvolupa, La Revista d'atenció precoç*, 32.

Winderling, M. N. (2014). *Autisme et syndrome d'Asperger*. Toulouse: Erès.

Wing, L. y Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epi-

demiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9 (1), 11-29.

Winnicott, D. W. (1945). Primitive Emotional Development. *Int. J. Psychoanal.*, vol. XXVI. Trad en D. W. Winnicott (1999), *Obras escogidas "Desarrollo emocional primitivo"* (p. 213-227). Barcelona: Paidós

Winnicott D. W. (1960). La teoría de la relación paterno filial. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (p. 41-63). Barcelona: Editorial Paidós.

Winnicott, D. W. (1975). Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (p. 168). Barcelona: Laia (Orig. 1960).

Winnicott, D. W. (1993). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (Orig. 1970).



Hacia el abandono de la lejanía. Comprensión psicoanalítica del autismo en el ámbito educativo¹

– Pilar Vilagut Macià –

**Profesora de pedagogía terapéutica.
Psicoterapeuta. Miembro del Grup
Psicoanalític Barcelona. (Barcelona)**



El diálogo analítico comienza como un encuentro entre dos extraños que sólo pueden percibirse como “objetos” a conocerse mediante una relación

(Tubert-Oklander, 1999). Así será también el encuentro del docente con los niños autistas.

El docente que trabaja desde un sentido psicoanalítico es un observador imaginativo (Meltzer, 2002), reflexivo frente a sus comportamientos. Intenta comprender sus vivencias y emociones partiendo de su capacidad empática (Kohut, 1981) sin que haya de por medio ninguna operación intelectual, explicativa o interpretativa (Tubert-Oklander, 1999). Configura una relación estrecha e íntima con él, un “existir juntos” (Fieschi, 2019) de forma que le permita experimentar lazos de dependencia que le acerquen hacia la autonomía.

Se muestra firme, consistente mental y físicamente, pero a la vez flexible y acogedor. Organizado y sistemático en sus propuestas de actividades y en sus intervenciones verbales para transmitir un ritmo y unas rutinas estables que “aseguren” a sus alumnos. Es consciente de que está ante un lento y largo proceso, lleno de dificultades, pero también de fe y de esperanza. Como dice Lyons-Ruth (1999),

el surgimiento de una experiencia distinta a las previas se constituirá en un instrumento de cambio terapéutico.

ASPECTOS TÉCNICOS Y APLICADOS

Pere. En busca de un Continente frente a la Unidimensionalidad²

Pere es un niño de siete años que cuando está en clase con todos parece estar solo, no responde a su nombre, no toca nada, no llora ni se ríe nunca. Tiene una cara bonita, pero inexpresiva. Unas gafas oscuras y profundas envuelven sus ojos. No puede hablar ni atender a explicación alguna. Mueve la cabeza y el cuerpo. No aguanta más de un minuto sentado. Cuando anda, a menudo cae desplomado como si las piernas no le sostuvieran. Regurgita, se muerde las manos y se autoestimula cuando se siente frustrado. Le es muy difícil la espera. No le gusta el jaleo ni las fiestas. Se escapa de la clase. Vacía los armarios. Le gusta apoyarse en una pelota terapéutica, hacer rodar objetos, escuchar sonajeros y música y meterse dentro de espacios pequeños y cerrados.

Pere a menudo abre la puerta de la clase y se escapa por la escuela. Salgo caminando detrás suyo. Me mantengo a su lado sin tocarle. Digo su nombre, le pregunto hacia dónde va, pero sigue como si no me oyera. Hace “su” recorrido por los pasillos. Sé que si lo toco suavemente él recibe mi tacto como un fuerte empujón y se lanza al suelo. Si me pongo a correr detrás suyo, me percibe como algo sólido que le está empujando y todavía corre más. Es como si entre los dos hubiera un palo invisible que nos engancha y al mismo tiempo nos hace mover en la misma dirección y a la misma velocidad.

Pere está enganchado a una huella sensorial, “shape” (Tustin, 1992), que nota sobre su cuerpo y que tiene su origen fuera de él. En este caso, está en mi presencia y mirada que son vividas de forma sólida, como un “tocar”. Algo parecido a cuando nos dan una mala noticia y decimos: “me ha sentado como un jarro de agua fría”, pero nadie nos ha mojado. Por eso, opto por ponerme a su lado y no tocarle. Decido acompañarle. Siento que va como perdido y que su salida no es intencionada. Mientras le acompaño, empiezo a darle un sentido a su acción y a situarle en el espacio. Hasta entonces, estaba dentro de un sitio, la clase, y ahora ha salido; no sabemos por qué, pero podemos buscarle el sentido. Le pregunto: *¿Por qué has salido de la clase, Pere?* Sigue caminando como si caminara solo y nadie dijera nada.

Mi impulso es cogerlo, detenerle el cuerpo y enderezarlo, pero sé que si lo hago tendré que recogerlo del suelo, trabajar la consistencia de las piernas, el estar blando o duro, fuerte o flojo, y perderé la oportunidad de trabajar el hecho de “escaparse”.

Cuando cae al suelo, se olvida de estar caminando por fuera de la clase y todo pasa a ser “estar en el suelo”, sin conciencia de cómo se ha llegado hasta allí. Como no hay conciencia de espacio ni de tiempo, no puede haber recuerdo de la acción “salir de la clase”, así como tampoco la habrá de la nueva acción de “caer al suelo”. Todo es una continua sensación que me encargaré de detener para ir construyendo un espacio mental. La nueva acción, dentro de la “sensación continua”, es como si fuera la primera. La vivencia del espacio/tiempo es circular

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

² Experiencia vivida en el Centro de Educación Especial Josep Sol (Santa Coloma de Gramenet).

(Resnik, 1990), sin principio ni final. Hasta que no consiga sentir un continente que le ayude a disminuir sus temores y empiece a tolerar la conciencia de la separación física no podrá surgir un espacio con imágenes y recuerdos. Sin éstos, no podrá elaborar preconceptos ni conceptos. No podrán tener lugar los aprendizajes significativos que el maestro debe enseñar. Por eso, sigo haciendo el recorrido poniendo palabras a lo que va haciendo y a cómo se puede estar sintiendo; a lo que puede haber motivado su fuga del grupo: *¿Quizás no estabas bien dentro de la clase?... ¿O será que no te gustaba lo que hacíamos?* Le hablo de deseos: *¿Preferirías ir a pasear por la escuela, a ver qué encontramos?* Le hago una sugerencia: *Otro día puedes decirme: Pilar, vamos a pasear... ¡Pero no te escapes!* En otras ocasiones, le digo: *Pere, ahora estamos caminando tú y yo. ¡Estamos contentos! Nos divertimos viendo lo que hay por las paredes y mirando por las ventanas. Los niños que están contentos se ríen, ¿a ver cómo te ríes tú?* Le explico que parece

tener una sensación agradable cuando sale de la clase y pasea por un espacio sin límites. Le recuerdo que no lo hace solo, sino que yo estoy con él, acompañándole y cómo esto puede darle bienestar. También intento darle un sentido tangible al paseo, mirar los dibujos y colores, mirar por las ventanas. Todo es un conjunto de actividades que parecen tranquilizarle y ponerle contento. Le explico lo que hace un niño cuando está contento. Le invito a hacerlo. Después de estar caminando un poco, empiezo a ponerle el límite: *Ahora pasaremos un rato, pero no mucho porque en clase sabes que los compañeros nos esperan.* Le explico que no estamos solos, que hay alguien que nos espera en algún sitio: *Ya hemos dado una vuelta, ahora, ¡vamos hacia la clase!*

Él solo no toma el camino de vuelta, pasa de largo. Lo cojo por la espalda y lo dirijo hacia el espacio clase. Él se deja caer al suelo y comienza a autoestimularse. Entonces, le recuerdo cómo se encontraba: *¡Parecía que estabas contento*

del paseo que tú y yo hacíamos! ¡Estabas caminando muy fuerte! y, ahora, mira, te has puesto blando y las piernas no te llevan. ¡Va! Ponlas duras y fuertes como lo estabas haciendo hasta ahora, duras y fuertes. ¡Levántate! Ahora iremos a la clase y verás cómo haremos cosas que también te gustarán. A veces, puede hacerlo mientras le doy la mano, otras tengo que cogerle.

Durante una buena temporada, siempre que se producía una escapada, actuaba de esta forma, hasta que poco a poco fue disminuyendo y lo convertimos en un pseudo juego de “aparecer y desaparecer”, con “cierta” intencionalidad y manifestación de alegría.

