

e eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 6, mayo 2019



- 4 Editorial**
Equipo *eipea*.
- 6 Saludo**
Jorge L. Tizón. *Hay varias formas de ser autista y varias perspectivas para ayudar al paciente, su familia y a su grupo social.*
- 8 Temas**
Juan Larbán. *Autismo temprano.*
- 30 Varios Autores. Autismo en 200 palabras.**
- 34 Artículos**
Anne Brun. *Mediaciones terapéuticas y autismos: hacia el surgimiento de formas primarias de simbolización.*
- 48 Iván Ruiz. La Práctica entre varios: la inclusión de la institución en el autismo y las psicosis.**
- 52 Varios**
Miguel Llorca, Josefina Sánchez, Cori Camps y Fabia Morales. *Detección temprana de signos de alarma en el desarrollo de personas con Trastornos del Espectro Autista.*
- 62 Lourdes Busquets, Marina Mestres y Júlia Miralbell. No me necesita. Las señales de alarma del Trastorno del Espectro Autista durante los primeros años de vida.**
- 66 Obituario: Juan Manzano**
Francisco Palacio Espasa.

- Revista digital de periodicidad semestral
- ISSN 2462-6414
- Web: www.eipea.cat - Contacto: eipea@eipea.cat
- Obra de portada: Xabier Santxotena - *Máscara de Miguel de Unamuno*

Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra)

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona)

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Editorial

Carles y yo jugamos sobre la alfombra que representa la ciudad. Carles es un niño de ocho años, inteligente y despierto, ensimismado en sus intereses. Le sugiero que llevemos el coche a la H que señala el helipuerto. Me mira sorprendido y me suelta: *Es una I*. Le explico que, desde donde yo estoy, veo una H. Se enfada conmigo porque cree que le engaño. Le argumento que se enfada porque no se pone en mi lugar y le invito a venir hasta donde yo estoy y hacerlo. Se acerca a regañadientes, más por la confianza ganada que por convicción o curiosidad, y ve estupefacto la H de la que le hablaba. *Depende desde dónde miremos, Carles*, le sonrío. Entonces, él empieza una frenética y radiante búsqueda de parejas equívocas: 6/9, p/d, b/q...

Nuestro nuevo número viene introducido por la reproducción de una escultura que Xabier Santxotena nos ha cedido amable y desinteresadamente (con la inestimable mediación de la pintora Teresa Lafragua) para ser utilizada como portada. Xabier es un polifacético y renacentista creador. Cocinero, poeta, investigador, escultor de la madera, discípulo distinguido de Jorge de Oteiza, en todos sus quehaceres ha demostrado y defendido su respeto por la naturaleza y por la cultura. Pero, además, Xabier nos ha querido transmitir una mirada diferente sobre un pueblo "maldito", marginado, denostado y discriminado, el suyo, los agotes.

Keri Opai es el nombre del funcionario que fue comisionado para elaborar un glosario de nuevos términos relativos a la salud mental, la adicción y la diversidad en el idioma maorí. Cuenta que eligió términos que no implicaran ni un juicio ni condescendencia, enfatizando la fuerza y la capacidad. "En mi experiencia -relata- las personas con autismo tienden a tener su propio tiempo, espacio y ritmo vital". Por ese motivo llamó al autismo *Takiwanga*, que significa "su propio tiempo

y espacio". Una mirada diferente, más próxima y real, más desde el sujeto. Otro pueblo, el maorí, pero sobre todo el pueblo de los marginados: agotes, maorís o enfermos mentales.

Cuando bautizamos a *eipea*, pusimos el énfasis en la escucha, eludiendo en el acrónimo que para nosotros esa escucha conllevaba necesariamente una mirada, ya que ambas -escucha y mirada- hacen referencia a una manera de posicionarnos, de atender -de estar atentos-, de dejarnos influenciar, de reconocer el papel protagonista de quien tenemos ante nosotros, de intentar entender y acceder a través de la comprensión. Xabier Santxotena y Keri Opai nos enseñan a mirar, pero sobre todo nos ilustran sobre la importancia de cómo miramos. Una mirada preñada de respeto, consideración y deferencia, sin imposiciones. En definitiva, cercana.

Queremos agradecer vivamente, también, su participación a otros maestros de la mirada que han colaborado en este número, como son Jorge L. Tizón, Juan Larbán, Anne Brun, Iván Ruiz, Miguel Llorca, Josefina Sánchez, Cori Camps, Fabia Morales, Lourdes Busquets, Marina Mestres y Júlia Miralbell, así como los profesionales que aceptaron responder a la pregunta de qué define para ellos estructuralmente el autismo.

Por último, congratularnos de poder presentar a la Dra. Ema Ponce de León, de Montevideo, como nueva miembro del Consejo Asesor de la Revista.

Cuando cerrábamos este número, recibimos la triste noticia del fallecimiento de Juan Manzano. Invitamos a Francisco Palacio Espasa, compañero suyo en más de cincuenta años de fructífero trabajo conjunto, a que glosara su figura. Le agradecemos de manera especial esta particular contribución. ●

Josep M^a Brun,
 Susanna Olives y Núria Aixandri





– Jorge L. Tizón –

Psiquiatra y neurólogo, psicólogo, psicoanalista (SEP-IPA). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental, Universitat Ramon Llull, Barcelona. (Barcelona)

Saludo

HAY VARIAS FORMAS DE SER AUTISTA Y VARIAS PERSPECTIVAS PARA AYUDAR AL PACIENTE, SU FAMILIA Y A SU GRUPO SOCIAL

Considero sobre todo una deferencia que los editores de la Revista *eipea* me hayan pedido que escriba este saludo para el sexto número de su revista, algo que ya sentí cuando me insistieron en que escribiera un artículo para el primer número¹. Y lo digo así porque, en comparación con los autores de los diferentes artículos y secciones de esta excelente revista, mi dedicación y vinculación con el tema son mucho menores. La amplitud de mi experiencia y conocimientos, también.

Por eso, y no sólo por falta de tiempo, me resistí a escribir aquel artículo para el primer número de la revista que, sin embargo, hoy estoy ampliando para el cuarto volumen de mis *"Apuntes para una Psicopatología basada en la Relación"*. No creo que mis conocimientos del tema, mi experiencia sobre el mismo o el número de niños, adolescentes y adultos con trastornos autísticos a los que he intentado ayudar se acerque ni de lejos a los de gran parte de los firmantes de los trabajos de *eipea*, sumamente especializados y fundamentadamente reflexivos casi siempre. Y no digamos con respecto a los compañeros que han firmado otros *Saludos* en números anteriores.

En realidad, creo que la insistencia de Josep M^a Brun tiene que ver más que nada con una deferencia suya y con los tiempos que dediqué a intentar ayudarles a él y a Rafael Villanueva, en los inicios de su Programa AGIRA. Tal vez ahí debieron captar que mi interés por el tema era grande y mi deseo por conocerlo y reflexionar sobre el mismo, mayor aún. No podía ser por menos para cualquiera que esté interesado en una Psicopatología atenta al sufrimiento humano. Gracias a ellos pude poner por escrito algunas de mis reflexiones psicopatológicas sobre el tema y, como decía, me he decidido a escribir un capítulo sobre el mismo.

Gracias a ellos también me veo ahora en la obligación de revisar y comunicar el porqué de mi interés y perspectivas por los niños que sufren de autismo y psicosis infantiles y por sus familias. Perdonen los lectores esta recopilación, perdonen sobre todo su origen

biográfico, pero espero que pueda ayudar a que otras personas de esos diferentes ámbitos se interesen por unos sufrimientos humanos que necesitan de tantos investigadores y clínicos dedicados y juiciosos, de tantos participantes y grupos humanos interesados y solidarios y que, ni mucho menos, quedan ni deben quedar restringidos a los profesionales del ámbito de la salud y la salud mental.

En ese sentido, en buena medida, mi interés por los sujetos con autismo y TGD nace de nuestra dedicación y trabajo de equipo durante decenios con adultos con psicosis, tanto en las *Unidades de Salud Mental de La Verneda, La Pau y La Mina* (Barcelona) y su Equipo de Trastornos Mentales Severos, como en *el Equipo de Prevención y Atención Precoz a los Pacientes con Psicosis (EAPPP)* de la Atención Primaria de Salud de Barcelona². Esos dos trabajos, además, se realizaron en la Atención Primaria de Salud de barrios semi-marginales de Barcelona, con poblaciones cargadas con los más pesados y numerosos "factores de riesgo". Si se complementaba con decenios de trabajo social y comunitario ya anterior en barrios marginales y de clase trabajadora, ¿no iba a proporcionar una idea diferente sobre los "factores de riesgo" para la psicopatología en general y para las psicosis y autismos en particular?

En los barrios de Barcelona que acabo de nombrar tuvimos que poner en marcha dos CSMIJ³, en estrecha colaboración con las excelentes pediatras de La Mina, La Verneda y La Pau, con los médicos de familia y con los CDIAP⁴ y guarderías de la zona. Ello nos permitió, además, poner en marcha y mantener durante diez años la UFAPI (Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia) de La Mina-Sant Martí (Barcelona): otro ámbito de estrecha colaboración con las pediatras y enfermeras de pediatría de la zona, con todos los servicios sociales y de salud comunitarios (incluidos los CDIAP) y con las guarderías y colegios de esos barrios. Poder seguir cohortes enteras de niños sometidos a graves factores de riesgo desde su nacimiento en La Mina (Barcelona) y de niños y familias individualmente desde la más temprana infancia, también tenía que ilustrarnos algo sobre el tema. Poder observar a algunos de esos niños afectados en su domicilio o en otros ambientes, mediante la aplicación de las técnicas de

- 1 Ya es notable que una revista sobre un tema tan especializado, y desde una perspectiva "no oficial", alcance su sexto número y con un nivel formal y de calidad tan interesante como el que *eipea* ha logrado. Mi enhorabuena por ello a sus editores y autores ayuda también a relativizar y contextualizar el valor de estas líneas.
- 2 Por ejemplo: ¿Están seguros ustedes de la diferenciación entre autismo y psicosis infantiles o entre algunos adultos "con post-autismo" y algunos adultos con psicosis?
- 3 Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- 4 Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz.

observación de bebés modelo Esther Bick, más aún. El trabajo en estrecha colaboración con pediatría y con los servicios de enseñanza y sociales resulta fundamental, creemos hoy, para detectar, comprender y ayudar en los autismos y psicosis infantiles. De igual forma, el trabajo de observación prudente y no actuadora nos parece indispensable para cualquier aproximación o investigación clínica en cualquiera de las áreas de los servicios comunitarios y más en la infancia.

Más tarde, la especialización como psicoanalista de niños y maestros como la Dra. Júlia Corominas, el Dr. Manuel Pérez-Sánchez y la Dra. Eulàlia Torras, por ejemplo, me ayudaron a perfilar alguna de mis perspectivas sobre el tema. También los primeros niños a los que intenté ayudar en psicoanálisis más o menos "ortodoxo" y más o menos combinado con la ayuda a las familias y el resto de recursos para ayudar y cuidar a esos niños. El trabajo mucho más íntimo, personalizado y continuado, a menudo en sesiones diarias, con niños con núcleos o elementos del síndrome autístico, creo y creemos que es de particular importancia para una aproximación más integral a los mismos y sus familias.

Los trabajos empíricos en epidemiología y sanidad pública, así como los de prevención en salud mental, para los cuales los médicos de familia de la SEMFYC⁵ y algunas instituciones sanitarias de la Generalitat de Catalunya o el Ajuntament de Barcelona han tenido a bien tenerme en cuenta, me han ayudado a aprender algo más sobre esos temas. Hoy pienso y pensamos que la perspectiva de la salud pública y la epidemiología es de fundamental importancia en un ámbito clínico como el del autismo, en el cual la prevención debería ser el campo fundamental de trabajo y, desde luego, es el futuro. Les recomiendo también formarse o colaborar en ese ámbito, pues les dará una perspectiva diferente de la salud y la salud mental, desde luego muy diferente del mundillo de las "escuelas", los dogmas psicologistas o el dogma biologista a los que, desgraciadamente, estamos acostumbrados.

El trabajar en la APS (Atención Primaria a la Salud) y dirigir al tiempo servicios de infancia, adultos y de TMS nos ha proporcionado la ocasión de poder seguir a algunos pacientes y sus familias durante decenios, desde la infancia a la edad adulta, un trabajo que luego hemos podido seguir en relación con algunos CDIAP también durante decenios. Esa perspectiva longitudinal, como ya se ha insistido en esta revista, es fundamental para

comprender los autismos y para cuidar a esos niños y sus familias.

El ámbito de los factores de riesgo social, por si no habíamos tenido ocasión de tenerlo en cuenta e integrarlo en nuestras perspectivas iniciales, había sido reverdecido por el trabajo en el Centro de Formación de la Conselleria de Justícia de la Generalitat de Catalunya y con funcionarios y cuerpos técnicos de prisiones. Años después, y también durante decenios, con la colaboración y la aportación de casos y seguimiento de los mismos por parte de varios EAIA⁶ de Catalunya. Son dos vértices para tener en cuenta algunos puntos de partida y algunas evoluciones de algunas formas de autismo, TMD y TGD: al fin y al cabo, hoy todos deberíamos saber que las prisiones y los centros residenciales de adolescentes están llenos no de "psicópatas" y/o "antisociales", sino de personas con una infancia con graves carencias afectivas y materiales, que se desarrollan o cronifican en diversas formas de psicosis (pre y post-puberales) y que presentan alteraciones de la personalidad de base psicótica o incontinente, más que "perversas" y antisociales".

Al final de la vida profesional, cada uno es hijo no sólo de sus perspectivas teóricas o técnicas. En buena medida, hasta éstas son hijas de la experiencia vivida y ella nos ha dado a unos cuantos la oportunidad de tener más en cuenta los factores de riesgo social, psicosociales y psicológicos para la psicopatología. Tan sólo eso: una visión diferente, más en relación con la familia, con la atención primaria de salud, con la comunidad, con los servicios sociales... Una visión más relacional y psicosocial; como mantenemos con nuestra "Psicopatología basada en la relación", una visión más basada en *factores de riesgo y organizaciones de la relación* que en nosologías y estereotipias empiristas y medicalizadoras...

Por supuesto que eso no es todo, ni proporciona mayores razones o fundamentos que otras perspectivas. Por supuesto que si hiperbolizáramos esa experiencia o esas perspectivas tendríamos otra versión parcial del sufrimiento de los niños con autismo y psicosis infantiles y de sus familias. Pero, en definitiva, es una aportación de la experiencia que yo mismo, tanto como los excelentes equipos con los que he tenido ocasión de trabajar a lo largo de estos años, podemos ofrecer hoy. No es mucho lo que podemos aportar y puede resultar parcial, pero como diría el adolescente castizo: "Es lo que hay". ●

⁵ Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

⁶ Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (en riesgo).

AUTISMO TEMPRANO

– Juan Larbán Vera –

Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. (Ibiza)
juan.larban@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Si abordamos el autismo desde una perspectiva psicológica y psicopatológica relacional, las manifestaciones clínicas estables y duraderas

del trastorno autista que clásicamente se reagrupan -en los niños mayores y en los adultos- en la llamada “triada de Wing” (en homenaje a Lorna Wing, su descubridora), es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que, desarrollándose desde los primeros meses de vida, se podría detectar, diagnosticar y tratar en el primer año de vida del niño, genérico en este texto (Acquarone, S., 2006; Houzel, D., 1993; Larbán, J., 2008; Maestro, S., Muratori, F. et al., 2001, 2002, 2005; Muratori, F., 2008, 2009, 2012; Palau, P., 2010; Palomo, R., 2006; Volkmar, F. R., Pauls, D., 2003; Zwaigenbaum, L., 2005).

Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé, así como la instalación en su psiquismo, tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción cuidador-bebé que dificultan o impiden el acceso de este último a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial que le llega por diferentes canales sensoriales para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como las perturbaciones interactivas que dificultan o impiden el acceso del bebé a la intersubjetividad, que es la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

El grupo de Estudios de los TEA, Trastornos del Espectro Autista, del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, en su informe (Demora Diagnóstica en los TEA, 2003-2004), expone, entre otros, los siguientes y alarmantes datos que, lamentablemente, pensamos siguen vigentes hoy día.

I- Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo/a. Entre un 30%-50% de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida.

II- Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo/a presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan dos años y dos meses de promedio.

III- La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de cinco años.

IV- El diagnóstico de los TEA es fruto, hasta el momento, más de los Servicios Especializados en Diagnóstico de TEA (a los que acuden las familias de forma privada) que de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria.

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

VI- Aunque las familias acuden a consultar a Servicios Públicos de Salud, la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en Servicios Privados (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

TRASTORNOS MENTALES Y AUTISMO: MITO Y REALIDAD

Sobre los trastornos mentales, incluido el autismo, hay creencias que, habiendo arraigado en nuestra sociedad con la categoría de mitos, están influyendo muy

negativamente en la confrontación adecuada del problema y en su posible solución. El mito es una creencia que atribuye a personas o cosas una realidad de la que carecen (Larbán, J., 2011).

Veamos algunas de esas creencias míticas invalidadas por los avances de la ciencia.

I- AUTISMO. LO GENÉTICO Y LO AMBIENTAL: Hoy día, la investigación genética pura (aislada de las otras ciencias que pueden enriquecerla y complementarla) que ha permitido un avance útil en un porcentaje reducido de casos (5 -10%) en los que, junto con el retraso mental y síntomas autísticos asociados se identifican otros trastornos de base genética (como ocurre por ejemplo en el caso del síndrome de Rett, la esclerosis tuberosa, el síndrome X frágil, etc.), nos está llevando por camino equivocado al intentar asociar directamente los trastornos mentales a unas alteraciones genéticas determinadas a través de una relación de causalidad directa y lineal. Es la epigenética la que ofrece más posibilidades de avance en el estudio de las enfermedades y trastornos que hasta hace bien poco se creía que estaban genéticamente determinados.

La epigenética describe el conjunto de interacciones existentes entre los genes entre sí (genoma) y su entorno, que conducen a la expresión del fenotipo. Dicho de otro modo, el material genético existente en los genes se expresará, se manifestará y se hará visible o no en función de la interacción con el medio. Esos cambios de expresión genética no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Esto quiere decir que hay una evolución cultural que modifica la expresión de la genética a través del aprendizaje, que es muy rápida, y otra natural, biológica, basada en

mutaciones, de una lentitud que se mide por decenas de milenios.

II- AUTISMO, PSIQUISMO Y CEREBRO: Se sabe hoy día, gracias a los avances de la psicología y psicopatología del desarrollo, así como de las neurociencias, que el desarrollo psíquico y cerebral del ser humano está estrechamente unido, en interacción constante e interdependencia mutua con el ambiente que, en el caso de los niños, sería sobre todo el entorno cuidador (familiar, profesional, institucional y social).

Si bien los resultados experimentales que demuestran la existencia de la plasticidad cerebral son recientes, la hipótesis es antigua. Santiago Ramón y Cajal ya la había formulado hace más de un siglo: "Las conexiones nerviosas no son, pues, ni definitivas ni inmutables, ya que se crean, por decirlo de algún modo, asociaciones de prueba destinadas a subsistir o a destruirse según circunstancias indeterminadas, hecho que demuestra, entre paréntesis, la gran movilidad inicial de las expansiones de la neurona" (Ramón y Cajal, S., 1909-1911). Más recientemente, las investigaciones de Kandel (psiquiatra, psicoanalista y neurofisiólogo), que obtuvo el Premio Nobel de Medicina en el año 2000 estudiando los circuitos de la memoria, han logrado demostrar que el aprendizaje y las experiencias son las que modelan la estructura del cerebro y su funcionamiento; que la memoria constituye la espina dorsal de nuestra vida mental y que los recuerdos condicionan nuestra existencia (Kandel, E. R., 2001).

Más recientemente, la investigación llevada a cabo por Ansermet, psiquiatra y psicoanalista, y por Magistretti, neurofisiólogo, ponen de relieve una vez más la estrecha interacción entre lo genético-constitucional-neuronal y la experiencia del sujeto en la interacción con su entorno y, en este caso, con el entorno cuidador; experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático, sino también la huella neuronal y, por tanto, el desarrollo cere-

bral del sujeto que la vive (Ansermet, F., Magistretti, P., 2006).

Los avances de la neurociencia del desarrollo han destacado la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo. Las interacciones cara a cara modulan no sólo el desarrollo del niño, sino también algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción (neuronas espejo).

La neurogénesis (producción y regeneración de las células del sistema nervioso central) no es patrimonio exclusivo de la infancia y adolescencia como se creía antes, ocurre en el adulto y puede persistir en la vejez. Lo que se ha visto que ocurre también con el cerebro humano es el fenómeno llamado "poda neuronal". Es decir, las redes neuronales que no se utilizan durante mucho tiempo pierden su función y mueren. La desaparición de redes neuronales no utilizadas se hace en beneficio de otras redes neuronales que se desarrollan más, al ser más utilizadas.

III- AUTISMO, EMPATÍA Y NEURONAS ESPEJO: El reciente descubrimiento del sistema neuronal llamado "neuronas espejo" o "neuronas de la empatía" muestra de nuevo la estrecha e inseparable interacción entre lo neurobiológico y lo ambiental. La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro tiene su correlato anatómico-fisiológico en redes neuronales llamadas "neuronas espejo", en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro (en lo emocional y en lo cognitivo) sin confundirse con él. Es como si el sujeto observador pudiese vivir de forma "virtual" la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica (neuronas espejo) y psicológica (empatía emocional y cognitiva), el

ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico (la sonrisa intencional o social que aparece en el bebé a partir de la sexta semana si todo va bien es un indicador específico y fiable del comienzo en el bebé del proceso de identificación empática con su cuidador y del acceso a la capacidad de intersubjetividad), puede compartir la experiencia emocional y cognitiva con el otro, así como predecir y anticipar las intenciones y respuestas del otro, facilitando de esta forma el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos (Larbán, J., 2012).

Para Golse, la empatía (que posibilita el acceso a la intersubjetividad en el ser humano) sería "la capacidad de reproducir en nuestro propio psiquismo los sentimientos, los movimientos, las intenciones o motivaciones del otro y, también, tomando como base y vehículo de transmisión de las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no" (Simas, R., Golse, B., 2008).

HACIA UNA COMPREENSIÓN INTEGRADORA DEL AUTISMO

Desde hace varios años, observo con preocupación cómo, por cuestiones ideológicas muy alejadas del pensamiento y actitud considerados como "científicos", se confunden las consecuencias con las causas en el caso de la investigación etiológica o causal de los trastornos mentales. Los importantes descubrimientos que se están haciendo en el campo de las neurociencias son interpretados "interesadamente" por un sector de los profesionales de la salud mental que se proclaman portadores (con actitud intolerante y excluyente de lo diferente) de la "verdad científica". Del imperialismo de lo psicológico se está pasando en los últimos años, a través de un movimiento pendular a los que el proceso histórico nos tiene acostumbrados, a un imperalismo de lo biológico.

La confusión interesada y alejada del pensamiento científico se manifiesta, por ejemplo, interpretando que un descubrimiento "X", que muestra a través de la

resonancia magnética u otra técnica de neuro-radio-imagen que algunas regiones cerebrales tales como el lóbulo temporal superior (LTS) -de adultos o niños ya de cierta edad y con funcionamiento autista- presentan alteraciones anatómicas y funcionales, es un claro e inequívoco signo de que la causa del autismo es de etiología orgánica o genética, excluyendo la importancia de la interacción de lo genético-constitucional con el ambiente que incluye lo psico-social del ser humano. Esta actitud omite el hecho de que en el momento de la investigación y, dada la edad del colectivo investigado, las perturbaciones precoces en la interacción entorno cuidador-bebé ya han podido alterar, tanto el proceso madurativo del cerebro y del sistema nervioso central, como el adecuado desarrollo de sus múltiples y complejas funciones, así como el proceso de constitución y desarrollo del psiquismo temprano del niño.

Golse y Robel, en un interesante artículo a propósito de la investigación en psicoanálisis y abordando el debate entre el psicoanálisis, la psicopatología cognitiva y las neurociencias, nos muestran que el lóbulo temporal superior del cerebro se encuentra hoy día en el centro de las reflexiones en materia de autismo infantil, trastorno psicopatológico que representa el fracaso del acceso a la intersubjetividad con la imposibilidad de integrar el hecho de que el otro existe en tanto que otro. Los trabajos de investigación de los cognitivistas nos han mostrado que un objeto no puede ser percibido como externo a sí mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales (Streri, A., 1991; Streri, A., et al., 2000). El acceso a la intersubjetividad parece implicar al lóbulo temporal superior del cerebro humano, debido a las diferentes funciones que en él se encuentran localizadas: reconocimiento de los rostros (gyrus fusiforme del LTS), reconocimiento de la voz humana (surco temporal superior del LTS), análisis de los movimientos del otro (zona occipital del LTS) y, sobre todo, la articulación de los diferentes flujos sensoriales que emanan del objeto-sujeto relacional (surco temporal superior del LTS), permitiendo que éste pueda ser percibido como externo a

sí mismo. En el momento en que el abordaje psicoanalítico y el cognitivo (teoría de la mente) se juntan para considerar la intersubjetividad como el fruto de la integración del flujo sensorial percibido que proviene del objeto-sujeto relacional, estudios recientes de neuroimagen cerebral revelan anomalías anatómicas y funcionales del lóbulo temporal superior en los niños de cierta edad y en adultos con funcionamiento autista. Un diálogo es, pues, posible entre estas diferentes disciplinas, esperando que se abra camino un abordaje integrador del autismo infantil en el cual el lóbulo temporal superior podría ocupar un lugar central, no como el lugar de una hipotética causa primaria del autismo, sino como un eslabón intermediario y como reflejo del funcionamiento autístico temprano del niño (Golse, B., Robel, L., 2009).

EL MODELO RELACIONAL DE COMPRENSIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES INCLUIDO EL AUTISMO

El punto de vista neurocientífico actual se está aproximando cada vez más a una comprensión del desarrollo humano de naturaleza esencialmente relacional en el que se integran, potenciándose mutuamente, los aspectos físicos con los psíquicos a través de la interacción con el otro, que permite una reprogramación de lo biológicamente programado. Los

trastornos psíquicos y del desarrollo serían no el resultado de los desajustes y disfunciones interactivas, sino reorganizaciones adaptativas del programa inicial para seguir evolucionando.

En términos neurofisiológicos, se ha propuesto como fórmula sintética, como muy acertadamente nos recuerda el Dr. Juan Manzano, que el cerebro del recién nacido está programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida y para reprogramarse en función de esa relación.

Comparto con Manzano (2010) la forma de ver el desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas, así como su tratamiento.

El postulado que defiende Manzano es el de considerar que el niño, desde su nacimiento e incluso antes, es un organismo, un todo, una estructura viva, programada y adaptada al entorno cuidador que espera encontrar, entrando inmediatamente en relación con él, para reprogramarse en función de la experiencia de esa relación. Ese otro que va a encontrar es otro organismo, la madre o la persona que va a ejercer la función materna, que a su vez está programada para entrar en relación con el bebé y reprogramarse ella también en función de esta relación. Desde un punto de vista neurofisiológico, considera que el cerebro del recién nacido está programado



El cerebro del recién nacido está programado (genéticamente) para entrar en relación con la persona que le cuida y para reprogramarse en función de esa relación.

para entrar en relación con una persona que le ayude a reprogramarse en función de la interacción con ella. El desarrollo es, por consiguiente, concebido como la modificación adaptativa del programa innato en contacto con el otro. En términos psicodinámicos, desde el nacimiento, el niño dispone de una parte organizada de la personalidad (un yo) con una cierta representación de “sí mismo” y una relación diferenciada de “sí mismo” con la madre o equivalente.

La estructura de la personalidad del bebé va a cambiar en esta relación. Cualesquiera que sean los factores que intervienen (lesionales, genéticos, conflictos, etc.), los trastornos del desarrollo no son jamás una simple expresión de esos factores, sino reorganizaciones –o ajustes– del programa para continuar el desarrollo, a pesar de las alteraciones. Como se trata de ajustes adaptativos del programa, no son jamás rígidos ni inmutables. Por el contrario, pueden evolucionar de nuevo en la interacción. Puesto que el desarrollo es relacional, el tratamiento es también necesariamente relacional. Las diversas medidas pedagógicas, educativas, farmacológicas, psicoterapéuticas u otras deberán integrarse, coordinarse y supeditarse a la dinámica relacional subyacente y tendrán siempre como objetivo el establecimiento de una relación y el de garantizar su continuidad, para permitir un nuevo cambio de la organización, de la estructura de la personalidad del paciente.

Este modelo -relacional, evolutivo y adaptativo- de comprensión del desarrollo humano y sus desviaciones psicopatológicas defendido por Manzano nos permite tener una visión más comprensiva con los síntomas y trastornos, en tanto que representan un trabajo de reorganización adaptativa que desarrolla la persona afectada para vivir con menos sufrimiento en situaciones adversas que no puede cambiar.

Desde esta perspectiva, nos vemos obligados a pensar la ayuda terapéutica como un proceso evolutivo co-construido y desarrollado con el paciente y su familia. Con la ayuda relacional adecuada, hemos visto que se puede cambiar la estructura de la personalidad y el modo de relación (consigo-mismo y con los de-

más) desarrollando otra más funcional, menos sintomática, más evolutiva, más adaptada al entorno y más cercana a un desarrollo normalizado.

Como vemos a través de lo expuesto hasta aquí, la psicoterapia basada en la relación psicoterapéutica sería un elemento esencial, que no exclusivo, en el tratamiento de los trastornos psíquicos y el sufrimiento humano que generan, tanto en el paciente como en su familia y contexto social más cercano. Para nosotros, la relación psicoterapéutica se basaría en un proceso interactivo de vinculación interpersonal, intersubjetivo e intrasubjetivo, teniendo como fundamento la alianza terapéutica establecida entre una o más personas y su terapeuta.

La base de la alianza terapéutica sería el resultado de la identificación empática, parcial y transitoria, que vive el terapeuta en relación con la forma de ser del paciente, su sufrimiento, sus emociones (empatía emocional), con el problema del paciente (empatía cognitiva) y también de su familia, lo que permite a su vez, de forma interactiva, una identificación empática, también parcial y transitoria, del paciente y su familia hacia y con la forma de ser, la actitud y el trabajo terapéutico del terapeuta.

Para el desarrollo de una buena alianza terapéutica, el terapeuta tiene que contar y tener en cuenta los mecanismos de defensa, así como las resistencias del paciente y de la familia en el caso del niño, ajustándose progresivamente a ellas (Despars, J., Kiely, M.C. y Perry, C., 2001).

¿QUÉ ES EL AUTISMO?