Me coloco en el centro de la planta mientras voy diciendo su nombre y le pregunto dónde está; él, por distintos caminos, llega al sitio donde me encuentro. Se da cuenta de que allí le espero. “Juega” a “estar y no estar”. Mientras camina, se ríe y cuando no le oigo le digo: *Pere, no te oigo, ¿dónde estás?* Él me contesta riéndose o haciendo un chillido fuerte para acabar llegando hasta donde estoy.

Pere disminuyó su necesidad de “escaparse”. Aprovechaba las salidas con sus compañeros o cuando veía la puerta de la clase abierta. Poco a poco, parecía sentirse más lleno y sostenido por un continente (Bion, 1962), capaz de escuchar y entender su sufrimiento y/o excitación. Más tarde, empezó a hacer y deshacer recorridos sin esperar a encontrarme en el centro, sino dentro de la clase. Le decía: *¡Anda, qué bien te lo pasas! ¡Estás muy contento! ¡Caramba! ¡Cómo te ríes! Ya te oigo, ya. Me gusta mucho oírte así y, a ti, me parece que también te gusta estar contento!*

Después de unos meses de ir trabajando todos estos aspectos, un día quiso iniciar el juego “salir de la clase” y no se lo dejé hacer. Estábamos haciendo una actividad con los compañeros y no podía salir, no es que me hubiera propuesto darle una nueva respuesta. No sabía cómo me respondería. Me esperaba lo peor. Me sorprendió. Su actitud fue soltarse y caer desplomado en el suelo y, de rodillas, dirigirse hacia la puerta. Lo detuve mientras le explicaba por qué no podía salir. Él insistía. Yo también. Pudi-



A sus ojos y a su tacto todos somos lo mismo: objetos duros que debemos asegurarle para evitar su derrumbe al tomar conciencia de su separación corporal.

mos llegar a un acuerdo. Le propuse hacerlo más tarde.

Sorprendentemente, se “portó muy bien” mientras duró la actividad que hacíamos todos juntos y por la que no podíamos salir. Pudo tolerar la frustración, así como estar en compañía de los demás. Iba integrando la contención y comprensión sobre su estado que, día a día, se le ofrecía y las actividades del aula. Esta experiencia se repitió varias veces, en medio de otras, hasta que finalmente desapareció el deseo-necesidad de salir de la clase.

Marc. Camino de la Diferenciación pasando por la Identificación Adhesiva³

Marc es un alumno de nueve años. Es alto y espigado, tiene una cara bonita y una sonrisa en los labios. Tiene lenguaje ecolálico, toca lo que hay dentro de los armarios, en las paredes y sobre la mesa en todo momento, se come el papel y la plastilina, no tiene interés en participar en las actividades de la clase, se engancha al cuerpo del adulto y lo agarra fuerte con los brazos. Le gusta ir al espejo y hablar con él. Aletea las manos y los dedos. No puede sostener nada. Le gusta rodar objetos, pintar con colores, pasar hojas y rebotar la pelota en los labios.

Cuando estoy delante de Marc, se agarra al pelo un buen rato. Se engancha tanto al cuerpo que es difícil separarlo. No entiendo lo que pasa, ni sé cómo “quitármelo” de encima. No es un abrazo, está vacío de significado y sentimiento. No existe espacio físico ni mental. Se comporta así cuando se le pide realizar alguna actividad y con la persona que se le ponga al lado, sea o no conocida. A sus ojos y a su tacto todos somos lo mismo: objetos duros que debemos asegurarle para evitar su derrumbe al tomar conciencia de su separación corporal.

“¡Así es imposible hacer ninguna actividad o pedirle atención... enseñarle nada!”, me digo. Irlo despegando es imposible; cuando una mano está fuera, queda la otra. Y cuando consigo despegar la otra, vuelve a enganchar, como un adhesivo, la primera. Las manos de Marc toman la calidad de garras o cuchillos

afilados. Se vuelven peligrosas. Quiero entender la actitud que le impide realizar cualquier actividad cotidiana y aportar con mi comprensión alguna modificación de su conducta.

Me siento un instrumento al que alguien se sujeta antes de caer al suelo. Entiendo que busca algo donde agarrarse, ya que no siente que el cuerpo lo aguante y, por tanto, necesita un objeto que suprima la sensación de caída, el objeto autista (Tustin, 1972) y, así, sentirse “salvado” de un mundo lleno de peligros indescriptibles.

Pero también observo que busca algún objeto que, a la vez, lo contenga, lo envuelva y le ayude a “sentirse re-unido”. Que busca un continente con espacio interno que de alguna manera le piense, le recuerde, que le ayude a encontrar una identidad, a ser recordado, no olvidado.

A partir de ahí, cambio de actitud. En lugar de pretender despegarlo, empiezo a rodearlo con los brazos, a cogerlo. A dejar que sienta la dureza y la fortaleza de mi cuerpo-mente, mientras le confirmo: *Sí, Pilar está fuerte y te aguanta fuerte, para que no caigas*. Lo sujeto bien pegado durante unos minutos para después pasar a decirle: *Pero no hace falta que me estés tocando todo el rato, no hace falta que te pegues tanto, tú ya me ves con los ojos -y le señalo los ojos- y puedes escuchar mi voz que te habla por la oreja. Aquí. Tú puedes recordar que Pilar es fuerte. Está a tu lado*, mientras le toco la cabeza con el dedo. Le hablo de la dureza y la fortaleza que en aquel momento le es tan imprescindible. Le invito a sentirla a través de la mirada y el oído, así como a intentar recordarla. Mi intención es que, a pesar de seguir indiferenciado a través de otros canales sensoriales como la vista y el oído, pueda poner una distancia física entre nosotros que facilite la introducción de un espacio físico y mental, que empiece a tener una “nueva-visión-del-mundo” y de sí mismo (Meltzer, 1975).

Sigo diciéndole: *Marc también puede estar fuerte, fuerte como Pilar. ¿A ver la espalda de Marc? Y le toco la espalda, haciéndosela sentir. ¿Y las piernas? ¿A ver cómo son las piernas? También son*

fuertes. ¿A ver la barriga? ¡Oh, está blanda!, como Marc que parece que se va a caer y que las piernas no le aguanten. Le hablo de los contrastes de su cuerpo. De lo tangible que puede encontrar y que, al repetírselo a diario, irá introyectando y empezará a utilizar.

Puede pasarse unos minutos “enganchado”, escuchando mis palabras. Poco a poco, va relajando su cuerpo hasta que puede separarse. A veces, cuando se da cuenta de que lo está haciendo, se agarra muy fuerte al cabello con una expresión de pánico. En otros momentos, debe tocar mi cuerpo constantemente, utilizando los dedos como si fueran ojos. Le dejo tocarme, mientras le explico de quién es lo que toca: *Esta es la cabeza de Pilar. La cabeza de Marc está aquí -entonces toco la suya. Sí, ésta es la de Pilar. Tú ya la ves con los ojos, me ves por los ojos y me oyes por la oreja*. Me oyes por aquí, por la oreja. Le voy enseñando los límites de uno y otro. Toco mi cabeza y después la suya. Le explico quién es quién. Le invito a utilizar sus sentidos para que pueda hacerme presente. *Con los ojos me ves, ves mi forma, estoy aquí, no hace falta que me toques; y con la oreja me escuchas, con el sonido también puedo estar presente. No hace falta estar enganchados, podemos estar uno al lado del otro*.

Lo mismo hago cuando, con su lenguaje ecolálico, repite las palabras que oye, enganchándose de nuevo y suprimiendo así la diferenciación. Entonces, le aclaro: *eso lo dice mamá... ¿Qué dice Marc? ¿Qué dices tú? o eso lo dice Pilar, ¿lo he dicho yo, tú qué dices? ¿Qué dice Marc? ¿Qué dices tú?* y hablo por él, diciendo algo que haga referencia a la situación que se vive, que pueda corresponder a una posible realidad interna todavía inconsciente. Marc dice: *Pilar, ¡estoy contento! Pilar, esto me gusta*. A veces, lo acierto y otras no. Prefiero correr el riesgo frente a tanta incomunicación. Puede parecer un lío, pero la realidad es que no lo es. No será hasta más tarde, después de ir conectando sus sensaciones y diferenciarlas, que se podrá ir separando y funcionar por sí mismo, como dice Corominas (1986).

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



Observo que busca algún objeto que, a la vez, lo contenga, lo envuelva y le ayude a "sentirse re-unido". Que busca un continente con espacio interno que de alguna manera le piense, le recuerde, que le ayude a encontrar una identidad, a ser recordado, no olvidado.

Al cabo de unos meses, mis intervenciones pasaron a hacer referencia a su estado emocional, al miedo a moverse solo, a disfrutar de las cosas nuevas que podía hacer, a la alegría de lo que podía conseguir día a día, a la angustia de las separaciones. Y, de este modo, escuchar y contener sus gestos y expresiones.

Poco a poco, los miedos de Marc disminuyeron y logró bastante autonomía. Utilizó el lenguaje para establecer sus nuevos vínculos y comunicar sus deseos. Fue incluido en otra aula en la que se relacionó con compañeros con autonomía y lenguaje verbal, donde podía participar de las diversas actividades que el nuevo grupo le ofrecía.

La Realidad Intangible. Iniciando el proceso de Mentalización⁴

La *realidad intangible* hace referencia a aspectos que no se pueden ver, tocar, oler o saborear. Son abstractos y, por tanto, más difíciles de conectar por el alumno autista. Son el pensamiento, los sentimientos, la curiosidad, la imagina-

ción, la memoria y el recuerdo. El docente es quien se hace cargo de esta realidad intangible y se la presenta a diario para que tome conciencia y pueda utilizarla. Estos conceptos se trabajan a lo largo de toda la jornada escolar y en el ámbito familiar a través de sus padres. No hace falta hacer un planteamiento especial, simplemente tenerlo presente mientras el docente hace alguna actividad y hacer referencia a lo que "no está, a la emoción que despierta" y que se manifiesta a través de alguna expresión o no, y a "su recuerdo" si ya se ha vivido anteriormente.

Vemos algunos ejemplos. Antes de empezar una tarea, podemos hacer referencia al pensamiento diciendo: *pensemos qué haremos ahora*, señalando con el dedo la parte superior de la cabeza (si procede) y digo señalar la cabeza porque es el espacio donde colocamos los pensamientos. Debemos enseñar a los alumnos dónde está ese espacio difícil de percibir por ellos, ya que no se lo ven. Es difícil que lo identifiquen viéndolo en los demás o en un espejo. Cuando vamos

a hacer el trabajo y nos disponemos a iniciarlo decimos: *Os acordáis qué os he dicho antes? Os he dicho qué haríamos. Pues va, ¡vamos! Ahora lo haremos.* Cuando acaba la jornada escolar, hacer referencia al pensamiento y al recuerdo con antelación. Ir avisando cuando se acaba la actividad diciendo, por ejemplo, *pronto acabaremos y nos prepararemos para ir a casa; ¡ya va siendo hora de irse! (...)* en un momento, iremos al lavabo, nos lavaremos, nos quitaremos la bata y prepararemos la mochila. Este conjunto de actividades anticipa la separación de la escuela y el reencuentro con la familia. Estimulamos una parte de ellos que no está presente. Cuando finalmente se acaba la actividad, se hace mención del hecho diciendo *ya hemos terminado, ahora recogemos y nos prepararemos para irnos a casa, como habíamos dicho antes.*

Es importante hablar de lo que se ha hecho a lo largo de la jornada, lo que se considere más oportuno. Aquí es cuando nuevamente volvemos a hablar del recuerdo: *¿Os acordáis de que esta mañana...? (...) todo esto ya ha pasado antes, ahora lo estamos pensando con la cabeza y lo recordamos, aquí dentro. Ahora ya estamos preparados para irnos a casa, nos levantaremos y saldremos de la clase; volvemos a anticipar qué pasará: no nos volveremos a ver con los ojos hasta mañana, pero nos podremos pensar y recordar con la cabeza. Aquí dentro hay un recuerdo de Pilar en el que Joan puede pensar..., Pilar se acordará de ti, no te verá con los ojos, pero te puede pensar.* Ellos "pueden" recordar, pero también serán recordados. *Sois unos chicos fuertes y valientes y ahora podréis ir a casa y pensar que mañana volveremos a vernos en la escuela y haremos más cosas juntos.* Nadie "desaparece", sino que cambiamos de sitio y si no estamos presentes con los sentidos podemos estar presentes con el recuerdo. Este lenguaje, de entrada, suena raro y difícil de utilizar. Si lo entendemos como una herramienta más del maestro, como podemos entender una "tabla de multiplicar", nos será más fácil hacerlo.

⁴ Aplicado en el Centro de Educación Especial Josep Sol (Santa Coloma de Gramenet) y en la Escuela Josep M^a Jujol (Barcelona).

Por eso, debemos intentar entender las necesidades que tienen nuestros alumnos autistas. No es gratuito o porque suena bien. Es necesario para que los alumnos puedan interiorizar una imagen de sí mismos y de los demás, para que puedan abrir un espacio mental y ser algo más autónomos. Con el paso del tiempo, vemos que podemos desprendernos de este lenguaje. Así como las tablas de multiplicar las dejamos de enseñar en un momento dado porque ya las saben y pasan a hacer la división, veremos en nuestros alumnos autistas que no habrá que decir *me he acordado de ti* porque ya lo sabrán, de igual manera que sabrán que la madre no se pierde o desaparece porque no la vean, sino que poco a poco podrán tener una imagen mental de ella y esperar a reencontrarla más tarde. Todo esto nos lo van enseñando ellos mismos con sus transformaciones, en las manifestaciones que realizan a diario y que el maestro debe observar y recoger con atención.

Cuando trabajamos lo ausente, también vamos trabajando la diferenciación. Éste sería un primer paso para más tarde poder llegar a la simbolización, a la introyección y proyección, también a la iniciación del lenguaje significativo.

Presento una viñeta: “Antes de marchar de fin de semana, Pere ha empezado a regurgitar. Sería, le he llevado al lavabo a lavarse la boca y enseñarle cómo se había ensuciado. *Ni a ti ni a mí nos gusta lo que está pasando*, le he dicho. Una vez ya limpio, le he explicado: *si lo que tienes es pena y un poco de rabia porque estaremos sin vernos unos días, puedes venir a buscarme y sentarte en mi regazo, sabes que yo “te envolveré” con mis brazos y podremos hablarlo, pero no de esta manera*. Ha empezado a mirarme, tocarme la cara y escucharme. Le he explicado cómo podría recordarme estos días y cómo yo también le recordaría: *el lunes nos volveremos a encontrar, ya lo puedes ir pensando, no es la primera vez que te pasa. Ahora puedes escucharme,*

puedes estar conmigo, mientras que del otro modo, no. Ha podido salir tranquilo de la clase”.

Algunos ejemplos de expresiones que podemos utilizar para trabajar cotidianamente estos conceptos intangibles en la actitud de las actividades diarias con niños con dificultades más graves pueden ser: en relación con la ausencia, *¡no está!, no lo vemos, no lo tocamos*; respecto al pensamiento, *¡piensemos!, pensamos con la cabeza, ¿qué estás pensando?*; sobre la memoria y el recuerdo, *vamos a recordar a..., pensamos en la mamá, ayer hicimos, ¿os acordáis de?*; en relación con la curiosidad y la imaginación, *¿qué hay aquí?, ¿a ver?, imaginamos, podría ser..., inventamos una historia, ¿qué imaginas dentro de tu cabeza?*; en cuanto a los sentimientos como la alegría o la tristeza, la rabia o la ternura, estar contento o enfadado, la soledad o la compañía, la tranquilidad o el miedo, *¿cómo estás?, ¿qué te pasa?, ¡qué rabia!, ¡estás muy contento!, ¡qué dolor más grande!*. Son expresiones sencillas, no tienen ninguna complicación y parecen lógicas, pero hay que ser conscientes de utilizarlas. Decirlas con la intención de que sean escuchadas y no por casualidad⁵.

La mirada, la escucha y el habla. El largo camino desde el Desmantelamiento hacia la Integración⁶

Otros aspectos a tener en cuenta son su necesidad de sentirse mirados, escuchados y “hablados”. A partir de ese “mirar” de su tutor, puede empezar a percibirse y, al mismo tiempo, a sentir la compañía. Cuando los miramos, les hacemos sentir su forma, su cuerpo, sus límites. Nuestra mirada les puede mimar, “envolver” y hacerles sentir seguros y protegidos. Cuando estoy trabajando en la clase con uno de ellos y tengo que alejarme de otro, le explico que *no estoy a tu lado, pero te estoy mirando y eso puede ayudarte a esperar un poco y a sentirte acompañado*.