Etimológicamente, autismo proviene del griego *Auto*, de *Autós*, que significa propio, uno mismo. Es curioso ver como su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño (genérico) con autismo como un niño muy suyo, excesivamente suyo, tan suyo que parece no necesitar de los demás. Tan metido en lo suyo, en su mundo propio, que nos parece muy difícil y, a veces incluso imposible, atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él. Podemos verlo también como un niño con unas peculiaridades propias que lo hacen di-

ferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno, podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento psíquico y cerebral va a verse afectado. Sin el otro, sin la relación y comunicación con el otro, no podemos constituirnos como sujetos con psiquismo y personalidad propios. Es a través de las identificaciones, algo mucho más complejo y enriquecedor que la mera imitación, que vamos incorporando a nuestro mundo interno aspectos del otro que vamos haciendo nuestros. Es de esta forma que vamos construyendo nuestra forma de ser, base de nuestra personalidad. Para que un bebé se identifique con quien le cuida necesita sentirse atraído por él y tener la curiosidad que, en general, tienen todos los niños cuando todo va bien en su desarrollo. Curiosidad para observar y explorar atentamente su mundo, empezando por su propio cuerpo y el del otro, así como el mundo externo que le rodea. Para verse, conocerse, reconocerse, comprenderse y, al mismo tiempo, abrirse al exterior, al mundo interno del otro para explorarlo y comprenderlo, el niño necesita que, previamente, la persona que le cuida, de forma interactiva, haya sido capaz de ponerse en su lugar, comprendiéndole en sus manifestaciones y necesidades, sin confundirse con él. Estamos refiriéndonos ahora a la empatía o capacidad de identificación empática, algo de lo que los niños con funcionamiento autista suelen carecer o poseer como un bien escaso, incluso cuando en algunos casos hacen una evolución considerada como favorable.

La “coraza” o “armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre, y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se “cuela la luz” de la interacción posi-

va y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción y en la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de comunicación intersubjetiva con el otro. La posibilidad o no de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un “corte” transversal de la situación existencial del bebé, pero son más fácilmente detectables cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hacen en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

Las personas afectadas por un funcionamiento autista tienen dificultades -variables en función de la gravedad del trastorno- para relacionarse y comunicarse de forma empática con el otro. También presentan dificultades para la integración de la sensorialidad (de los estímulos que llegan por diferentes canales sensoriales, no pudiendo por tanto hacerse una representación mental global del objeto-sujeto relacional percibido), así como para establecer relaciones intersubjetivas ya que no han podido

desarrollar adecuadamente su mundo subjetivo, ni han podido separarse-diferenciarse suficientemente del otro, condiciones indispensables para captar y comprender el mundo subjetivo de los demás (Larbán, J., 2008 y 2010).

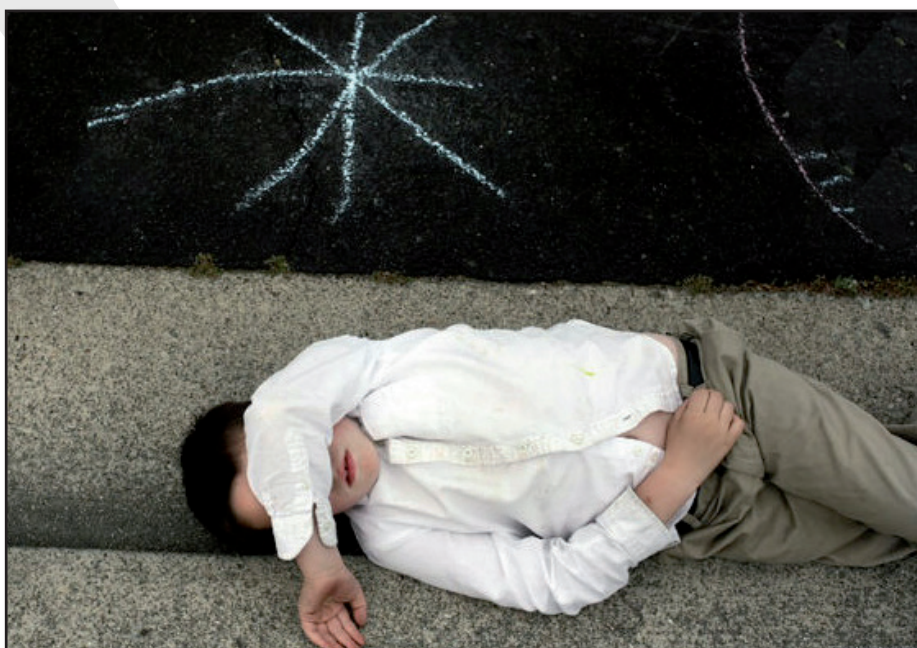
¿Qué ocurre con estos niños con funcionamiento autista que rechazan la comunicación con el otro, siendo ésta tan necesaria para su supervivencia y desarrollo, tanto psíquico como cerebral?

Como vemos por lo expuesto anteriormente, el inicio del proceso del funcionamiento autista en el niño sería una desviación psicopatológica del desarrollo normal del psiquismo temprano del bebé (primer año de vida) y tendría que ver con fallos básicos e invasivos (las dificultades en un área del desarrollo invaden, se extienden a otras áreas del desarrollo a causa de su interdependencia mutua) que afectan esencialmente a dos áreas fundamentales, tanto para su desarrollo psíquico-cerebral, como para unirse-separarse-diferenciarse con/del otro, para el conocimiento del otro y de sí mismo y, también, para la relación-comunicación (no-verbal y verbal) con los demás. Las dos áreas del desarrollo afectadas, que son fundamentales en estos primeros meses de evolución para el desarrollo

psíquico-cerebral adecuado del niño, serían por el orden indicado, las siguientes:

I- Dificultades importantes y duraderas para desarrollar la capacidad de integración de la sensorialidad ya que los estímulos (internos y externos) percibidos que le llegan por diferentes canales sensoriales, sin la ayuda interactiva empática (emocional y cognitiva) del otro cuidador, quedarían disociados, privilegiando la recepción por un sólo canal sensorial a expensas de los otros. Nos encontramos, entonces, con un bebé hipersensible, que parece sordo, ausente, enganchado a algún estímulo auto-sensorial, pero que reacciona con pánico cuando oye un ruido inesperado, ya que el bebé en este caso no podría hacerse una imagen global interna de la realidad percibida (primeras representaciones mentales). El bebé, a través de una competencia que desarrolla desde los primeros días de vida, la capacidad de percepción transmodal -mantelamiento sensorial, según Meltzer (Meltzer, D., 1975)- puede, con la ayuda del entorno cuidador, integrar estímulos tales como un ruido que le asusta con la voz tranquilizadora, la mirada, las caricias de la madre y la forma de acogerlo en su regazo (estímulos percibidos que le llegan por canales sensoriales diferentes), en un esbozo primitivo de representación mental del objeto madre-consuelo o madre-tranquilizadora, por ejemplo. Así, poco a poco, el bebé no solamente integra su sensorialidad, sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y en la relación emocional con el otro. De esta forma, el bebé, poco a poco, va viendo, va sabiendo de qué va lo que está pasando, lo que está viviendo y va aprendiendo de la experiencia a medida que la va construyendo.

Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días: el bebé chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y, sin embargo, es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros



La “coraza” o “armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre, y en determinados momentos, brechas o rendijas. (Fotografía de Timothy Archibald).

dibujos de tetinas diferentes que se le presentan. Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles (succión) una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales, lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé.

Las dificultades importantes y duraderas en la integración sensorial, al no permitir la constitución de representaciones mentales (subjetivas) de la realidad (interna y externa) percibida por el bebé, lo colocan en la situación de incapacidad para establecer una interacción intersubjetiva con el otro.

II- Dificultades también importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad, es decir, el desarrollo de la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro, de compartir la experiencia subjetiva con el otro, tanto en lo intencional de las acciones y motivaciones del otro, como en la sensación de movimiento que comporta una determinada acción del otro y, también, en lo cognitivo, es decir, en la forma de pensar y, sobre todo y fundamentalmente, en lo emocional, esto es, en la forma de sentir del otro (Stern, D., 1991, 1999 y 2005). Para lograr este importante objetivo, “el trabajo” del bebé tiene que ser facilitado de forma empática por el entorno cuidador.

Las dificultades interactivas del entorno cuidador-bebé que no facilitan e incluso obstaculizan los procesos psíquicos e interactivos indicados anteriormente colocan al bebé en una situación de riesgo de posible evolución hacia un funcionamiento autista, generando además déficits emocionales, cognitivos y relacionales. La dificultad de integración sensorial que se puede manifestar en algunos niños mayores, como un miedo fóbico al estallido de globos, al ruido de los truenos, del aspirador, etc. y, también, a ser abrazados, así como la

dificultad para establecer relaciones empáticas con los demás, para jugar con los símbolos, con las palabras, para comprender la poesía, las adivinanzas, los chistes, los sueños, etc. pueden ser las secuelas del funcionamiento autista que, en el caso de una buena evolución, suelen permanecer como síntomas cuando los tratamientos son tardíos o más instrumentales (métodos, técnicas disociadas de la relación-comunicación, que es lo fundamental) que relacionales (Grandin, T., 2006; Haddon, M., 2004).

Las manifestaciones clínicas del trastorno autista que clásicamente se reagrupan en la “tríada de Wing”, es decir, las dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos, serían la consecuencia de un proceso psicopatológico mucho más precoz que se desarrollaría en el primer año de vida del niño.

LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO AUTÍSTICO EN EL NIÑO

La evolución del funcionamiento autista en el niño puede ser progresiva, regresiva y fluctuante entre ambas.

Los niños con evolución progresiva del funcionamiento autista serían aquellos que desde las primeras semanas muestran una evolución progresiva hacia un funcionamiento autista que se va instalando lenta y progresivamente en el funcionamiento psíquico del bebé.

Los niños con evolución fluctuante del funcionamiento autista serían los que alternan algunos momentos de acceso a la intersubjetividad primaria (primer semestre), es decir, a la comunicación social y emocional con el otro gracias sobre todo a la insistencia del cuidador, con otros de repliegue, aislamiento, desconexión emocional y relación “interobjetiva” (con objetos), más que intersubjetiva con el otro. Estos niños, en el segundo semestre, son incapaces la mayor parte del tiempo de acceder a la intersubjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto externo. El mundo psíquico del niño evo-

luciona normalmente desde un mundo dominado por la interacción a un mundo dominado por la intersubjetividad primaria (relación diádica) en el primer semestre y hacia la intersubjetividad secundaria (relación triádica), desde el segundo semestre (Trevvarthen, C., Hubley, P., 1978; Hubley, P., Trevvarthen, C., 1979). Este importante progreso evolutivo, el acceso a la intersubjetividad secundaria, permitirá al niño sano desarrollar la capacidad de relación, no solamente con el otro y con lo otro, que ocupa el lugar de un tercero, sino también su integración grupal y social.

Los niños con evolución regresiva del funcionamiento autista serían esos niños que durante el primer año de vida logran acceder de forma fluctuante (que suele pasar desapercibida para su entorno) a cierto grado de intersubjetividad primaria y secundaria, pero con “anclajes” poco sólidos y duraderos en su psiquismo. Estos niños, con una débil capacidad de resiliencia, muy buenos niños, que se presentan como “apagados”, con poca iniciativa relacional en el plano social y dependiendo mucho del adulto cuidador para ello, ante situaciones traumáticas de pérdidas que afectan a la cantidad y calidad de la presencia interactiva con ellos de su cuidador de referencia hacen una regresión psíquica, con pérdida de las adquisiciones logradas hasta entonces en los aprendizajes, en el lenguaje y en la relación social, se repliegan en sí mismos y se encierran progresivamente en un funcionamiento autista.

Sucesión de pérdidas externas e internas, tales como una ausencia prolongada y/o repetida del cuidador o cuidadores de referencia para el niño, pérdidas vividas por el cuidador que desembocan en un proceso de duelo de tipo depresivo con desconexión emocional, pérdida del lugar y la presencia de un tercero, etc. pueden desencadenar en el niño, para protegerse del sufrimiento, vacío y desorganización internos, una vuelta al funcionamiento defensivo de tipo autístico. Su frágil vinculación con el otro y con lo otro, diferente del nosotros, de lo que somos tú y yo, así como su dificultad para mantener una imagen interna del otro ausente, hacen de estos niños

unos sujetos muy vulnerables a este tipo de pérdidas. La capacidad de recuperar lo perdido en el niño depende, en estos casos, de la comprensión empática del entorno cuidador y de la forma como aportan o no la seguridad relacional necesaria para que el niño que se encierra en un funcionamiento autístico pueda superar sus miedos y angustias catastróficas y abrirse de nuevo a la interacción con el otro, recuperándolo de nuevo en su interior.

Según esta visión interactiva del desarrollo sano y patológico del bebé, parece lógico y legítimo pensar que el funcionamiento autista del niño, visto como un mecanismo de defensa utilizado por él para evitar el displacer y sufrimiento generado en la interacción con su entorno cuidador, pueda ser tratado etiopatogénicamente, ayudando a la madre, a los padres, a cambiar el tipo de interacción que, en la relación con su hijo, está facilitando, sin querer, su instalación en un proceso autístico. Proceso que, de persistir, puede generar déficits psíquicos, emocionales y sociales que una vez instalados en el niño son más difíciles de tratar.

La fluctuación de los signos y síntomas del bebé considerados aisladamente como factores de riesgo evolutivo hacia un posible funcionamiento autista hacían prácticamente imposible el desarrollo de una herramienta adecuada y eficaz para su detección temprana. Sin embargo, el estudio de la evolución de los factores de riesgo presentes en el bebé, al que se añade el estudio de la evolución de los factores de riesgo presentes en los padres, pero, sobre todo y fundamentalmente, el estudio de la evolución de la interacción entre los padres y su hijo, constatado mediante escalas de evaluación aplicadas a los tres, seis y doce meses de vida del bebé, nos permiten afinar mucho dicha detección y hacerla posible en un importante número de casos (Larbán, J., 2008).

¿CUÁL ES LA CAUSA DEL AUTISMO?

No hay causa única: ni genética, ni ambiental. En la causalidad plurifactorial de los trastornos mentales en el ser humano, incluido el autismo, intervie-



Dificultades también importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad) y, por tanto, en la vivencia de intersubjetividad, es decir, el desarrollo de la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro.

nen tanto los factores de vulnerabilidad psicológicos y biológicos, incluidos los constitucionales y genéticos, como los factores de riesgo psicológicos y sociales, incluidos los interactivos con el entorno, en estrecha interacción potenciadora de los unos con respecto a los otros. De la misma forma, los factores protectores de la salud mental (biológicos y psicosociales), interactuando entre sí, potencian la resiliencia y la salud mental del sujeto (Larbán, J., 2011, 2012a y 2012b).

Los riesgos aparecen como no específicos en cuanto a las consecuencias para el desarrollo del bebé. Diferentes factores de riesgo pueden provocar el mismo efecto y un mismo conjunto de factores de riesgo puede dar lugar a trastornos de naturaleza diferente. Se hace pues necesario que la evaluación de los factores de riesgo se haga en un continuo evolutivo que permita observar cómo un determinado tipo de interacción, por su carácter repetitivo y circular, nos lleva en una dirección determinada y no otra. Dicho de otro modo, hace falta que la observación se haga en un espacio-tiempo lineal, con un antes y un después, para poder ver la convergencia de los factores de riesgo interactivo y de los distintos signos de

alarma hacia un determinado proceso evolutivo (Larbán, J., 2007).