Miremos la siguiente viñeta: “Esta mañana hemos empezado todos miran-

do un cuento sobre los animales, alrededor de la mesa. Joan no quería participar y he accedido a su deseo. Se ha quedado saltando, arriba y abajo, mientras miraba por la ventana. Pienso que se ha empezado a sentir solo y de repente se ha tirado al suelo de forma violenta para autoestimularse, desconectado de todo a su entorno. Desmantelado. Cuando le he visto así, le he dicho: *Joan, Pilar te está mirando. ¡Yo te estoy mirando! Quizás eres tú quien no quiere mirarme a mí y te tiras al suelo. Yo te hablo y tú me oyes por la oreja. Estamos juntos dentro de la clase aunque no estés en la mesa. Yo veo todo lo que estás haciendo aunque esté explicando un cuento a los demás chicos. Mira mis ojos cómo te miran. ¡Gírate!... ¡Verás! No tengas miedo, verás cómo te miro*. Joan se ha girado y nuestros ojos se han encontrado. A partir de ese momento, se ha quedado tranquilo y relajado”.

Pero también vemos cómo a veces rechazan la mirada y pueden vivirla como algo que les daña o les es insoportable. Vemos cómo cuando nos ponemos delante de ellos se giran y nos dan la espalda; bajan la cabeza o se tiran al suelo para no vernos y para no darse cuenta de nuestra mirada. Si nos ven o se sienten mirados pueden ir tomando conciencia de que somos dos y de que funcionamos separados y quizás se encuentran en un momento en el que todavía no pueden soportar esa diferenciación.

A veces, ser mirado y ser tocado pueden vivirlo de la misma manera. Cuando les tocamos, también les enseñamos sus límites, su forma; les hacemos conscientes de que están “aquí” y “ahora”; les enseñamos sus espacios corporales que pueden contener cosas dentro, desde “recuerdos dentro de la cabeza” a “comida en la barriga”.

Algo parecido sucede con el “ser escuchado”. Cuando nos encontramos con niños con poco lenguaje verbal debemos tener en cuenta otro tipo de lenguaje: su silencio, la postura de su cuerpo, de sus manos, la expresión de su cara, su boca

⁵ La Dra. Corominas nos habla de esta metodología y de la importancia de su utilización en el trabajo presentado en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona el 30 de noviembre de 1985 y publicado en la Revista Catalana de Psicoanàlisi, vol. II, nº2, 1985: *Defenses autístiques en nens psicòtics: Estudi i aplicacions en psicoteràpia i psicopedagogia*.

⁶ Aplicado en el Centro de Educación Especial Josep Sol (Santa Coloma de Gramenet) y en la Escuela Josep M^a Jujol (Barcelona).

y lo que deja salir, sus gritos o suspiros, sus risas, el movimiento de los brazos o las manos. Cuando ellos no pueden, nos toca a nosotros poner las palabras y clarificarles qué es lo que pueden sentir, si están tranquilos, enfadados, cansados, rabiosos, asustados, contentos o ilusionados.

Escuchemos la siguiente viñeta: “Ayer, cuando la conserje le curó, Lluís se sentía muy excitado, se reía retorciendo el cuerpo y no paraba de moverse y replegarse sobre sí mismo. Yo le iba contando lo contento que se sentía por ver a la conserje que le curaba y ¡así era! Cuando ella terminó, le dije *ya está, ¡qué bien que te encuentras ahora, Lluís!*, y él la miraba mientras rondaba a su alrededor con una sonrisa. Yo esperé a ver qué pasaba, insistí en que le diera un beso o un abrazo para agradecerse, pero él no podía hacerlo aunque quería. La conserje me decía que le dejara, que ya se quedaría tranquilo, que ya se le pasaría. Yo le contesté que hacía falta que le dijera algo, que después se calmaría. Como él solo no podía hacer nada, decidí cogerle los brazos y acercarlo a ella ayudándole a abrazarla. Inmediatamente, resultó como esperaba. Dejó de dar vueltas y gritar para pasar a quedarse tranquilo y poder despedirse en paz. Al entrar en la clase, se quedó sentado en la silla, relajado, atendiendo a la actividad que teníamos que realizar.

Nuestra voz puede tranquilizar, dar vitalidad, fuerza, consuelo o enfadar y doler. Con nuestra voz podemos ir creando una “atmósfera de la comunicación” (Meltzer, 1976), en la que es necesario tener presente su textura y temperatura: si es fuerte o suave, cálida o fría; la distancia de la comunicación, si es directa o indirecta o dirigida a una u otra parte del niño, nos explica Meltzer. El hecho de escuchar al otro le ofrece una compañía y una acogida.

Sintamos esta experiencia: “Cuando acaba de comer, Marc lleva los platos sucios a la mesa donde quedan recogidos. Cada vez que lo hacemos me pongo delante suyo y sujeto con sus manos el

plato mientras le cuento lo que debemos hacer. Hoy ha variado algo: *los dos llevaremos tu plato hasta la mesa grande, lo harás con tus manos porque eres un chico mayor, pero yo estaré a tu lado, iré contigo todo el camino para ayudarte. Tú eres un chico valiente y fuerte y puedes llevarlos sin dejarlos caer al suelo. Puedes llegar hasta la mesa grande. Ahora te soltaré las manos, pero iré a tu lado. ¡Vamos!* Y le he soltado. Los ha llevado hasta el final, pero ha habido momentos en los que me parecía que se le iban a caer. ¡Pero no!”.

A través de estas actitudes, mirar, tocar, escuchar y hablar, el docente y sus alumnos van creando una interacción única y especial. Ésta les permitirá ir sintiendo una “unidad”, íntegra. El docente debe encontrar la medida de su intervención de modo que pueda serle útil y ayudarle a crecer. En la medida en que las pueda ir aceptando, “deseará” relacionarse con el mundo de fuera.

Objetivos de trabajo. Una herramienta transformadora⁷

Los Objetivos Generales son transversales y deben ir unidos al resto de Objetivos de las Competencias Básicas que se quieren enseñar tanto en la escuela Ordinaria como en la Especial.

1. *Darse cuenta de que vive en un espacio y un tiempo.*
2. *Experimentar en su cuerpo y en el espacio los contrastes más elementales.*
3. *Diferenciarse de otras personas y objetos.*
4. *Darse cuenta de la importancia de sus sentidos como medio para conocer el entorno.*
5. *Tener un conocimiento de las partes de su cuerpo.*
6. *Reconocer, valorar y utilizar su pensamiento.*
7. *Reconocer sus emociones.*
8. *Aceptar el dolor físico como fuente de displacer y el bienestar como fuente de placer.*
9. *Rechazar la soledad y el aislamiento.*
10. *Interesarse por la comunicación y el contacto con otros niños y adultos.*

11. *Utilizar la percepción, orientación, memoria y atención como medios para interactuar con el medio.*

12. *Mostrar curiosidad y deseo de conocer.*

13. *Adquirir el hábito de esperar.*

14. *Mostrar tolerancia a la frustración.*

15. *Interesarse por el juego y otras actividades escolares, utilizándolas como medio de relación y expresión de afectos y sentimientos.*

16. *Darse cuenta de la importancia de su actividad manual.*

17. *Mostrar satisfacción frente a las conductas que manifiestan avances y valorar su propio progreso.*

18. *Utilizar su autonomía personal a partir de sus posibilidades.*

19. *Darse cuenta de las distintas formas de comunicación.*

20. *Reconocer y aceptar una serie de rutinas y normas sociales como elementos que facilitan la vida.*

21. *Darse cuenta de la importancia de utilizar los hábitos personales de higiene, alimentación, vestido y descanso.*

Cada uno de estos Objetivos Generales Transversales tiene otros Objetivos Específicos. Dado que cada niño autista es diferente, idiosincrático y se encuentra en un momento evolutivo particular, una vez hecha la evaluación, escogemos aquel objetivo que se ajuste más a sus necesidades y posibilidades. Y serán éstos los que nos permitirán, también, realizar una “evaluación” posterior. Se pueden cambiar según va evolucionando el niño.

El maestro de educación especial los compartirá con otros profesionales que trabajan con sus alumnos para que también estén enterados y lo tengan presente a la hora de estar con él. Al ser transversales, no es relevante el contenido que se trabaje, ya sea matemáticas, lengua, medio, estar en el aula, separarse del docente, compartir un espacio... o el lugar donde suceda, sea en un centro ordinario o especial. Voy a enumerar algunos de ellos para que el lector pueda hacerse una idea más clara, ya que todo ello conlleva cierta dificultad.

⁷ Forman parte de las programaciones del Centro de Educación Especial Josep Sol (Santa Coloma de Gramanet) y de la Escuela Josep M^a Jujol (Barcelona).



Otros aspectos a tener en cuenta son su necesidad de sentirse mirados, escuchados y "hablados". A partir de ese "mirar" de su tutor, puede empezar a percibirse y, al mismo tiempo, a sentir la compañía. Cuando los miramos, les hacemos sentir su forma, su cuerpo, sus límites.

Por ejemplo:

1. *Darse cuenta de que vive en un espacio y un tiempo.*

a) Apreciar unos espacios donde está contenido y por donde se mueve.

b) Apreciar un tiempo que sucede de forma continua en el que él vive una experiencia.

(...)

9. *Rechazar la soledad y el aislamiento.*

a) Adquirir progresivamente una conciencia del entorno.

b) Percibir progresivamente como placenteras las experiencias compartidas y la búsqueda de compañía.

(...)

13. *Mostrar tolerancia a la frustración.*

a) Sensibilizarse ante una realidad que no siempre puede controlar o manipular y de la que no puede obtener de forma inmediata lo que parece necesitar.

b) Concienciarse progresivamente de su sentimiento de rabia e ira cuando las cosas no pueden ser como él quiere. Contener progresivamente estos sentimientos.

Darse cuenta de que vive en un espacio y un tiempo se trabajará y observará en la clase de historia al trabajar una época histórica. Por ejemplo, en un centro ordinario o bien como hemos visto con Pere en el centro especial.

Rechazar la soledad y el aislamiento se trabajará y observará cuando le pedimos realizar un trabajo de grupo en el aula a un alumno en un centro ordinario o bien, como hemos visto con Marc, en el centro especial.

La tolerancia a la frustración se puede valorar y observar en cómo gestiona el fracaso en la realización de un ejercicio de matemáticas en el centro ordinario o, como hemos visto con Joan, en el centro especial. Y asimismo con los demás Objetivos Generales.

Los Sentidos Corporales. Una nueva visión de la realidad exterior y de sí mismo⁸

Trabajar cada uno de los sentidos genera un espacio interactivo entre el niño y el adulto en el que intervienen sensa-

ciones y percepciones diversas. Éstas sirven para enriquecer su personalidad siempre que se integren dentro de unos procesos cognitivos y emocionales (Corominas, 1986). Por tanto, será el profesional quien le irá conectando con las emociones que le provoca para que le ofrezca un contenido y un conocimiento útil y funcional.

Buñuel (1990) decía que el niño autista no puede integrar los estímulos en un entramado neurológico y cada uno de ellos será algo inconexo y desarticulado. Partiendo de aquí, conviene realizar un trabajo sistemático de los sentidos alternando cada uno de ellos, "verbalizando primeramente las acciones, después o simultáneamente, sensaciones y sentimientos que más tarde se podrán conectar en la relación con compañeros y educadores" (Corominas, 1985).

En estas situaciones de interacción que provocho son necesarios dos adultos, tener presente aquellas partes del cuerpo que los niños no se pueden ver y de las que tienen poca conciencia como son la cabeza, los ojos, la nariz, las orejas y la boca y utilizar los siguientes conceptos:

- Dentro/fuera: vivenciar el medio interno y externo. El yo y el no-yo.

- Lleno/vacío: vivenciar el sentimiento de "nada", ninguna emoción, y el sentimiento de "lleno", alguna emoción.

- Fuerte/suave: vivenciar el sentimiento de seguridad y tranquilidad que proporcionan los objetos y las formas autistas (Tustin, 1992), pero no como una sensación corporal vivida en soledad, sino como un sentimiento de fortaleza y tranquilidad vivido en compañía del adulto sostenedor de sus emociones.

- Guardar/quitar: vivenciar su medio interno como un espacio en el que puede recoger alguna emoción o idea y al mismo tiempo le permite exteriorizar algo, comunicarse.

- Abrir/cerrar: vivenciar el "dejar entrar" y el "dejar salir" alguna emoción. Empieza a recibir y dar.

- Frío/caliente: vivenciar aquel frío interior que hace sentir el aislamiento y la soledad; el calor y la ternura del adulto

⁸ Aplicado en el Centro de Educación Especial Josep Sol (Santa Coloma de Gramenet) y en la Escuela Josep M^a Jujol (Barcelona).

que cuida de él y le ayuda en su camino de crecimiento.

Se trata de una actividad a realizar en grupo. Se las presento de la siguiente manera:

¿Qué haremos ahora? ¿Qué hacemos con esa parte del cuerpo? ¿Para qué sirve? ¿Dónde está y cuántas partes son? ¿Qué experiencia tenemos de nosotros mismos y de los demás? ¿Qué sensación tengo ahora? ¿Qué momentos nos recuerda? Relacionar la sensación con la emoción posible.

Al inicio, como la actividad es nueva, puede crear situaciones difíciles como tirarse al suelo o gritar, tirar las cosas o, por el contrario, pueden disfrutar y quedar como hipnotizados (depende del alumno y el momento evolutivo en el que se encuentra). A veces, debo contener física y emocionalmente al niño o debo parar o suspender la sesión de trabajo hasta que pase el momento de inquietud. Puede que el nivel de exigencia de la demanda sea excesivo para él y no pueda soportarla, despertando las ansiedades catastróficas (Bion, 1962). También puede aparecer un silencio y estímulo de la curiosidad.

En la medida en que los niños ven mi disposición, la perseverancia, la delicadeza y que se da una pauta temporal, comienzan a tolerar y/o incorporar lo que este espacio interactivo les ofrece.

Veamos estas sesiones de trabajo relacionadas con el sentido del oído y del tacto a modo de ejemplo.

Primero trabajo los ruidos que pueden hacer con el cuerpo, más tarde sonidos que hacen las cosas cercanas y que pueden ver. Después, utilizo grabaciones de varios sonidos. A partir de ahí, aprovecho los sonidos que se dan de forma inesperada y/o esperada para trabajar el entorno, el recuerdo y la memoria. Después de muchas jornadas de trabajar este sentido, empezamos a clasificar los sonidos según diversos atributos. Partiendo de las grabaciones, inventamos historias escuchando los ruidos de las acciones que suenan. Al mismo tiempo, ven las imágenes de lo que suena.

Al empezar la sesión, explico qué haremos. Hablo despacio, con pausas, de

cómo pensaremos en “las orejas”, dónde están, para qué sirven... Les digo: *Las orejas no están en medio de la cara, están al lado, y no son una sino que son dos, una aquí y la otra aquí. Tampoco las vemos, pero sabemos que están porque las podemos tocar y las vemos en los demás niños. Por las orejas oímos la voz de Pilar y las palabras que nos dice, también los ruidos de las cosas.*

Les recuerdo que no tocarán, ni olerán, ni comerán. Escucharán. La voz no se mira, ni se huele, ni se come, ni se toca. Pero sí podemos oírla y reconocer de dónde sale, al igual que los sonidos de los objetos.

Este agujero se puede tapar (el de la oreja), vamos a ver qué pasa si lo tapamos. Lo podemos tapar con el dedo, así. Algunos no pueden hacerlo, entonces lo hacemos nosotros. A menudo no se dejan, ya que tapar las orejas resulta parecido a tapar los ojos, a no ver nada y les asusta. *Si el agujero está tapado no oímos bien, dice Joseph. Pilar parece que esté lejos y no os gusta.*

Primero pienso en sonidos que podemos hacer con el cuerpo: *Pilar habla y escucháis por la oreja mi voz que sale de la boca.* Les pregunto cómo suena su voz, si pueden hacer ruido palmeando, con la boca cuando tosen o estornudan y les explico que es un ruido del cuerpo que hacemos con la boca y lo oímos por la oreja.

La duración de la sesión depende del grupo. Hay que escucharle y ver hasta cuándo puede durar el trabajo. Cuando vemos que está cerca el final, lo anticipo y, después de unos minutos, acabamos. Recordamos lo que hemos hecho.

El mismo día de la semana siguiente, trabajamos el tacto estando juntos alrededor de la mesa con una palangana delante y toallas. Los materiales pueden ser: agua fría y/o caliente, piedras y/o esponjas, arena y/o harina, plumas, algodón, espuma de afeitado, pesos de balanza. En cada sesión destinada a este sentido, utilizo un material diferente a menos que pidan alguno especialmente. Los preferidos son la espuma, la arena y las plumas.

Veamos una sesión con la espuma: “Les pongo un chorro de espuma entre

sus manos mientras les pregunto: *¿qué es esto que te pone Pilar en las manos? Parece muy grande y pesado, pero no, es ligero.* A Malena le da asco y se seca la mano. *¡No pesa y parece que nos deja las manos mojadas! ¡Y nos las esconde! ¿A ver? Joseph dice: No están. Yo digo: Es de color blanco. ¿Qué pasa cuando queremos cogerlo?... ¡Oh, mira! ¡Todo queda lleno de espuma!* Hay silencio y manos que se mueven. Malena está retraída, pero mira curiosa. *Toda la mesa está llena de espuma blanca esparcida y Roger embadurna a Pilar, le llena el brazo.* Doy tiempo. *Ahora os ponemos agua en las manos a ver qué pasa... Mirad, se mojan las manos y se va la espuma. Ahora nos estamos mojando las manos y los brazos con el agua. ¡Uf! ¡Qué fría! Parece que no te gusta mucho, haces muecas, te molesta ponerlas dentro, te gusta más la espuma, ¡huele bien, huele!* Están unos minutos manipulando/jugando con el agua. Se crea un silencio. Antes de terminar, les aviso: *en un rato ya recogeremos y empezaremos a guardar las cosas y a secarnos las manos y los brazos, otro día volveremos a hacerlo.* También utilizan botes para llenar y vaciar el agua y mirar cómo cae”.