Los factores de riesgo interactivos presentes en la relación cuidador-bebé, así como los signos de alarma presentes en el bebé en su primer año de vida, tienen que ver con dificultades y desajustes duraderos de la interacción, con disfunciones y alteraciones del vínculo, con frecuentes desencuentros dolorosos, frustrantes y repetitivos entre el bebé y su cuidador que les pueden llevar a conductas de evitación y rechazo, con la dificultad añadida de no poder estar atento, motivado y presente en la relación con el otro; dificultades expresadas en la interacción tanto a través de la mirada como de la sonrisa, de las emociones y del cuerpo. Su gravedad estaría determinada por la intensidad, la duración y la repetición de los signos de alarma y de los factores de riesgo, pero también por su capacidad potenciadora de los unos con los otros, presentes en ambos partícipes de la interacción. Dependerá también de si el bebé no responde o si responde muy débilmente cuando se le estimula o solamente cuando se solicita su respuesta de forma persistente (Larbán, J., 2008). En un lado de la interacción estaría el bebé

y en el otro, los padres. Si a las dificultades para comunicarse y relacionarse con su entorno cuidador presentes en el niño (genérico), bien sea a través de su temperamento o de la presencia de un déficit de funcionamiento o de una malformación orgánica, se añaden dificultades parecidas y presentes de forma repetitiva y duradera en los padres, podemos comprender la situación de riesgo evolutivo que esto representa para el bebé que es el miembro más necesitado y vulnerable de los dos elementos de la interacción (Larbán, J., 2006).

En el desarrollo del autismo temprano del bebé es de suma importancia diferenciar el proceso interactivo autistizante y el proceso defensivo-autístico.

EL PROCESO INTERACTIVO AUTISTIZANTE

La interacción evolutiva padres-bebé es en espiral. La interacción circular, repetitiva y no creativa, es cronificante y cronificadora. En la interacción entorno cuidador-bebé, incluimos tanto la relación basada en los cuidados (real) como la relación psíquica, basada en las fantasías conscientes y, sobre todo, inconscientes (fantasmática). Incluimos también en la interacción, la comunicación no verbal, la pre-verbal y la verbal, tanto en lo que respecta al contenido (información) como al continente (ritmo, prosodia, alternancia, reciprocidad) y a la forma de comunicarse (significado), sin olvidar el contexto de la comunicación que es lo que le da el sentido.

El proceso interactivo autistizante (Hochmann, J., 1990) sería un factor de riesgo interactivo que se desarrolla -de forma inconsciente y no intencional- en el seno de la interacción temprana entre el bebé y su cuidador. Según este modelo interactivo, poco importa quién lo inicia. Sea el adulto que se muestra insuficientemente disponible desde el punto de vista psíquico o sea el niño que muestra un comportamiento relacional especial, se crea rápidamente un círculo vicioso auto-agravante ya que la inadaptación de las respuestas interactivas de uno de los elementos de la relación acentúa el desarrollo en el otro de respuestas también inadaptadas, encerrándose ambos en una interacción circular

de difícil salida. El proceso autistizante es un concepto que permite subrayar que el autismo infantil no es una enfermedad estrictamente endógena, sino que se co-construye y se organiza en el marco de disfuncionamientos interactivos o de una espiral perturbada de intercambios entre el bebé y los adultos que le cuidan. El origen primario del disfuncionamiento puede situarse, según los casos, sea del lado del bebé, sea del lado del adulto cuidador. En todos los casos, el disfuncionamiento interactivo de uno de los miembros de la interacción desorganiza al otro que, debido a esto, va a responder de forma inadaptada, agravando a su vez las dificultades del otro y viceversa, en una peligrosa espiral de cronificación y agravación.

FACTORES DE RIESGO INTERACTIVO AUTISTIZANTE

Los factores de riesgo interactivo autistizante que pueden llevar precozmente al niño hacia un funcionamiento defensivo autístico serían los siguientes:

1- La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide de forma duradera y repetitiva en el bebé la integración sensorial, es decir, la integración perceptiva de los flujos sensoriales que le llegan al bebé por diferentes canales sensoriales desde el objeto-sujeto relacional. Esta dificultad, potenciada por la imposibilidad de encontrar en la interacción los necesarios momentos de ensimismamiento y de desvinculación relacional transitoria que permiten al bebé la autorregulación y equilibrio psicósomáticos, la integración sensorial de los estímulos percibidos y la regulación de la interacción con su cuidador, sería un factor de riesgo interactivo autistizante y, también, de riesgo evolutivo hacia los trastornos psicósomáticos del lactante.

Pueden darse estos factores de riesgo cuando la persona que ejerce la función materna, en la interacción con su bebé, tiene dificultades importantes y durables para identificarse de forma empática con el bebé sin confundirse con él y responder así

adecuadamente a sus necesidades vitales y evolutivas.

En el caso de un déficit importante de empatía, la madre tiene la sensación de vivir con él desencuentros frecuentes, repetitivos y duraderos y ocurre lo mismo, aunque no sea consciente de ello, en el caso de un exceso importante de empatía ya que tiene la creencia de conocerlo tan bien que "lo adivina", anticipándose excesivamente y de forma no realista a las necesidades del bebé debido al hecho de confundirse inconscientemente con él. Para estas personas, adivinar a su bebé es vivido sin el entrecomillado, ya que frecuentemente en su mundo interno hay una fantasía inconsciente de fusión-confusión con el otro que es actuada mediante identificación proyectiva (negación-proyección en el cuidador e identificación con lo proyectado en el niño) sobre el bebé. Esto hace que, al no tener dudas sobre las necesidades del bebé, no se esté suficientemente atento al hecho de verificar lo acertado o no de nuestra respuesta en función de la demanda del bebé.

Lo proyectado en el otro, tratado como ajeno a uno mismo, no puede ser reconocido como propio en el otro. La identificación del bebé con lo negado en el otro y por el otro, que ha sido proyectado inconscientemente sobre él, está en el origen de esos "cuerpos extraños" que, incorporados a su psiquismo sin poder ser integrados, constituyen lo que llamamos "núcleos psicóticos" de la personalidad del sujeto. El exceso de anticipación del cuidador puede impedir el desarrollo de la capacidad de anticipación en el niño. Puede también el bebé rechazar esas proyecciones prolongando su necesidad de ensimismamiento, desconectando del exterior, aislándose y ausentándose de forma más o menos duradera de la relación con el otro, evitando la realidad exterior y su relación con ella, refugiándose tras sus defensas autísticas.

En ambos casos, el bebé puede tener tendencia a protegerse con defensas

autistas ante un defecto o exceso de estímulos. En el primer caso de carencia de estímulos, se protegería refugiándose en la auto-sensorialidad, procurándose él mismo una autoestimulación sensorial. En el segundo caso, se aislaría y desconectaría de la relación con el otro como una forma de protegerse de proyecciones narcisistas inconscientes, constriñentes y anexantes, en palabras de Cramer y Palacio, que obstaculizan el proceso de separación-diferenciación-individuación del bebé. En la realidad clínica, ambos extremos -con la consiguiente dificultad para regular la integración sensorial y la empatía interactiva, base del desarrollo de la intersubjetividad que, a su vez, regula la intimidad del sujeto y entre sujetos- pueden fluctuar de un polo al otro, con las consiguientes dificultades para el bebé.

Las madres que han pasado por estas dificultades de comunicación empática, sea por exceso o por defecto en la relación con su hijo, suelen vivir frecuentes y repetitivos desencuentros relacionales y emocionales con su bebé que hacen que la interacción cada vez sea más frustrante y dolorosa para ambos. El bebé puede entonces protegerse de estos momentos repetitivos y durables de sufrimiento y frustración compartidos mediante mecanismos de defensa de tipo autístico.

2- La interacción cuidador-bebé que dificulta e impide de forma duradera y repetitiva el acceso del niño a la intersubjetividad, tanto primaria (relación a dos) como secundaria (relación a tres), con la correspondiente imposibilidad de separarse y diferenciarse del otro. Proceso que le impide constituirse como sujeto con subjetividad propia, crear su propio mundo interno, relacionarse intersubjetivamente con el otro y, por tanto, compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. Esta dificultad sería un factor específico de riesgo interactivo autistizante.

En la práctica, estas situaciones interactivas de riesgo autistizante, descri-

tas anteriormente, pueden darse en los siguientes casos:

Cuando la persona que ejerce la función materna en la interacción con el bebé sufre de un estado psíquico de desconexión emocional y sensorial duradero, como mecanismo de defensa (de tipo "anestesia") para no sufrir más (trastorno depresivo y/o obsesivo grave) acompañado o no de períodos que cursan con angustia paralizante (agravación del cuadro depresivo y/u obsesivo desconectado y "parálisis" psicomotora además de "anestesia" emocional y sensorial) o bien, alternando con periodos de ansiedad intensa con agitación psicomotora e hiperactividad física y mental (defensas maníacas). Estado psíquico persistente y/o con tendencia a la agravación.

Las madres que han pasado por este estado psíquico en la interacción precoz con su bebé tienen la impresión repetitiva y durable de "estar, pero sin estar del todo presentes" en la relación con su hijo, viviendo, sin mostrarlo, un sufrimiento intolerable, impregnado de un grado de frustración y culpabilidad importantes. Esta "ausencia emocional" de la persona que ejerce la función materna es la que puede provocar en el bebé la activación de mecanismos de defensa autísticos con repliegue sobre sí mismo y ausencia relacional, refugio en el sueño y en actividades de estimulación auto-sensorial, así como la evitación de la interacción como una forma de protegerse del malestar y dolor emocional que el estado psíquico de la madre genera en él. La alternancia de este estado depresivo-obsesivo "desconectado" con periodos de angustia paralizante y ansiedad intensa, acompañada de agitación psicomotora, incrementa la situación de riesgo para el bebé al añadirse el factor de desorganización en los cuidados y la imprevisibilidad de las respuestas del entorno cuidador a sus necesidades y demandas. El bebé, en estas situaciones de alternancia anímica extrema de la madre, vive una interacción de gran inseguridad con ella, oscilando

entre un déficit de estímulos que le hacen recurrir a la autoestimulación sensorial y un exceso de estímulos no integrables de los que tiene que protegerse, ausentándose de la interacción.

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

3- La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando éste se halla afectado desde su nacimiento por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y duradera la relación y comunicación con su entorno cuidador y cuando, a su vez, esta situación, a largo plazo, no puede ser asumida por los padres que tienen dificultades importantes y duraderas para investirlo adecuadamente. En tal situación de duelo imposible del hijo ideal para aceptar e invertir el hijo real, la interacción padres-bebé sería un factor de riesgo que se convertiría progresivamente en específico (funcionamiento autista) al potenciar y ser potenciado por los anteriores.

4- La interacción padres-bebé puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando la persona que ejerce la función materna ha vivido situaciones traumáticas perinatales que no ha podido elaborar ni integrar, con el consiguiente posible riesgo de un efecto traumatógeno para el bebé y un efecto también perturbador en la interacción con su hijo (genérico). En estos casos, la madre puede presentar una vivencia traumática insuperable que puede evolucionar, de forma intensa y duradera si no es ayudada adecuadamente por su entorno familiar y profesional, hacia un cuadro clínico de Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). En esta situación, cuando es vivida con un sufrimiento intolerable, la madre, para protegerse de él, puede poner en marcha de-

fensas fóbicas de huida y evitación de la relación próxima y emocional con el hijo que cuida, así como lo que éste representa para ella. A su vez, el hijo intenta protegerse del sufrimiento intolerable y no integrable compartido con su madre poniendo en marcha mecanismos de defensa parecidos, evitando y, si el sufrimiento compartido persiste, rechazando la interacción.

Frecuentemente, estos síntomas presentes en la madre como consecuencia de un TEPT se enmarcan dentro de síndromes clínicos tales como los trastornos ansiosos, crisis de pánico, trastornos depresivos, fóbicos y obsesivos.

La interacción madre-bebé, en estos casos, se puede convertir en conflictiva y ambivalente por ambas partes, con el consiguiente aumento del riesgo para la evolución y sano desarrollo del bebé. Los movimientos afectivos de acercamiento y alejamiento, que se dan inconscientemente y de forma no intencional, según las necesidades vitales y defensivas de uno y otro, aumentan las posibilidades de que se desarrolle una interacción desajustada y no sincrónica, a destiempo entre la madre y su bebé, con el consiguiente desencuentro que puede hacerse repetitivo entre ambos si la madre no es ayudada a superar su estado psíquico de Estrés Post Traumático. Este tipo de interacción, en el caso de bebés muy sensibles y receptivos, puede convertirse en un factor autistizante si dificulta o impide, de forma importante y duradera, su acceso a la necesaria integración sensorial y a la capacidad de establecer relaciones intersubjetivas con el otro.

5- Cuando en la interacción padres-bebé la persona que ejerce la función paterna se encuentra ausente o poco presente en la interacción, no pudiendo desarrollar o desarrollando muy poco la función paterna, apoyando, conteniendo, limitando y sosteniendo la relación diádica de cuidados (maternaje) madre-bebé, con el consiguiente riesgo de ausencia de la triangulación relacional



La realidad interna y externa, así como la interacción entre ambas, percibidas a través de diferentes canales sensoriales, requiere de un trabajo de integración (mantelamiento sensorial).

necesaria para el adecuado desarrollo del bebé, podemos encontrar también en una situación de riesgo interactivo autistizante. Riesgo que se acentúa y agrava al potenciar y ser potenciado por los otros factores de riesgo descritos.

EL PROCESO DEFENSIVO AUTÍSTICO

El proceso autístico, que puede manifestarse clínicamente en el bebé de forma progresiva, regresiva y/o fluctuante entre ambos, se va desarrollando con el aumento progresivo en el niño de un funcionamiento psíquico –inconsciente y no intencional- que se manifiesta con las siguientes modalidades defensivas:

Las defensas autísticas

1- *Defensas anti-relación-comunicación con el otro (repliegue sobre sí mismo y retirada relacional duradera con desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticas).*

El niño que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento (posición evolutiva) hacia una actitud de retirada relacional duradera y repetida con aislamiento y desconexión,

tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del “bebé mentalmente ausente”. Sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada y de los estímulos auditivos -como cuando duerme en exceso buscando refugio en el sueño-, como signos característicos de dicho funcionamiento autístico -defensivo y anti-evolutivo- (Palau, P., 2010). Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, caso de persistir los factores de riesgo en la interacción.

Este funcionamiento defensivo y no evolutivo impide en el bebé el desarrollo de la intersubjetividad y, por tanto, el desarrollo de la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia (resistencia ante situaciones que dificultan su desarrollo y recuperación sin enfermar) del niño que lo padece, debido a la negación de la necesidad de la interacción con el otro, interac-

ción que es la que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2- *Defensas anti-integración, desmantelamiento sensorial (Meltzer, D., 1975) o disociación de los diferentes estímulos sensoriales percibidos con refugio en la autoestimulación sensorial.*

El “trabajo” que tiene que hacer el bebé con la ayuda del entorno cuidador en su interacción con él para integrar las partes con el todo y la sensorialidad con la motricidad puede verse severamente afectado con semejante funcionamiento defensivo.

La realidad interna y externa, así como la interacción entre ambas, percibidas a través de diferentes canales sensoriales, requiere de un trabajo de integración (mantelamiento sensorial) que va haciendo que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial y emocional con la madre pasa a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé, gracias a las respuestas de la madre.

En situaciones repetidas, vividas como estresantes y amenazantes por el bebé, éste utiliza precozmente un mecanismo de defensa basado en una dificultad inicial que padece y que es la dificultad de integración de los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales. El bebé se “protege” del efecto amenazante y desorganizador de los estímulos, tanto internos como externos, que no puede contener, ni asimilar, ni elaborar -sin la ayuda adecuada de su entorno cuidador-, desarrollando actitudes y conductas (refugio en la autoestimulación sensorial) contrarias a la integración de esos estímulos, que sería lo que se produciría en un bebé con un desarrollo sano. Actitudes que tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista la disociación perceptiva (desmantelamiento sensorial) de los estímulos recibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos y evitando así la interacción emocional con el otro.