Después de bastantes jornadas de trabajo, la actividad sensorial se convierte en uno de los espacios/tiempos más esperados y tranquilizadores.

CONCLUSIONES

Aunque la realidad del aula pueda ser incomprensible, difícil e inesperada, es importante que el maestro tenga un horario claro de trabajo, una organización del tiempo y unas actividades básicas previstas, que podrán realizarse o no como ya se ha podido comprobar. No importa que se encuentre en un centro ordinario o sea en un centro de educación especial. Es importante recibir a los alumnos y poderse decir: “hoy haremos... hoy trabajaremos... tengo pensado...” y tenerlo “programado”. Después, serán los alumnos quienes “dirán” qué es lo que podremos hacer hoy y qué quedará para hacer mañana. La posibilidad de ir conectando con experiencias emocionales básicas, con nuevas vivencias e identificaciones a través de la interacción con

los adultos, los compañeros, el espacio, la organización del tiempo, el material escolar y las propuestas de actividades, creará un clima emocional con el que los alumnos se irán reconociendo como seres mentalizados, aprenderán a comunicarse y tener en cuenta al otro. Todo ello repercutirá en un mejor desarrollo emocional y cognitivo, en una mayor calidad de vida. ●

BLOGRAFÍA

- Bion, W.** (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Buñuel, J.** (1990). Una organización funcional neurológica diferente. Causas, evolución y diagnóstico. *III Jornades catalanes d'Autisme i psicosis infantiles*. Barcelona.
- Coromines, J.** (1984). Oralització i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. I, nº 1.
- Coromines, J.** (1985). Defenses Autístiques en els nens psicòtics: Estudis i aplicacions en psicoterapia i psicopedagogia. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. II, nº 2.
- Coromines, J.** (1985). Aplicacions en psicoteràpia i psicopedagogia. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* vol. II, nº 2.
- Coromines, J.** (1988). Alguns aspectes clínics, terapèutics i educatius de nens petits psicòtics, presentin o no trastorns orgànics. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. V, nº 2.
- Coromines, J.** (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaic*. Barcelona: Ed. Espaxs.
- Fieschi, E.** (2012). Sensacions, emocions, sentiments: el punt de vista psicodinàmic en el tractament de l'autisme. Dentro de *19 Jornades Fundació Maresme: Sumant esforços en l'abordatge de l'autisme*, 26 de març de 2012. Mataró.
- Kohut, H.** (1982). Introspecció, empatia i el semicircle de la salut mental. *Revista Internacional de Psicoanàlisi*, 63, 395-407.
- Lyons-Ruth, K.** (1999). El inconsciente bi-personal. *Aperturas psicoanalíticas*, 4.
- Meltzer, D.** (1984). *Exploraciones del autismo*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Meltzer, D.** (2002). Conferencia: Consideraciones actuales sobre el autismo. En D. Meltzer, *Transfer, Adolescenza. Disturbi del pensiero*. Mutamenti nel método psicoanalítico a cura del Gruppo di Studio Racker di Venezia Armando editore, Roma, 2004 pp 158-162. (Traducció de Lucy i Claudio Bermann).
- Meltzer, D.** (1976). *Dimensiones técnicas de la interpretación: la temperatura y la distancia*. Editado por A. Hahn Spatia (1997), Buenos Aires.
- Resnik, S.** (1990). Aspectos normales y patológicos del autismo. *III Jornades catalanes d'Autisme i psicosis infantiles*. Barcelona.
- Tubert-Oklander, J.** (1999). Proceso Psicoanalítico y relaciones objetales. *Aperturas psicoanalíticas*, 3.
- Tustin, F.** (1981). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Tustin, F.** (1992). *El cascaron protector en niños y adultos*. Buenos Aires: Amorrortu ediciones.



La música: un buen lenguaje para acoger y transformar las aportaciones del autista

– Anna Duran Arana –

**Psicoterapeuta y musicoterapeuta.
Escola Municipal de Música de
Can Ponsic. Miembro de la Asociación
Bick España. Miembro de a.CAF.
(Barcelona)**



BEFORE MIND

*My mind lost me
And, there,
I found myself
The music,
unwritten
which played,
in my soul,
unheard
The picture*

*never seen
in whose colors, I swam and felt
belonging
The feeling, without explanation
The silent inner waves
that you never heard between us
My beingness,
lost in an ocean of the everything
Home to my beginning
You were always welcome to visit,
not to take
But just to be sharing, in our
unknown knowing
At ease that this was always
so much more than just «enough».
(Donna Williams)*

*Mi mente me perdió
y, ahí, me encontré a mi misma
La música, no escrita,
que sonaba en mi alma, no oída
El cuadro que nunca vi
en cuyos colores nadé y me sentí
pertenecer
El sentimiento, sin explicación
Las silenciosas olas internas
que nunca oíste entre nosotros*

*Mi existencia,
perdida en el océano de todas las cosas
Hogar de mis inicios
Siempre fuiste bienvenido para una
visita, no para tomar
sino solo para compartir en nuestro
desconocido conocimiento
Con la tranquilidad de que esto fue
siempre
mucho más que “suficiente”¹.*

En este poema, Donna Williams describe este lugar de sensorialidad e indiferenciación que habitaba, lleno de olas, de ritmos, sonidos, colores, silencios. Describe también lo que son para ella los encuentros posibles. La música, entendida de forma amplia como lenguaje de los sonidos, me ha permitido encontrar los elementos que propician el encuentro no amenazador con la persona con autismo. Hablar con gestos, ritmos, vocalizaciones, movimientos. Convertir gritos en melodías, golpes en pulsaciones, movimientos en danzas. Construir encuentros alrededor de pequeñas formas como la alternancia. Este lenguaje, utilizado con respeto y con la finalidad de acercarme a los intereses de las personas con autismo, me ha permitido encontrar un modo de acompañar la transformación y el desarrollo a partir de los elementos sensoriales aportados por los propios niños.

El otro pie sobre el que se ha sustentado mi trabajo es mi formación en Observación de Bebés según las enseñanzas de Esther Bick. Esther Bick propone “observar y nada más” a un bebé en su familia durante, como mínimo, su primer año de vida. Esta formación me ha enseñado a observar los detalles y reconocer lo vivo. Christian Bobin lo expresa muy bien en una frase que me acompaña con mucha fuerza: “el mundo está perdido y la vida está intacta”. Se trata de perseguir

la alegría del encuentro, la belleza de la mirada, el calor de la sonrisa y confiar en que lo importante se va tejiendo.

ESCENA 1

Cuando conocí a Nadia, era una niña que solo tiraba y rompía cosas. En momentos de frustración o descontento se colocaba de rodillas y golpeaba la frente contra el suelo rítmicamente. No eran golpes fuertes, pero tenía una dureza en la frente de tantos golpes que debía de haberse dado. Sorprendentemente, esta estereotipia fue muy fácil de reconvertir. Después de unos meses de trabajo, durante dos o tres sesiones, cada vez que se arrojaba para golpearse la frente yo me colocaba a su lado, ponía mi mano entre la frente y el suelo y golpeaba su espalda al mismo ritmo al que ella golpeaba su cabeza. Como el ritmo era estable, podía cantar canciones siguiendo su pulsación. Si yo paraba de golpear su espalda, ella retomaba el movimiento. Si yo retomaba el movimiento, ella descansaba sobre mi mano. A partir de ese momento la estereotipia desapareció durante la clase de música. Y poco a poco fue disminuyendo en casa y en la escuela.