Esta percepción a través de un solo canal sensorial, con su repetición y persistencia, lleva al niño finalmente y, por momentos, no solamente a no sentir (de sentimientos), sino también a no sentir (de sensación) más que eso, en una especie de “anestesia” sensorial similar a lo que ocurre cuando ejercemos una presión fuerte y continuada con los dedos de la mano sobre un objeto duro; al cabo de un tiempo, tenemos la sensación de que los dedos y el objeto están unidos e indiferenciados. Luego, dejamos de sentir el contacto con el objeto (anestesia sensorial). La hipersensibilidad a ciertos estímulos sonoros (aspiradora, secador de pelo, etc.), cuando irrumpen de forma violenta e inesperada en su mundo interno, muestra hasta qué punto estos niños son hipersensibles a los estímulos de su entorno que, por estar disociados y ser irreconocibles e incomprensibles para ellos, cuando ocurren de forma inesperada, penetrando su armadura defensiva, desencadenan en ellos reacciones de pánico.

3- *Defensas anti-separación del otro, identificación adhesiva (Meltzer, D., 1974) con el objeto-sujeto relacional, con el otro.*

De la misma forma que el niño en estos casos de funcionamiento autista utiliza la mirada de forma periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, ya que se sitúa en una relación dual y en un espacio bidimensional, así se relaciona también con los objetos y las personas: con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva tiene por objeto, entre otros, evitar la separación y diferenciación con el otro. La identificación adhesiva se sitúa en el origen del funcionamiento mental y en la construcción de la organización narcisista. Se relaciona con los fenómenos de imitación que toman en consideración elementos formales y superficiales de los objetos. El funcionamiento mental opera en dos dimensiones. La identificación adhesiva se relaciona con dificultades en la construcción de la fantasía

de un espacio interno o mental y de su equivalente en los objetos, que carecerían así de interioridad. Este tipo de mecanismo de defensa produce una dependencia absoluta del objeto, adhiriéndose a él, sin ningún tipo de existencia separada y sin ningún límite entre el objeto y la persona. Comporta la dependencia extrema a la superficialidad de los objetos, a su apariencia, mostrando quién la padece, gran sensibilidad hacia los agujeros y roturas, ignorando al mismo tiempo el interior y el estado afectivo interno del otro y de sí mismo. El coger la mano del otro para utilizarla como una prolongación de sí mismo puede considerarse como un ejemplo de identificación adhesiva.

Estas modalidades defensivas son las responsables de los signos de alarma que a continuación describiré y que, presentes en el bebé de forma repetitiva, acumulativa y duradera, van llevando progresivamente al niño, protegiéndolo y encerrándolo en su mundo interno, hacia un funcionamiento autista.

LOS SIGNOS DE ALARMA EN EL BEBÉ

Un excelente método de observación de bebés, que cuenta con el aval de muchos años de aplicación en la formación de los psicoanalistas y, posteriormente, en la formación de los profesionales de la salud mental infanto-juvenil, que es muy útil también para las tareas de detección y prevención, es el creado y desarrollado por Esther Bick, supervisora durante su formación de Donald Meltzer. Bick, creadora de lo que hoy día es una herramienta esencial para la atención del bebé en su entorno natural, ha publicado muy poco de su trabajo clínico y tareas de formación-supervisión en la Clínica Tavistock de Londres (1946-1960), donde ella trabajó bajo la dirección de John Bowlby.

Didier Houzel, psiquiatra infantil y psicoanalista francés (Houzel, D., 1993 y 2002), ha desarrollado una variante del método de observación de bebés de Esther Bick en su contexto familiar y habitual que ha permitido conseguir excelentes resultados, no solamente para la formación de profesionales que se ocu-

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

Houzel nos introduce en la observación de bebés situándola en tres niveles:

La Observación Perceptiva: involucra todo lo que puede ser del orden de la conducta del niño y su entorno.

¿Qué podemos observar en este nivel? Trabajando con niños pequeños, podríamos preguntarnos: ¿cuál es el canal sensorial que el bebé privilegia como modo de comunicarse: el visual, el motriz o el sonoro? ¿Privilegia siempre el mismo canal sensorial en detrimento de otros canales? ¿Qué tipo de interacción corporal despliega? ¿Cómo es su mímica, sus gestos, su postura, su tono muscular? ¿Es un bebé rígido o, por el contrario, llama la atención su hipotonía? ¿O es un bebé que puede acomodar su cuerpo y su tono muscular a diversas situaciones?

Recordemos que el cuerpo del bebé ocupa un lugar totalmente central, en tanto que, como dice Golse (Golse, B., 2004), "es la vía regia de acceso a los procesos de subjetivación, de simbolización, de semantización y de semiotización en la especie humana" con una intrincación muy estrecha con lo psíquico.

A nivel de las interacciones vocales: ¿balbucea, realiza murmullos, gorjeos, laleos, se canta? Todo esto va constituyendo las primeras creaciones sonoras que, si bien inicialmente obedecen a una búsqueda de sensaciones, al placer de la exploración y del autoerotismo, van promoviendo respuestas en el entorno y en estos movimientos sonoros de idas y vueltas comienzan a desplegarse las primeras vocalizaciones y el desarrollo del lenguaje.

¿Cómo se maneja con las interacciones visuales: qué tipo de mirada utiliza frecuentemente? ¿Atenta, evasiva, distante, recíproca?

La Receptividad Empática y Emocional: le permite al observador experimentar dentro de sí mismo aquello que el niño puede estar experimentando en ese mismo momento.

La Receptividad Inconsciente: se manifiesta en la contratransferencia o la transferencia del observador a través de sentimientos, representaciones, ideas, incluso manifestaciones físicas que, en un primer momento, pueden parecer vacías de sentido, pero que en un análisis más profundo resultan plenas de significación. Aspecto que es el más difícil de ejercitar y sostener y para el cual se requiere de una experiencia grupal de supervisión, para darle un sentido al significado latente.

Estamos hablando de un método de observación de bebés y niños pequeños en su contexto natural (medio familiar), tanto en situaciones normales como de riesgo.

Houzel y colaboradores (Mazel, P., Houzel, D. y Bursztejn, C., 2000), a partir de su experiencia en el ámbito de la observación de bebés, han propuesto reagrupar los diferentes signos de alarma de la siguiente forma:

- Signos psicomotores: ausencia de ajuste o acoplamiento postural o de "diálogo tónico", ausencia de anticipación mimética, hipertónicas o hipotónicas paradójicas y sin causa pediátrica.
- Anomalías de la mirada: retraso en la instauración de una mirada penetrante, prevalencia de la mirada periférica sobre la central, conductas de evitación de la mirada.
- No aparición de los tres elementos organizadores del psiquismo temprano del niño según Spitz (Spitz, R. A., 1970 y 2001): 1. Sonrisa intencional o social; 2. Angustia del extrañamiento y 3. Conductas de negación y oposición con la manifestación del no por parte del niño.
- Anomalías del grito: demasiado monótono y monótono, no diferenciado, sin aparición de la especialización funcional.
- Trastornos del sueño: insomnios tranquilos o beatíficos, es decir, sin llamada y sin reivindicación de la presencia del cuidador.
- Trastornos alimentarios diversos: anorexia primaria masiva o evocadora, de presencia más rara.
- Ciertas fobias variables y atípicas

con respecto a la edad del niño.

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

Los signos de alarma observados en el bebé: perspectiva evolutiva

Los factores de riesgo interactivo y los signos de alarma por sí solos no son elementos causales. Los factores de riesgo y signos de alarma aislados representan un débil potencial generador de patología. Sin embargo, su presencia acumulativa y repetitiva en la interacción precoz del entorno cuidador con el bebé y viceversa lleva a desviaciones y malos resultados en términos de desarrollo, sobre todo si esto ocurre en los momentos sensibles de constitución en el bebé de una determinada función, como es en este caso el acceso a la intersubjetividad. Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo y signos de alarma, así como la potenciación de los unos para con los otros, lo que incrementa la posibilidad de desviaciones en el desarrollo del bebé y su psicopatología.

Signos de alarma presentes en el bebé. Hasta los tres meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos:

*** 1- Ausencia o poca presencia de la sonrisa intencional o social. No suele participar en la interacción emocional con el otro. Muestra alteraciones de la capacidad de sonreír como expresión de placer en el intercambio relacional con el otro. No es la sonrisa beatífica de satisfacción de una necesidad fisiológica, que es la primera señal interactiva, relacional y comunicacional, con carácter intencional, expresada por el bebé. Se presenta a partir de la 4ª-6ª semana. Si a los 3 meses no aparece en el bebé y en la interacción con su cuidador, nos encontramos ante una situación de riesgo de comienzo de funcionamiento autista. La sonrisa intencional a esta edad es un signo de paso de la imitación a la identificación. Su ausencia o poca presencia indicaría la dificultad de establecer una relación intersub-

jetiva con el otro, intersubjetividad que consiste en la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. La intersubjetividad, base de la empatía, es un elemento fundamental para la comprensión interpersonal. *La aparición y permanencia de la sonrisa intencional evidencia en el bebé tanto el desarrollo de la integración sensorial como de su capacidad de relación intersubjetiva con el otro, además de ser el inicio del intercambio emocional.*

**** 2-** *Frecuentemente está con la mirada fija, ausente y como desconectado del exterior. Aislamiento más que ensimismamiento. Ve, pero no mira. La mirada no es instrumento comunicativo ni de intercambio emocional. No sigue con la mirada.* Ausencia de mirada profunda y central. Mirada huidiza, de evitación y periférica. El niño no se refleja en el espejo de la mirada de quien lo cuida, ya que evita y rechaza mirarlo.

**** 3-** *El niño se muestra muy bueno, muy fácil de tratar, duerme mucho y es muy tranquilo.* En estas condiciones, es muy probable que el bebé se refugie en el sueño como mecanismo de retirada relacional y recurra a mecanismos de autoestimulación sensorial cuando está despierto, tales como regurgitaciones o balanceos, en lugar de reclamar la atención de su cuidador. No pide con su llanto cuando se supone que debería de tener hambre. Cuanto mayor es el niño, menos necesidad de sueño tiene y más importante es para él la necesidad de desarrollar su curiosidad, explorar su cuerpo y entorno inmediato para aprender de ellos. La avidez relacional que muestra el bebé sano a esta edad es muy importante. Los signos de aislamiento y repliegue relacional duraderos indican un posible refugio en la autoestimulación sensorial por parte del bebé.

**** 4-** *Oye, pero no atiende cuando se le solicita o se le llama.* Sordera ficticia. Debido a sus dificultades de integración sensorial, el niño puede pasar del aislamiento sensorial auditivo a una hipersensibilidad dolorosa ante un ruido inesperado (aspirador, truenos, portazo, petardos, etc.).

**** 5-** *No reclama, no pide llorando o su llanto es apagado e inexpressivo. No*

comparte. No hace con el otro y, si lo hace a veces, no es por propia iniciativa sino por la insistencia del otro (ausencia o poca frecuencia de reciprocidad, de momentos de acceso a la intersubjetividad).

**** 6-** *Ausencia o poca frecuencia de movimientos anticipatorios, como estirar los brazos al ir a cogerlo o pidiendo ser cogido. No hace gestos anticipatorios que comuniquen una demanda de relación. No hay deseo de relación.*

**** 7-** *Ausencia o muy poca autorregulación del tono muscular corporal. Existencia de hipertonia y/o hipotonía manifiesta al manipularlo y, sobre todo, al intentar acogerlo en el regazo.* Puede expresar un desajuste, un desacoplamiento profundo y duradero en la interacción cuidador-bebé. Se puede producir una evolución hacia el rechazo a ser cogido en brazos.

**** 8-** *Poca o nula curiosidad exploratoria de sí mismo, del otro y de su entorno. No reclama la presencia de cuidadores ni de objetos.* No suele utilizar las manos ni para explorar, ni para coger, ni para recibir, solamente para autoestimular sus sensaciones. No juega con su cuerpo ni lo explora (manos, pies, etc.).

*** 9-** *Existe una falta de balbuceo o bien el balbuceo es muy limitado. En la interacción con el cuidador no imita los sonidos cuando éste le habla.* Frecuentemente rechaza el contacto con el otro. No participa en la interacción cuando se le habla con sonidos tales como gorjeos y laleos. No le gusta, no ríe cuando le hacen cosquillas.

*** 10-** *Hay hipersensibilidad y baja tolerancia a la frustración con ausencia de progreso en la capacidad de esperar la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, como por ejemplo el hambre.* Una vez saciado, parece no necesitar más (relación, comunicación, caricias, juegos, etc.) y se duerme o se retrae aislándose. Ausencia o poca presencia de la capacidad de anticipación y de atención.

*** 11-** *Trastornos del sueño con irritabilidad y con dificultades para ser consolado en los brazos de quien lo cuida.* Posible desajuste relacional en la interacción bebé-entorno cuidador que, en caso de prolongarse en el tiempo, aumentaría el riesgo.

**** 12-** *Malformación y/o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé, con dificultades para la relación y comunicación y con repercusión negativa y durable sobre su entorno.* Duelo difícil o imposible del hijo ideal al encontrarse los padres con un hijo real que, a causa de su malformación y/o discapacidad, les provoca serias dificultades para investirlo.

La participación activa del bebé en el proceso de evitación de la relación y de la comunicación, tanto visual (evitación y rechazo del contacto visual) como auditiva y corporal, a través del sueño como refugio y como mecanismo de defensa contra los estímulos no asimilables, mecanismos de defensa tanto más visibles cuanto más nos acercamos a los tres meses, sería el indicador más fiable para realizar un diagnóstico diferencial hacia una posible evolución de tipo autista en el niño.

Signos de alarma presentes en el bebé. Hasta los seis meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos.

La persistencia, duración y agravación de los signos de alarma presentes en la etapa anterior, por su carácter repetitivo y cronificador, empeora el pronóstico evolutivo. *En este caso, habría que añadirles un asterisco más.*

A los signos de alarma antes indicados se pueden añadir, en esta etapa evolutiva, los siguientes signos de alarma:

****** 13-** *Apariencia de felicidad y de no frustración debido a su estado de no diferenciación en la relación con el otro.* Si el otro no existe como diferente, no hay expectativas con respecto al otro, no hay demanda y, por tanto, no hay frustración.

****** 14-** *Presencia de movimientos corporales estereotipados, repetitivos e invariables como balanceo, gimoteo, aleteo de manos con los que el bebé intenta, a través de la sensación que le producen estos movimientos, llegar a un estado de no cambio, en el que no existe ni el tiempo ni el espacio.* Así se tranquiliza y al mismo tiempo evita la incertidumbre cargada de angustias catastróficas que vive en la relación con el otro, relación cargada de emociones imprevisibles y, también, relación no tangible, sujeta

siempre al riesgo del cambio, del desencuentro.

*** 15- *Ausencia o poca presencia de interacción lúdica en la relación padres-bebé. Inexistencia o poca presencia de un espacio de juego espontáneo y sin reglas preestablecidas. Inexistencia de juego creativo en el que las reglas se van poniendo y desarrollando a medida que se va jugando: juego de los cinco lobitos, atrapa el bichito, Cu-Cu...Tac-Tac.* Los juegos de presencia-ausencia, soporte material y lúdico para la simbolización, están ausentes en estos niños que no juegan, aunque se les solicite para ello. No juegan ni chupetean el pezón de la madre o la tetina del biberón. La falta de interés y de participación en estos juegos tiene que ver con su incapacidad relacional y comunicacional, así como su consecutivo y posterior rechazo como mecanismo de defensa. Incapacidad y rechazo hacia lo que estos juegos tienen de simbólico (presencia-ausencia) y de sorpresa ante el cambio inesperado, etc.