Trabajamos durante años con esos objetos que Nadia agitaba y tiraba. Durante meses cogía un vaso e introducía algún elemento en su interior para agitarlo y luego tirarlo por los aires. Hice muchos intentos antes de tener algún tipo de éxito; repetí sus gestos, cambié los contenidos, los recipientes, hicimos maracas que se abrían y cerraban... A la vez, fuimos construyendo encuentros con nuestras vocalizaciones y sus gritos se fueron transformando en pequeñas melodías cantadas de dos o tres sonidos. Poco a poco, nuestros encuentros se fueron volviendo más francos, con más mirada y con alegría y sonrisas evi-

¹ Traducción de la autora del artículo.

dentes. Creo que el primer momento en que empezó a esperar mi respuesta y a mirarme y sonreír, fue cuando yo imitaba con mi propia voz (“tiquitiquitiquit”) el sonido del objeto moviéndose dentro del recipiente que ella agitaba. Eso le hacía gracia y esperaba a que yo parase para agitar de nuevo su objeto y provocar mi reacción. Con el tiempo, empezó también a compartir el objeto ofreciéndomelo pequeños instantes; ahora ella, ahora yo. El objeto fue cambiando; empezó a coger instrumentos musicales que contenían un cascabel o trozos de metal. La mirada entre nosotras y la alegría fue creciendo a medida que crecía la diferenciación del objeto y entre nosotras. Apareció el control de esfínteres y también las primeras palabras.

Nuestra tarea consiste en acercarnos con un gran respeto por las estrategias que la persona con autismo ha construido para manejar tantos elementos no digeridos de su experiencia. Esta tarea se ve facilitada por este lenguaje que se adapta a todas las necesidades y en el que cualquier sonido, cualquier golpe, cualquier gesto, cualquier vocalización puede ser el inicio de un encuentro transformador. Los gestos propios de la música permiten trabajar con niveles de simbolización más primitivos, permiten que nuestra respuesta se sitúe más cerca de los elementos que el autista es capaz de manejar en este mundo sensorial e indiferenciado que nos describe Donna Williams en su poema. De este modo, facilitamos la creación de un vínculo de confianza e interés.

Se trata de que podamos entrar en comunicación, empezar a construir una relación y de forma sutil, lenta e intuitiva, conseguir que nos dejen entrar y participar en estas respuestas tan suyas. Siguiendo las enseñanzas de Lacan, podemos decir que nuestra intervención debe inventar la continuación del trabajo del autista. Debemos trabajar en el “borde” o zona extracorporal donde el intercambio es posible y hay goce. Cuando podemos entrar e introducir nuestras pequeñas aportaciones, empieza un trabajo transformador. El autista deja de estar solo y aislado con sus respuestas y empieza a tolerar las aportaciones del otro.

ESCENA 2

Pienso en Álex, un niño a quien le ha costado mucho tolerar a momentos cortos la utilización de objetos y la construcción de pequeños juegos con una cierta forma. No tiene apenas lenguaje verbal. Le acerco una cesta con piezas de madera. Vuelca la cesta y tira las piezas por la sala. Lo hace con una expresión en la cara de transgresión, una risa provocadora. Voy cogiendo las piezas y las tiro también, cantando un sonido fuerte cada vez que tiro una pieza. Su cara es de desconcierto por mi respuesta. Queda descolocado. Al cabo de un rato, tiro las piezas hacia donde está él, con más suavidad y sonidos más amables. Espero y él me las devuelve. Hemos iniciado un juego. Hay vocalizaciones, hay turnos, hay dos personas, en cierto sentido diferenciadas, compartiendo objetos que tienen por finalidad la creación de un vínculo. Un rato después, coloco la cesta y hago puntería, lanzando las piezas hacia su interior. Al poco, empieza a meter las piezas dentro de la cesta conmigo. Acabamos el juego.

Este trabajo permite construir un poco de filtro, una progresiva diferenciación y un camino hacia la alfabetización, hacia la simbolización (que es el “gran filtro”). Bion habla de alfabetizar los elementos beta y convertirlos en elementos alfa capaces de relacionarse entre sí. La alfabetización es una forma de digestión de las experiencias sensoriales-emocionales-corporales. Si podemos compartir las propuestas que hace el autista, tomarlas en serio y entrar en relación con él; si podemos dialogar, si podemos dar forma a nuestra relación, estaremos convirtiendo sus externalizaciones (proyecciones sin piel ni mente, según Júlía Corominas) o elementos beta en elementos más y más diferenciados, más y más simbólicos. Empezarán a aparecer pequeños momentos de atención conjunta. Podemos estar actuando lejos de la significación, sin entender ni ser capaces de explicar la significación de lo que hace la persona con autismo, pero damos un sentido comunicativo, una forma, un nuevo punto de vista... a sus aportaciones espontáneas. Existe un mundo de matices y una progresiva construcción de la capacidad simbólica que debemos

acompañar y favorecer con nuestras respuestas.

“La función-alfa opera sobre las impresiones sensoriales, cualesquiera que sean, y las emociones, cualesquiera sean las que el paciente acepta. Mientras la función-alfa opere con éxito, se producirán elementos-alfa y estos elementos resultarán adecuados para ser almacenados y satisfacer requisitos de los pensamientos oníricos. Si la función-alfa es perturbada, y por lo tanto resulta inoperante, las impresiones sensoriales que el paciente capta y las emociones que a la vez está experimentando permanecen inmodificadas. Los llamaré elementos-beta. En contraste con los elementos-alfa, los elementos-beta no son sentidos como si se tratara de fenómenos, sino como las cosas en sí mismas. Asimismo, las emociones son objetos de los sentidos”.

“Los elementos-beta no son propensos a ser usados en los pensamientos oníricos, pero sí son apropiados para ser usados en la identificación proyectiva. Influyen en la producción del acting-out. Son objetos que pueden ser evacuados o empleados para una forma de pensar que depende de la manipulación de lo que es sentido como cosas en sí mismas”.

“(…) el rêverie es aquel estado anímico que está abierto a la recepción de cualquier “objeto” del objeto amado y es por lo tanto capaz de recibir las identificaciones proyectivas del lactante, ya sean sentidas por el lactante como buenas o como malas. En resumen, el rêverie es factor de la función-alfa materna” (W.R. Bion, Aprendiendo de la experiencia).

Cada elemento de una estereotipia que convertimos en un gesto compartido es un elemento beta que ha sido alfabetizado y convertido en un elemento a partir del cual se puede construir algo. Alfabetizar un elemento beta es convertirse en un continente para el contenido que proyecta la persona con autismo. Este continente debe adecuarse al contenido que pretende alfabetizar. El continente debe tener una forma muy parecida al contenido, debe encajar sin confundirse. El continente es un gesto parecido al contenido, pero que en lugar de ser una proyección, es un gesto que, desde la diferenciación, da sentido, acoge y se inte-

resa por ese contenido. Sabemos cuándo encontramos un continente que se adecúa al contenido en cuestión cuando hay emoción, cuando hay una respuesta clara de encuentro, aunque sea muy fugaz.

“El contenido y el continente son susceptibles de ser unidos e impregnados por la emoción. Así, unidos o impregnados o ambas cosas a la vez cambian de un modo generalmente descrito como crecimiento. Cuando están separados o despojados de emoción, disminuyen en su vitalidad, es decir, se aproximan a los objetos inanimados” (W.R. Bion, Aprendiendo de la experiencia).

ESCENA 3

María es una chica con una verborrea casi continua. A la vez que mueve una hoja o una cuerdecita delante de sus ojos, dice palabras sin parar. Se refiere mucho a animales y colores. “El conejito blanco, el conejito rosa, el conejito verde...”. Cuando la conocí, ésta era una actividad muy solitaria que realizaba de cara a la pared. El primer movimiento que me permitió entrar en esta actividad solitaria fue repetir la frase que ella había dicho. Entonces, se giraba a mirarme y empezó a pedir que yo repitiese todo lo que ella iba diciendo. Ahí cogió forma la alternancia que nos permitiría llegar a un posible diálogo con el tiempo y mucho trabajo. Poco a poco, fue permitiendo que me sentara al piano y repitiese sus frases cantando. Esperaba pacientemente y callada a que yo acabase mi repetición y ella proponía un nuevo elemento. Mis repeticiones eran cada vez menos exactas. Con el tiempo fui relacionando e inventando pequeñas historias sobre los personajes que ella proponía. María se emocionaba e iba repitiendo algunas de mis frases (con sujeto, adjetivo, verbo y complementos). En este momento del proceso, María empieza a dirigirse a sus padres, hablándoles. Al principio, no se entiende lo que dice. Poco a poco, va respondiendo preguntas sencillas o diciendo lo que quiere comer o lo que quiere hacer. Más adelante, empieza a explicar en la sesión las cosas que le pasan (“El papa se ha ido a Madrid”).

María pasa unas cuantas sesiones pidiéndome que dibuje un montón de



Continente-contenido. Núria Duran.

ratones con sus camisetas de distintos colores. Son los ratones de la Cenicienta de Walt Disney. Cada día, intento inventar algo a partir de esos ratones. Preguntar por cada ratón, lo que hace, lo que le gusta, dónde está... Invitar a todos los ratones a bailar con nosotras, cada ratón a su manera... En una de las sesiones, me dediqué a convertir el nombre del color de la camiseta en un sonido acompañado de un gesto con caracteres muy diferenciados (el azul es un susurro suave; el amarillo, un ritmo enérgico y cortante; el verde, una melodía ondulante como el movimiento de la hoja que María tiene en su mano...). Esto le hace gracia. Ríe, se emociona, se mueve por la sala y vuelve una y otra vez a proponerme un nuevo color. Al rato, va disminuyendo su verborrea. María me pide que ponga música y escuchamos en silencio. Después, María me pide que le hable de la madrastra y del hada madrina. Está atenta e interesada en estos personajes, la mala y la buena.

Como se ha visto en el ejemplo anterior, una de las transformaciones que pueden darse es la que empieza por la construcción de una alternancia y lleva hasta el nacimiento del diálogo. En el ejemplo siguiente, que es uno de los momentos más sorprendentes que he vivido, se ve cómo este proceso tiene relación con la diferenciación que le da al otro la experiencia de ser un sujeto.

ESCENA 4

Feliu es un niño con muy poco lenguaje verbal. Apenas contesta las preguntas que se le hacen y canta las canciones sin letra. Le gusta mucho la música y tiene buena relación con el piano desde los inicios. Es uno de los pocos elementos que tolera. No utiliza tambores ni coge baquetas. Canta, baila y se acerca al piano. Deja que yo toque el piano para acompañar sus dos canciones favoritas. Es muy selectivo. Se sienta a mi lado pero no soporta tocar más de una nota. Comenzamos haciendo una alternancia:

él toca una nota, yo toco otra. Con el tiempo, la alternancia va creciendo y se va volviendo más y más compleja. Acaban surgiendo pequeñas melodías que se contestan una a la otra. Yo hago un acompañamiento armónico muy sencillo y su melodía y mi melodía se van alternando y convirtiendo en un diálogo. Realizamos improvisaciones cada vez más largas y bonitas. Feliu se mira a menudo en el reflejo del piano. Un día, me llevo una gran sorpresa: estamos improvisando al piano, después de horas de alternancias y diálogos, y Feliu se mira en el reflejo del piano y señalándose a sí mismo dice “yo” por primera vez en su vida.

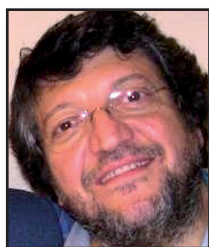
La música nos permite trabajar fuera del lenguaje verbal, promoviendo los primeros pasos de la simbolización. Es un lenguaje que nos ofrece la posibilidad de acercarnos a la sensorialidad y la indiferenciación propias del estado autista y eso hace posible un encuentro no amenazador, interesante y vivo. Trabajando con materiales propios de la música como la voz más o menos cantada, la improvisación, la canción, los objetos y los instrumentos musicales, el cuerpo, el movimiento, la expresión o carácter, los diferentes e infinitos ritmos, las pequeñas melodías... vamos compartiendo y alfabetizando gestos solitarios. Los encuentros que promueven emociones van tejiendo lo que Bion llama la barrera de contacto; una progresiva diferenciación de fuera-dentro, de yo-no yo. ●



Barrera de contacto. Núria Duran.

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

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



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

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

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

L. Muy bien.

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

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

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

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

L. Buen título...

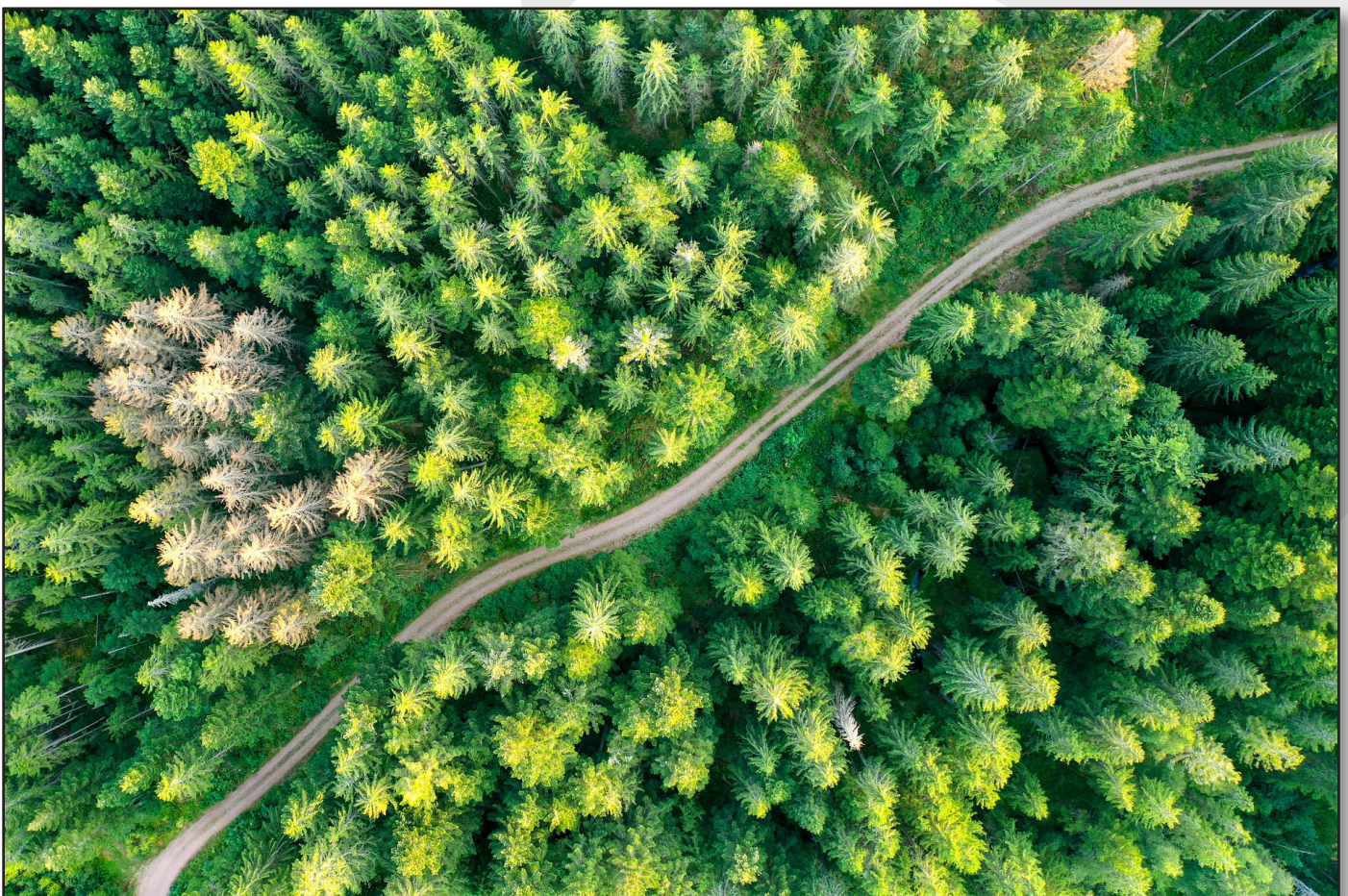
P. Tiene muchísima aceptación y además lo suelen puntuar muy bien los alumnos y las alumnas porque creo que el diagnóstico no es un diagnóstico de ítems, sino es un proceso, un proceso en el que tú estableces una primera sospecha. Sobre la sospecha, buscas la información y, a medida que vas obteniendo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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

P. Adelante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P. Sí, sí, totalmente de acuerdo.

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

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

L. Eso es.

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

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

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

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

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

P. Lo mismo digo. ●



En las postrimerías de la edición de este número de la revista, recibimos la tristísima noticia del fallecimiento de Guillem Salvador, reconocido psiquiatra y psicoterapeuta, maestro, amigo y poeta que nos regaló el *Saludo* del número 7. Persona inquieta y curiosa, indagador de la comprensión y de la palabra, amante de las artes y del arte de la vida. Le queremos rendir homenaje con la reproducción de su poema *Albany (Georgia)* de su libro de poesía “Antología apresurada (poeta tardío)”, Edicions Cal·lígraf, 2019.

Albany (Georgia) Para Ray Charles



No sé si tu piel
es el final de tu interior
o el principio de tu exterior.

No sé si tu piel me llama
desde tu adentro
o se me muestra desde tu afuera.

Y yo, perplejo,
idiota eterno,
miro mi piel y no me reconozco
ni en mi adentro
ni en mi afuera.