** 16- *Ausencia o poca presencia de vinculación lúdica progresiva con algún objeto del entorno que, sustituyendo a quien le cuida, le proporciona seguridad, le tranquiliza y le sirve de compañía en su ausencia.* Objeto con el que el niño sano puede encontrar una equivalencia sensorial similar a la vivida con su cuidador, que adquiere entonces la característica de proto-símbolo, es decir, de objeto que le sirve de base al bebé para calmarse y consolarse en ausencia de su cuidador, siendo investido posteriormente por él en tanto que objeto que representa y simboliza al cuidador ausente. Al representar y simbolizar la función materna ausente, el niño puede desplazar progresivamente esa cualidad a otros objetos y situaciones, creando un espacio transicional (Winnicott, D., 2002) en el que va discriminando y diferenciando el yo del no-yo y, luego, el yo del otro, así como los límites de su mundo interno y del externo, al mismo tiempo que va ganando en espacio personal y en autonomía. Los niños con riesgo de funcionamiento autista solo utilizan objetos, si los buscan, como fuente de excitación autosensorial, relacionándose con ellos de forma repetitiva y estereotipada. No son objetos que

descubrir, explorar y jugar con ellos. Este tipo de vinculación con objetos –no madre– se inicia al final del primer semestre y se desarrolla sobre todo en el segundo semestre de vida del niño.

** 17- *Dificultades persistentes con la alimentación.* Ausencia de placer, ilusión y sentido en el acto de comer. Frecuentemente, utilizan los alimentos como estímulo autosensorial, guardándolos en la boca. Relación con la alimentación muy rara y perturbada. Unas veces comen con gran voracidad y otras no comen. Frecuentemente, no chupan ni succionan. El mericismo y la rumiación (regurgitaciones alimenticias repetidas) constituyen una modalidad de estimulación autosensorial equivalente al balanceo, golpeteo de cabeza, aleteo de manos, etc.

** 18- *Ausencia o poca presencia de placer en el baño.* No juega, no chapotea.

*** 19- *Insensibilidad o muy poca sensibilidad al dolor.* Esto es debido a la falta de integración de las sensaciones corporales con las emociones.

** 20- *Con frecuencia presenta conductas agresivas y autoagresivas* cuando se interrumpe su aislamiento y aparente estado de felicidad.

En esta etapa evolutiva, el niño, si evoluciona adecuadamente, va desplazando su interés que estaba muy centrado en la interacción con su cuidador de referencia, hacia objetos externos que espera explorar y descubrir con su ayuda, compartiendo con él esta experiencia del interés por el otro, por lo otro, que no es el nosotros, ni el tú y yo.

Signos de alarma presentes en el bebé. Hasta los doce meses de vida

De mayor a menor gravedad según el número de asteriscos.

La persistencia, duración y agravación de los factores de riesgo presentes en las etapas anteriores, por su carácter repetitivo y cronificador, empeora el pronóstico evolutivo. *En este caso, habría que añadirles un asterisco más.* A los factores de riesgo antes indicados se pueden añadir, en esta etapa evolutiva, los siguientes signos de alarma:

**** 21- *Ausencia o poca presencia de conductas relacionales con el otro; como, por ejemplo:*

a- *El niño gatea sin girarse para comprobar la presencia de la madre o del educador.*

b- *El niño no lanza objetos esperando que el adulto los recoja.* En el niño sano, esta actividad se convierte en un juego que le permite ser parte activa en el proceso de separación y encuentro que, de forma simbólica, repite y reproduce el niño con la ayuda de la madre al separarse de los objetos que lanza al suelo y volver a encontrarse con ellos cuando la madre los pone de nuevo en sus manos. Juego simbólico de presencia-ausencia de la madre y del objeto que la representa.

c- *Cuando hace una acción, no se gira para mirar esperando el asentimiento complaciente del adulto.*

**** 22- *Ausencia o poca presencia de momentos de atención compartida hacia objetos externos en la interacción con el otro y con predilección por focalizar su atención sobre el mundo de los objetos más que sobre las personas.*

**** 23- *No suele señalar para formular demandas. El niño con funcionamiento autista no señala para comunicar que le falta algo ni que lo necesita porque sus defensas le impiden la diferenciación-separación y le protegen de la toma de conciencia de la ausencia, de la falta del otro o de lo otro.* Al no poder tener conciencia de que le falta algo (sensación intolerable para él), no puede pedirlo. Al evitar y rechazar la comunicación con el otro, no le demanda, no le pide.

**** 24- *No presenta signos de comprender la intencionalidad de los gestos, actitudes y movimientos del otro cuando se dirige hacia él.* Como ocurre, por ejemplo, cuando el adulto cuidador tiene la intención de cogerlo en brazos, de dejarlo en su cuna, de darle o pedirle una cosa antes de iniciar el movimiento para realizar la acción. Desde los siete meses, el niño que se desarrolla normalmente es capaz de captar la intencionalidad de la actitud del otro, algo que va más allá de la mera imitación del movimiento del otro, de lo que hace el otro, ya que implica un proceso de identificación con el otro, es decir, hacer suyas las emociones, pensamientos, intenciones, etc., a través de la identificación empática interactiva con el otro.

**** 25- *No suele mostrar extrañeza ni parece extrañar a la madre ante un adulto desconocido.* La no diferenciación le impide y le evita el sentir extrañeza ante el desconocido y también extrañar a la madre, pues para él no hay separación de ella.

**** 26- *No suele responder cuando se le llama por su nombre.* Sin continente psíquico no hay contenido, no hay representaciones mentales de los objetos ni de las personas, ni de sí mismo. Porque no se reconoce no responde a su nombre.

**** 27- *No suele hacer ni reproducir sonidos que indiquen un comienzo de comunicación pre-verbal.* De nuevo vemos aquí que la incapacidad de comunicar, de comunicarse, lleva al niño con funcionamiento autista a rechazar y negar la necesidad de relacionarse, de comunicarse no verbalmente con el otro. Esto conlleva la imposibilidad de adquirir una comunicación pre-verbal que conduce al niño con desarrollo sano a iniciarse en la comunicación verbal con el otro.

A través de los sonidos que emite, el niño comunica verbalmente y al mismo tiempo incorpora e interioriza el continente que encuadra la comunicación y el contexto en el que se produce, que es lo que le da sentido. El continente, lo que contiene la comunicación, la estructura que lo sustenta tiene que ver con el ritmo, la prosodia, la alternancia, la reciprocidad y la correspondencia.

**** 28- *No suele expresar emociones ni reclama atención.* Otro signo que indica no relación y no comunicación emocional. Esto se debe a la dificultad de estos niños para conectar el sentir de sensación con el sentir de sentimiento. Al evitar o rechazar la comunicación, sobre todo emocional con el otro, no desarrolla o desarrolla con dificultad la capacidad de expresión emocional que, normalmente, se adquiere a través de la interacción emocional con el cuidador que, con su actitud, mirada, caricias, etc., le sirve de espejo al bebé para reconocerse como un ser parecido y a la vez separado y diferente de él, haciéndose así una imagen interna del otro que le cuida. Para reconocer al otro como separado y diferente de sí mismo hace falta que

se produzca al menos la integración de la percepción sensorial de los estímulos que le llegan al bebé por dos canales sensoriales diferentes.

El niño que se va refugiando progresivamente en un funcionamiento autista fija su atención a través de la autoestimulación sensorial, en un solo tipo de estímulo sensorial, para evitar su integración y protegerse así de lo que vive como amenazante, demasiado doloroso o frustrante para él en la interacción con el otro.

Veamos un ejemplo:

El bebé está siendo amamantado por su madre. De repente, un ruido inesperado rompe la armonía de la interacción. El bebé se asusta y deja de mamar. La madre, si está atenta y receptiva a lo que ha ocurrido y a lo que le pasa a su hijo, no le forzará para que siga comiendo, sino que, focalizando su atención en él, intentará tranquilizarlo con su actitud corporal, sus caricias, sus palabras, etc. Su hijo, atento a lo que le transmite emocionalmente la madre, puede entonces interiorizar como experiencia un conjunto de sensaciones agradables, tranquilizadoras y no solamente el susto y la ruptura de la armonía interactiva que ha provocado en ese momento el desencuentro doloroso y frustrante con la madre. Esto es posible gracias a la integración perceptiva transmodal que el bebé hace en estas circunstancias ambientales favorables de los flujos sensoriales que le llegan como estímulos por la vía interactiva visual, táctil, auditiva... desde su madre que, en este caso, sería "su objeto-sujeto relacional". Así, poco a poco, el bebé no solamente integra su sensorialidad, sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y situándola en la relación emocional con el otro. De esta manera, el bebé puede no solamente comprender lo que está viendo, lo que está pasando, sino que también va aprendiendo de la experiencia al mismo tiempo que la va construyendo. En este caso, si como hemos dicho el entorno cuidador del bebé es un entorno facilitador, el bebé comprende que su madre no es el ruido que le ha asustado, sino que es "eso", externo a él, que le quiere, le cuida, le calma y le tranquiliza. Se puede formar

así la imagen interna de un objeto-sujeto relacional cuidador con las características de deseable, agradable y placentero, además de calmante, protector y tranquilizador.

A esta edad, sus dificultades emocionales, cognitivas, comunicacionales e interactivas se hacen más evidentes. Las defensas activas anti-integración sensorial y anti-emoción en la relación con el otro hacen todavía más patente esta dificultad interactiva en la interrelación del niño con su entorno cuidador y acentúa la ausencia de relación intersubjetiva con el otro. Los aspectos emocionales son muchas veces imprevisibles y desconcertantes, una razón más para que el niño con funcionamiento autista los evite y rechace.

**** 29- *El aislamiento y repliegue afectivo lleva al niño a una indiferencia ante los sonidos o a una excesiva sensibilidad ante algunos de ellos cuando penetran su barrera defensiva.*

**** 30- *Suele utilizar los objetos de forma estereotipada. No juega con ellos ni los explora.* Ya hemos visto el cómo y el porqué de esta actitud no lúdica, no exploratoria y de utilización no simbólica cuando hablábamos anteriormente del espacio, los objetos y los fenómenos transicionales. A esta edad, esta incapacidad, reforzada por las defensas autistas, se hace más evidente, más patológica y con mayor nivel de riesgo de instalación en un funcionamiento autista.

**** 31- *Presenta un "gateo raro", estereotipado, en el que es difícil ver el componente intencional del movimiento del niño, ya que lo utiliza, solamente, o también, como fuente de autoestimulación sensorial.*

*** 32- *Hipotonía. Retraso en la adquisición de la posición de sentado y de pie.* Se suele corresponder con una inhibición psicomotora. Por ser un signo compartido con una evolución depresiva y con otros retrasos en el desarrollo psicomotor, no es específico de una posible evolución autista.

*** 33- *Ante el espejo, no suele sentir curiosidad por su imagen, la evita e incluso rechaza el mirarla.* Es un signo bastante específico de funcionamiento autista. Sin embargo, a esta edad, no es tan grave

como a los 18 meses, ya que esta capacidad de interesarse, verse y reconocerse a través del espejo para incorporar en su mundo interno la imagen y la representación mental, a la vez real e idealizada de sí mismo, se va desarrollando entre los 6 y 18 meses. No obstante, en el niño que evoluciona con riesgo de funcionamiento autista, estas dificultades de verse y reconocerse surgen antes de verse reflejado en un espejo, ya que, al evitar la relación y comunicación con el otro a través de la mirada que para él haría la función de espejo, no puede verse reflejado en ella.

*** 34- *Los trastornos del sueño*, aunque inespecíficos de la evolución hacia un funcionamiento autista, expresan en el caso de un exceso de sueño una modalidad de aislamiento y repliegue que, junto con otros signos anti-relación y anti-comunicación, van en el sentido de las defensas autistas. El déficit de sueño, si el niño, aunque despierto, está con los ojos abiertos, pero con la mirada perdida y ausente largo tiempo, también podría indicar un funcionamiento defensivo autista. Tanto más a estas edades en que la necesidad de ensimismamiento es menor.

*** 35- *A esta edad, el niño con riesgo de funcionamiento autista puede experimentar estados de miedo e incluso pánico ante ciertas situaciones desconocidas o determinados ruidos, electrodomésticos, petardos...* Situaciones y ruidos que “penetran” por las brechas de su armadura defensiva, lo desorganizan y asustan ya que, al no poder integrar los estímulos sensoriales que le llegan del objeto-sujeto relacional, no puede hacerse una idea de lo que está pasando.

*** 36- *Ante un adulto desconocido, el niño reacciona frecuentemente con llanto y pánico difícil de calmar y contener por la madre o su cuidador habitual.* En este caso, la reacción de pánico y llanto indica un esbozo de diferenciación y amenaza de separación para el niño, con el consiguiente riesgo de ausencia y de pérdida de la persona que le cuida.

Situación y vivencia que puede ser intolerable para el niño y que puede llevarlo, según sea su evolución y la reacción de su entorno cuidador para consolarle y tranquilizarle, a una continuidad progresiva



Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo y signos de alarma, así como la potenciación de los unos para con los otros, lo que incrementa la posibilidad de desviaciones en el desarrollo del bebé y su psicopatología. (Fotografía de Timothy Archibald).

de su proceso de apertura o hacia un movimiento regresivo de repliegue relacional con refuerzo de sus defensas y barrera autista, tras la que puede encerrarse de nuevo. Depende también una u otra evolución de la fortaleza y seguridad del vínculo que el niño puede tener con quien le cuida.

*** 36- *No aparecen las primeras palabras comunicativas o, si aparecen, son poco frecuentes y escasas; palabras como, por ejemplo: “a...j...o”, “m...a...m...a”, “p...a...p...a”, etc., que, progresivamente, en la interacción con quien le cuida se convierten en “ajo”, “mamá”, “papá”.* En la misma interacción, la madre contextualiza y da sentido a las vocalizaciones de su hijo, convirtiéndolas en mamá y papá. El hijo las repite y las integra en la interacción, dándoles sentido y descubriendo posteriormente su significado gracias a las reacciones de la madre en su relación con él. Este signo de alarma es compartido por otros niños con retraso en la adquisición de lenguaje que no tienen funcionamiento autista.

*** 37- *Suele tener unas relaciones interpersonales apagadas, con bajo tono vital.* Este signo de alarma es compartido con los niños que evolucionan con otros procesos no autistas como, por ejemplo,

procesos depresivos, retrasos mentales, etc.

En este momento evolutivo del segundo semestre de vida del niño, podemos ver cómo la presencia de los factores de riesgo interactivo, así como de los signos de alarma de una evolución hacia un funcionamiento autista, por su persistencia, repetición, sumación y potenciación van alejando al niño de un desarrollo sano y normalizado, a la vez que lo van encerrando cada vez más en un rígido sistema defensivo que al mismo tiempo que lo protege, lo aísla, generando toda una serie de deficiencias básicas y fundamentales (perceptivas, emocionales, cognitivas, relacionales...) que dificultan e impiden su constitución y desarrollo como sujeto.

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA

¡Nunca es demasiado temprano para intervenir adecuadamente!

Ya hemos visto que la base del desarrollo sano en el niño, así como el proceso de desarrollo del trastorno autista -sin negar la importancia de los factores genéticos y constitucionales, es decir, el temperamento del niño- tienen mucho que ver con la crianza, con el estilo de interacción que se va estableciendo entre el entorno cuidador y el bebé a lo largo

de su primer año de vida. Desde esta perspectiva, la detección, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo presentes en el niño y en la interacción con él serían posibles en el primer año de vida como lo demuestra el importante porcentaje de padres (30%-50%) que observan alteraciones precoces en el desarrollo y en la comunicación con sus hijos durante su primer año de vida. Además, la experiencia clínica basada en el estudio e investigación del estilo de interacción precoz entorno cuidador-bebé y, más específicamente, padres-bebé muestran que este tipo de intervención temprana es posible (Larbán, J., 2008). Para conseguirlo, habría que cambiar los parámetros tardíos en los que nos apoyamos actualmente los profesionales para efectuar la detección y utilizar los que hemos indicado anteriormente -las dificultades duraderas y repetitivas tanto para la integración de la sensorialidad como para el desarrollo de la intersubjetividad- como factores precoces de riesgo interactivo de una posible evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

Es importante tener en cuenta que estudios recientes -basados en los datos personales recogidos durante varios años a partir de filmaciones familiares- efectuados por Sandra Maestro y Filippo Muratori, profesores de la Universidad de Pisa en Italia, muestran que, entre los seis meses y el año, en un porcentaje muy importante de casos (87%) se puede detectar y diagnosticar la evolución hacia un funcionamiento autista de carácter progresivo y fluctuante-progresivo entre los seis meses y el año de vida del niño.

Quedarían excluidos de este seguimiento evolutivo y evaluativo el 13% restante de niños que, entre los 15 y 24 meses, pueden presentar un funcionamiento autista de tipo regresivo que se presenta, frecuentemente, como reactivo y asociado a una cascada de pérdidas importantes para el niño tal y como indicábamos en el apartado de la evolución del proceso autístico del niño al referirnos a la evolución regresiva (Maestro, S., Muratori, F. et al., 1999 y 2001; Muratori, F., 2008, 2009 y 2012).

Actualmente, la detección del funcionamiento autista del niño se hace como muy pronto a los 18 meses utilizando el M-CHAT, escala de evaluación de factores de riesgo -validada estadísticamente y adaptada para su utilización en España- que tiene solamente en cuenta los signos de alarma presentes en el niño, basándose para la exploración clínica en la tríada de Wing que, como ya hemos visto, indica las consecuencias de un trastorno psicopatológico mucho más precoz que, de tenerlo en cuenta, permitiría detecciones mucho más tempranas en el primer año de vida del niño.

Respecto al diagnóstico clínico, no podemos olvidar que un diagnóstico adecuado es lo que permite poner en marcha un tratamiento acertado.

El diagnóstico del funcionamiento autista se basa en la conducta observada en la interacción. La interpretación de la significación de una conducta alterada, ausente o retrasada depende de una sólida base de conocimiento clínico. La experiencia del profesional también es muy importante. Sin embargo, en un primer momento hay que considerar que el diagnóstico de autismo sea una hipótesis que tiene que someterse sistemáticamente a prueba. Es importante hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos similares y, si la situación lo requiere, se hará un diagnóstico interdisciplinar. Se tendrá que escuchar ampliamente a la familia y observar cuidadosamente al paciente. Se harán pruebas psicológicas si se considera necesario y se elaborará una historia biográfica y clínica del curso del trastorno desde el comienzo. Así puede diagnosticarse el autismo de forma bastante fiable (Frith, U., 1995).

Hay que destacar el importante trabajo clínico y de investigación efectuado en el servicio de pediatría (neonatología y neuropediatría) del Hospital de Sagunto en España, llevado a cabo por destacados profesionales de la neuropediatría, Mercedes Benac, y de la psicología clínica, Pascual Palau, que está permitiendo el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico -centrado en la interacción padres-bebé- del comienzo de los trastornos psicósomáticos y autísticos primarios en las primeras semanas de

vida del bebé, evitando así que dichos trastornos se instalen y cronifiquen en el psiquismo temprano del niño (Palau, P., 2009 a y 2009 b).

Conviene saber que antes de los tres años, el tratamiento preferente y el que da mejores resultados es el psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, teniendo en cuenta, en un sentido más amplio, el entorno cuidador del niño. Es a partir de los tres años que el trastorno interactivo autista se interioriza y pasa a formar parte de la personalidad del niño. Los tratamientos son entonces mucho más costosos en todos los sentidos y con resultados menos satisfactorios. Según el modo relacional de comprender el autismo (Manzano, J., 2010), las intervenciones más tardías, sean de tipo logopédico, psicomotor, psico-educativo o psico-farmacológico, tendrían que inscribirse en una dinámica relacional, privilegiando las interacciones emocionales y lúdicas, contando con la participación activa de los padres y de todos aquellos profesionales que forman el entorno cuidador del niño (Greenspan, S. y Wieder, S., 2008).

El deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño que presenta un funcionamiento defensivo autístico -comprendiendo y respetando sus temores, pero sin ser cómplice de ellos, ajustándose a la evolución de sus defensas, buscando la forma de interesarlo en lo que le proponemos y siempre teniendo más en cuenta los intereses del niño que los nuestros- facilita la interacción y permite el establecimiento de una rudimentaria alianza terapéutica que es la base en la que se apoya todo progreso terapéutico y educativo del niño, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de crianza.

La alianza terapéutica se fundamenta en la interacción empática que se establece entre dos personas o más con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el seno de una relación de ayuda, el desarrollo de un proceso co-construido en el seno de una interacción evolutiva y en espiral que, aunque asimétrica -entre quien da y quien recibe ayuda-, supone

una relación de comprensión y de interdependencia recíproca, además de una colaboración y respeto mutuos. La base de esta alianza terapéutica, en un sentido amplio, sería la comprensión empática con las características antes descritas, que permite al terapeuta o al que presta ayuda comprender lo que siente y lo que piensa el otro “como si” estuviese en su interior. A su vez, este proceso interactivo permite sin pedírselo que el otro, a su vez, intente comprendernos de la misma forma.

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

Puede hacerse necesario evitar, en el momento de la detección, la palabra autismo y emplear más bien términos como evitación de la mirada y/o de la relación y comunicación.

Para facilitar una evolución favorable, sería necesario que el profesional adecuadamente formado que tenga un vínculo duradero de confianza con el niño y la familia se constituya en un referente, tanto para los padres y el niño como para los profesionales e instituciones implicados. Se evitaría así la fragmentación, la descoordinación y la discontinuidad de cuidados, elementos agravantes y cronificadores de una evolución que frecuentemente tiene tendencia a cronificarse.

Por eso, es muy importante trabajar adecuadamente con estos niños y adultos las transiciones de una actividad a otra, de un sistema de cuidados a otro y, también, las ausencias, para ayudarles a interiorizar el sentido de continuidad existencial dentro de la discontinuidad relacional que la realidad de la vida nos impone, tal y como nos muestra muy acertadamente la Dra. Viloca en su libro “El niño autista”, publicado en 2003 (Viloca, Ll., 2003).

Los centros terapéutico-educativos de día, así como los centros de rehabilitación psicosocial de día, a tiempo completo o parcial, han demostrado ser un

dispositivo intermedio -entre la hospitalización y la atención ambulatoria- que pueden proporcionar buenos resultados cuando el equipo terapéutico-educativo está adecuadamente y específicamente formado, coordinado y, además, preparado para trabajar en la red asistencial comunitaria de salud mental en los casos en que los trastornos son más severos y se hace muy difícil o imposible la integración escolar y social del niño, así como la integración social y laboral del adulto que los padece.

Las asociaciones de familiares de personas con autismo representan también un recurso asistencial de primer orden ya que, además de ofrecer servicios inexistentes en la red pública de atención a la salud mental, permiten mediante la integración grupal con otras familias que comparten una problemática similar una mejor integración social, mayor calidad de vida y una evolución más favorable de sus hijos.

Para ilustrar lo expuesto hasta ahora voy a relatar lo ocurrido con un niño y una niña con funcionamiento autista en un espacio de supervisión.

Viñetas clínicas

José: José es un niño de doce años que padece de un autismo severo con graves déficits emocionales, cognitivos y relacionales. No tiene acceso al lenguaje hablado y su capacidad de comunicación no-verbal es muy limitada. Presenta desde hace años un movimiento estereotipado como consecuencia de la búsqueda de un refugio en la autoestimulación sensorial que consiste en agitar, con movimientos rápidos y repetitivos, un trozo de cuerda que tiene casi siempre en una de sus manos. No hay forma de que se desprenda de este objeto para poder participar en las actividades grupales de creatividad, musicoterapia o psicomotricidad, con la importante limitación que ello representa. El equipo que se ocupa de él plantea la cuestión de cómo conseguir que deje la actividad de autoestimulación con la cuerda que utiliza desde hace años para establecer una relación-comunicación con ellos que le permita un adecuado aprovechamiento de las actividades puestas a su servicio.

Tras un tiempo de reflexión y elaboración grupal, se pudo dar a la utilización de la cuerda un sentido relacional. Uno de los monitores, tras explicarle que iban a jugar con SU cuerda, cogió el extremo libre de la misma y, tras comprobar que este primer paso era aceptado por José, empezó un juego de suave tira y afloja con SU cuerda; al ver que José, poco a poco, participaba en el juego, introdujo una nueva variante, es decir, empezó a soltarla y a cogerla, continuando con el tira y afloja. Tras un tiempo con este juego, José pudo dejar por momentos SU cuerda, como lo hacía el monitor, para recogerla después. Al cabo de un tiempo, José pudo dejar la cuerda durante las actividades grupales para recogerla de nuevo al terminarlas. Este juego, primer paso de una interacción emocional, lúdica y simbólica con el otro, marcó para José y su evolución un antes y un después, ayudándole a salir parcial y progresivamente del aislamiento autista que padecía.

Ana: Ana es una niña de diez años que padece de un autismo severo con graves déficits emocionales, cognitivos y relacionales. Tampoco tiene acceso al lenguaje hablado y su capacidad de comunicación no-verbal es muy limitada. Tras un tiempo de tratamiento, va abriéndose de forma muy limitada y esporádica a la relación y comunicación con su entorno cuidador. El equipo que se ocupa de ella comenta, en una supervisión, que Ana ha empezado a manifestar una conducta extraña que preocupa mucho a los padres y al entorno educativo; conducta que se esfuerzan por corregir “educativamente” mediante técnicas conductuales por considerarla impropia e inadecuada para relacionarse socialmente con los demás. La conducta de Ana es la siguiente: cuando alguien se le acerca demasiado, la toca o rompe sin querer su distancia relacional de seguridad, Ana se aparta y escupe en el suelo. Antes, Ana se replegaba sobre sí misma y se aislaba todavía más como respuesta a ese contacto vivido como intrusivo para ella. Al comprender que esta conducta considerada reprobable significaba para ella un gran progreso evolutivo, pues tenía un significado interactivo equivalente al “NO quiero que te acerques, que me toques”, la actitud del equi-



Un tratamiento psicoterapéutico adecuado basado en la interacción precoz padres-hijo ayuda a modificar su estilo interactivo.

po terapéutico, de los padres y del equipo educativo cambió, permitiéndole a Ana una mejor y más favorable evolución.

CONCLUSIONES

I- Los trastornos del espectro autista se detectan, diagnostican y tratan en España muy tardíamente. Este hecho tiene graves consecuencias para el niño y su familia, ya que, a partir de los tres años, que es cuando el trastorno se interioriza y empieza a formar parte de su personalidad, los tratamientos son entonces más costosos, más intensivos y menos satisfactorios.

II- La detección temprana del riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista sería posible en el primer año de vida si, además de los signos de alarma presentes en el niño (fluctuantes en algunos casos), incluyéramos en nuestra observación los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su cuidador, las defensas del bebé y, sobre todo, la evolución de la modalidad o estilo de interacción cuidador-bebé; todo ello evaluado a los tres, seis y doce meses del continuo evolutivo de dicha interacción.

III- Para efectuar una temprana intervención que pueda evitar el inicio del funcionamiento autista en el bebé, así como la instalación en su psiquismo,

tendríamos que basarnos en el estudio y tratamiento de las alteraciones precoces de la interacción cuidador-bebé, que dificultan o impiden el acceso de este último a una necesaria integración perceptiva del flujo sensorial que le llega por diferentes canales sensoriales para lograr hacerse una imagen interna de la realidad percibida, así como las perturbaciones interactivas que dificultan o impiden el acceso del bebé a la intersubjetividad, que es la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro.

IV- Los tratamientos que dan mejores resultados (que pueden cumplir entonces una función preventiva primaria y secundaria, evitando en muchos casos la aparición y el desarrollo del funcionamiento autista) son los que se realizan con los padres durante la gestación, en el primer semestre de vida del niño y, si no es posible, dentro de su primer año de vida.

V- Un tratamiento psicoterapéutico adecuado basado en la interacción precoz padres-hijo ayuda a modificar su estilo interactivo, interrumpiendo el proceso evolutivo autista patológico (proceso de graves consecuencias), permitiéndole al niño un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos. ●

BIBLIOGRAFÍA

Acquarone, S. (2006). *Signs of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.

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

Despars, J., Kiely, M.C. y Perry, C. (2001). Le développement de l'alliance thérapeutique: influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient. *Psychothérapies*, 21 (3), 141-152.

Frith, U. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza.

Golse, B. (2004). *Du corps à la pensée*. París: Editorial PUF.

Golse, B. y Robel, L. (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. Le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Recherches en psychanalyse*, 7, 45-51. <http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-45.htm>

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

Greenspan, S. I. y Wieder, S. (2008). *Comprender el autismo: Un recorrido por los trastornos del espectro autista y el síndrome de Asperger a lo largo de todas las etapas escolares hasta la edad adulta*. Barcelona: Plaza.

Haddon, M. (2004). *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona: Salamandra.

Hochmann, J. (1990). L'autisme infantile: déficit ou défense?. En Ph-J. Parquet, C. Bursztejn y B. Golse, *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* (p- 33-55). París: Masson.

Houzel, D. (1993). El tratamiento precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 15-16*, 73-95. <http://www.seppna.com/articulos/tratamiento-precoz-autismo-observacion-bebes/>

Houzel, D. (2002). *L'aube de la vie psychique*. París: Éditions ESF.

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

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

Larbán, J. (2006). Ser padres. Interacciones precoces padres-hijos. Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 147-160. <http://www.seypna.com/articulos/ser-padres-interacciones-precoces/>

Larbán, J. (2007). El proceso evolutivo del ser humano: Desde la dependencia adictiva hacia la autonomía. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43/44, 171-195. <http://www.seypna.com/articulos/proceso-evolutivo-ser-humano/>

Larbán, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152. <http://www.seypna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>

Larbán, J. (2010). El proceso autístico en el niño: Intervenciones tempranas. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 75, 35-67. <http://www.asmi.es/arc/doc/EL%20PROCESO%20AUTISTICO%20EN%20EL%20NINO%20-%20INTERVENCIONES%20TEMPRANAS.pdf>

Larbán, J. (2011). Autismo: Mito y Realidad. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 18, 113-123. <http://es.scribd.com/doc/66217375/AUTISMO-Mito-y-Realidad>

Larbán, J. (2012 a). Autismo temprano, neuronas espejo, empatía, integración sensorial, intersubjetividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 54, 79-91. <http://www.seypna.com/articulos/autismo-temprano-neuronas-espejo-empatia/>

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

Maestro, S., Casella, C., Milone, A., Muratori, F. y Palacio-Espasa, F. (1999). Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, 32 (6), 292-300.

Maestro, S., Muratori, F., Barbieri, F., et al. (2001). Early Behavioural development in Autistic Children: The first two years of live through home movies. *Psychopathology*, 34, 147-152.

Maestro, S., Muratori, F., et al. (2002). Attentional Skills During the First 6 Month of Age in Autism Spectrum Disorder. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 41 (10), 1-6.

Maestro, S.; Muratori, F., et al. (2005). How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (4), 383-396.

Manzano, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 50, 133-141. <http://www.seypna.com/articulos/espectro-autismo-hoy-modelo-relacional/>

Meltzer, D. (1974). Adhesive identification. En D. Meltzer, *Sincerity and Other Works* (p. 335-350). Londres: Karnac.

Meltzer, D. (1975). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Muratori, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, 39-

49. <http://es.scribd.com/doc/86601319/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-I>

Muratori, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30. <http://es.scribd.com/doc/86602014/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-II>

Muratori, F. (2012). L'autisme comme conséquence d'un trouble de l'intersubjectivité primaire. *La psychiatrie de l'enfant*, LV (1), 41-82.

Palau, P. (2009 a). Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé. *Actualités Psychosomatiques*, 12, 21-42.

Palau, P. (2009 b). El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica?. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, 41-60. <http://www.asmi.es/arc/doc/afectacion-neurobiologica1.pdf>

Palau, P. (2010). Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, 39-70. <http://es.scribd.com/doc/88593286/Psicopatologia-y-autismo-en-el-nino-pequeno-interaccion-afectos-y-audicion>

Palomo, R., Belinchón M. y Ozonoff, S. (2006). Autism and family home movies: a comprehensive review. *Journal of developmental behavioural paediatrics*, 7, 59-68.

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

Simas, R. y Golse, B. (2008). Empathie(s) et intersubjectivité(s). Quelques réflexions autour de leur développement et de ses aléas. *La psychiatrie de l'enfant*, LI (2), 339-356.

Spitz, R. A. (1970). *Primer año de vida del niño, génesis de las primeras relaciones*

objetales. Madrid: Editorial Aguilar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



¿QUÉ DEFINE ESTRUCTURALMENTE EL AUTISMO EN UN MÁXIMO DE DOSCIENTAS PALABRAS?

¿QUÉ DEFINE ESTRUCTURALMENTE EL AUTISMO EN UN MÁXIMO DE DOSCIENTAS PALABRAS?

Nos preguntábamos qué enfatizaban los profesionales al pensar en el autismo, cuál era para ellos el elemento definitorio de un trastorno autista, más allá de ciertos rasgos más conductuales o más accesorios, y quisimos formularles esa pregunta. Queríamos una respuesta concisa, no descriptiva, y marcamos un límite de palabras, ciento cincuenta. Considerábamos que la pregunta era sencilla (*¿qué define estructuralmente el autis-*

mo?), aunque la respuesta pudiera implicar una alta complejidad. Las reacciones nos hicieron notar que tampoco resultaba fácil encontrar un consenso en la comprensión de la pregunta. Aceptamos un cierto tira y afloja con algunos profesionales en relación con el número de palabras y ampliamos el límite hasta las doscientas, aunque la consigna para los más madrugadores en responder había sido más restrictiva. Y, al ir llegando las respuestas, comprobamos que unos habían centrado la mirada en un elemento concreto, otros consideraban importan-

te remarcar una serie de características y, por último, había algunos que habían querido incidir en unos de los aspectos en torno a la cuestión, pero que todos los escritos nos acercaban a la respuesta que buscábamos y nos ayudaban a reconsiderar, una vez más, esa pregunta. No quisimos renunciar a compartirlas, a la vez que mostrar nuestro agradecimiento a las personas que se enfrentaron al nada banal reto que les propusimos.

Consejo Editorial Revista *eipea*

– Juan Larbán –

Psiquiatra y Psicoterapeuta (Ibiza)



El trastorno básico y específico del autismo es la dificultad para acceder a la intersubjetividad, es decir, para compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro en tanto que otro. Dificultan ese acceso a la intersubjetividad los trastornos de integración sensorial ya que el otro no puede ser percibido por el bebé en tanto que otro si no logra integrar los estímulos que le llegan por al menos dos canales sensoriales y de esta forma, crear una imagen interna de la realidad percibida.

– Cipriano Luis Jiménez Casas –

Psiquiatra y Psicoanalista (Vigo)



Claude Bernard, el mejor fisiólogo de la historia, habló con su aforismo de que “no hay enfermedades sino enfermos”. Brun, Olives y Aixandri jemplean el término de autismos! ¿Sería correcto aplicar la frase: “no hay autismos sino autistas”?

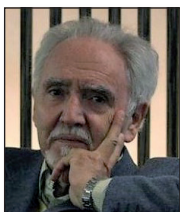
Los límites de la estructura de los “autismos” han variado, como también varió metonímicamente el propio término a lo largo de la historia: Demencia (Kraepelin), esquizofrenia (Bleuler), trastorno (Kanner), síndrome (Asperger),

retraso mental, enfermedad, psicosis, hándicap y ahora espectro!

No hubo límites en la nominación ni los hay en la “estructura”. El debate en torno al diagnóstico y al tratamiento continuará. La “singularidad” y la relación con el Otro se imponen como la mejor definición estructural, aunque existan homologías de estructura. Otra cosa son las respuestas: ¿iguales para todos o diferentes para cada caso? Escucharlos y acompañarlos, en el quehacer cotidiano de la clínica, será la mejor propuesta para los autistas.

– Francisco Palacio Espasa –

**Doctor en Medicina, Psiquiatra y
Psicoanalista (Ginebra, Suiza)**



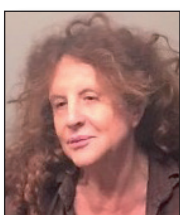
La manifestación clínica fundamental del autismo es el evitamiento sistemático de la mirada del Otro, lo que implica un rechazo de toda modalidad de vínculo. Todo lo contrario de los gestos y deseos del bebé desde su nacimiento, que busca una relación y un vínculo con la madre y las personas próximas de su entorno para asegurarse la protección y los cuidados esenciales necesarios para su supervivencia.

El autista evita todo contacto con el Otro como si se tratara de una intrusión invasora y peligrosa. Sin embargo, puede esbozar iniciativas hacia los objetos inanimados que él manipula y controla.

El rechazo de toda modalidad de relación de vinculación afectiva, véase, de aceptar la mirada del Otro, tiene por finalidad evitar afrontar las angustias de abandono vividas como aniquilantes. De forma que en el misterio del autismo y el rechazo de la relación con el Otro podemos compartir la hipótesis del terror catastrófico de la angustia de separación y de abandono.

– Dolors Cid –

**Psicóloga Clínica y Psicoanalista
(Barcelona)**



El autista es, en mi percepción, un agonizante psíquico, habitante mínimo de un cuerpo que queda suplantado por toda clase de construcciones, respondiendo de talentos y habilidades y que, lejos del mundo amenazante del sentido de las

palabras, mantiene un fino hilo de conexión con lo que consideramos humano. Ante esta realidad, encontramos gran número de teorizaciones y una incansable búsqueda de cada vez mejores métodos de aproximación y rescate.

– María Elena Sammartino –

Psicóloga y Psicoanalista (Barcelona)



Frente a una vivencia excesiva que amenaza la integridad psíquica, el autismo se erige como un funcionamiento autoprotector que opta por la negativización de todo proceso anímico o percepción cualitativa. Sus características principales son la producción activa de un vacío mental, la desestimación del afecto y la alucinación negativa de la realidad exterior, en particular, de la presencia de la psique del otro.

El autismo sostiene el desinvertimiento libidinal del otro y de sí a través de mecanismos que promueven el aislamiento (coraza sensorial de Tustin, concentración autohipnótica de la atención) y la bidimensionalidad, en tanto construcción de una superficie plana a la cual el sujeto se adhiere (repetición, literalidad, tiempo circular). En los cuadros postautistas y Asperger o en los núcleos de funcionamiento autista de otras patologías (anoréxicos y psicósomáticos, por ejemplo) se mantienen áreas de aislamiento sensorial o se desarrollan formas de pensamiento bidimensional, lógico y racional, desligados del afecto y sin sustento identificatorio.

– Emma Ponce de León –

**Psicóloga Clínica y Psicoanalista
(Montevideo, Uruguay)**



Considero que el concepto actual de *neurodiversidad* es el reconocimiento creciente de la biología a la singularidad subjetiva. Esto nos permite hablar de “autismos” como configuraciones etio-patogénicas heterogéneas, pero con manifestaciones en común.

Hoy día hay consenso en que los niños con TEA presentan alteraciones neurobiológicas y sensoriales precoces que afectan fuertemente la relación con el ambiente y la subjetivación. El niño responde con conductas de desconexión de las personas y preferencia por los objetos.

Los síntomas comportamentales pueden aparecer o manifestarse posteriormente. ¿Ciertos comportamientos estarían únicamente determinados desde un neurodesarrollo diverso o se van estructurando, además, secundariamente, reacciones defensivas o compensatorias? Por ejemplo, la búsqueda sensorial o el reclutamiento tónico pueden aportar una vivencia de unidad corporal y vitalidad, o bien conductas agresivas, repetitivas o/e intereses fijos a falta de la adecuada autorregulación frente a los cambios naturales de la realidad y el estrés concomitante.

Los avances en la investigación del autismo no señalan la existencia de un marcador biológico, genético, neuroquímico, pues cada caso presenta una combinación singular multifactorial. Es muy importante considerar el neurodesarrollo como la conjunción de procesos biológicos y ambiente. Algunos sostienen que el autismo no se cura, aunque existan evoluciones positivas en muchos casos. Para otros investigadores existe un porcentaje donde es reversible.

– Llúcia Viloca –

Psiquiatra y Psicoanalista (Barcelona)



Después de muchos años de experiencia clínica y de profundización sobre el autismo, me cuesta definirme porque en realidad siento que todavía no lo sé.

Kanner, desde un método de observación muy cuidadoso, describió con mucha precisión la fenomenología. Con posterioridad, hemos querido comprender el porqué, el cómo y el debido a qué se genera el autismo; con ello seguimos, todavía a la búsqueda de poder saber más. Aunque, a la vez, el estudio del autismo nos ha brindado la oportunidad de descubrir unos rasgos de funcionamiento mental en las áreas social, de comunicación y de pensamiento muy diferentes del ser humano “típico”, que nos cuestiona la comprensión de muchas psicopatologías y de sus abordajes terapéuticos.

Las personas con TEA o autismo tienen una manera de relacionarse, de comunicar y de pensar muy diferente, hasta el punto de que a veces parece que nosotros no existimos para ellas o de que ellas no existen para nosotros. Y, sin embargo, la relación con ellas te aporta una profundidad inexplicable y te ayuda a mantenerte en la búsqueda del enigma, a la vez que te permite sentir vivencias de inaccesibilidad que te hacen más humilde. Y, cuando parece imposible conectar, te brinda una sensibilidad tan especial que te enamora y te desvela mucha esperanza.

– Jorge L. Tizón –

Psiquiatra, Neurólogo, Psicólogo y Psicoanalista (Barcelona)



En la Psiquiatría y el sentir público actual, la comunicación o el “síntoma” que es el *autismo* tiende a identificarse con el *trastorno autístico*, un trastorno mental

grave en cuya manifestación conductual predomina el autismo, en el sentido del retraimiento aparente de la relación de la Psicopatología descriptiva.

A pesar de ello, cada vez se tiende más a entender que el trastorno autístico implica graves trastornos en la relación, en la intersubjetividad, pero también en el mundo interno, en la intra-subjetividad, en las relaciones internas. El resultado son dificultades en la interacción social, en la comunicación verbal y no verbal y un patrón restringido de intereses o comportamientos.

En *psicopatología especial*, una de las hipótesis patoplásticas del *síndrome autístico* insiste en las dificultades de procesamiento de las emociones y la sensorialidad tanto exeroceptiva, relacional, como interoceptiva, dificultades asentadas sobre patrones neurológicos, psicológicos y psicosociales gravemente alterados. El resultado es esa falta de integración de la personalidad y la identidad y las dificultades para el procesamiento de las informaciones (en particular, de las aferencias emocionales y cognitivas iniciales) y para la intersubjetividad.

Esas dificultades tempranas y severas llevan a la organización más o menos completa de un baluarte defensivo de los más rígidos y graves que se conocen, que algunos preferimos llamar “relación adhesivo-autística”, una de cuyas manifestaciones es el *autismo* como comunicación.

– Georges Soleilhet –

Educador Especializado, Poeta y Pintor (La Tour-d'Aigues, Francia)



En mi opinión, el autismo es un nudo de tres dimensiones:

El *autismo* es, inicialmente, un trastorno neurológico que no permite en-

frentarse al mundo.

Este trastorno aboca al miedo extremo de una destrucción si se intenta existir...

... de ahí el autismo como mecanismo de defensa contra esa ansiedad catastrófica: un retorno protector a una vida embrionaria o fetal que elimina una existencia humana, una vigilancia perpetua, una retirada a través de actividades estereotipadas (Kanner) o un interés exclusivo que constituye una retirada, aunque unida a una lucha por subsistir en el mundo (Asperger).

Este retorno a una vida prehistórica sólo es posible si la madre es indulgente y acepta experimentar el sufrimiento de su bebé.

Es entonces cuando el *autismo* se liga a la trampa en que madre e hijo se fusionan en una plenitud mortífera.

– Elena Fieschi –

**Psicóloga Clínica y Psicoanalista
(Barcelona)**



Un niño autista nace con ciertas dificultades para integrar sus percepciones sensoriales. Ello, a veces, junto a carencias del entorno, le dificultará conectar los cuidados que recibe con el afecto y la emoción. No encontrará en su mundo una conexión relacional que pueda calmar el vacío y la angustia. No podrá transformar sensaciones y afectos en símbolos compartibles con los demás.

Le resultará difícil entender un entorno que percibe fragmentado y no podrá aprender de la experiencia, que se verá reducida a hechos desconectados sin sentido. Entonces, con las sensaciones que él mismo puede producir, con estereotipias, con el enganche a objetos concretos o con maniobras autosenso-riales intentará tapan el vacío, mitigar la angustia.

Esa autosenso-rialidad acabará se-cuestrando su mente, aislándole de las relaciones y empobreciéndole. El senti-miento de sí mismo será limitado y frá-gil. La intensidad emocional le asusta y aumenta su desconexión y la dificultad por entender a los demás y tenderá a re-fugiarse en actividades repetitivas y con-trolables, que le protegen y le dan una cierta seguridad.

– Iván Ruiz –

**Psicólogo y Psicoanalista
(Barcelona)**



El autismo es el estado nativo del ser humano. Hasta que el Otro no se constituye como un lugar de dirección, el *autismo* comporta el repliegue del infans sobre el goce que extrae de su cuerpo. La intervención del lenguaje en este estadio resulta de primordial importancia para conferirle un lugar simbólico que le restituya, en lo universal, su función como sujeto.

La enseñanza del psicoanalista Jacques Lacan sitúa este momento como el de la identificación primera con el Otro y tiene, en consecuencia, un anudamiento determinante entre la imagen convertida en propia, la experiencia del goce corporal y el lenguaje, donde se metaforiza su ser. Si bien el resultado de este proceso es habitualmente la ganancia de una identificación común, lo que sucede en los casos que llamamos de autismo es una fijación en aquella posición primera y la imposibilidad de incorporar una economía de goce nuevo. La salida de este estadio se produce, así, para el niño autista, por medio de una estabilización alrededor de la búsqueda de una satisfacción sin pérdida, en un cuerpo sin narcisismo y con el rechazo del campo de la palabra y del lenguaje.

El futuro del autismo estará determi-nado para cada sujeto según la posibili-dad de producir un desplazamiento en su estabilización y la construcción de un vínculo con los demás que le rodean que le aporte una nueva manera de tratar su cuerpo con el lenguaje.

– Josep Maria Brun –

**Psicólogo clínico y Psicoterapeuta
(Barcelona)**



Con frecuencia, a la hora de intentar describir el proceso autístico, apelamos a conceptos como la falta de integración sensorial, el aislamiento, la evitación y/o rechazo de la relación, las dificultades de acceso a la intersubjetividad -en especial, la secundaria-, la preferencia por los objetos sobre las personas, la desconexión, las barreras defensivas, la identificación adhesiva, la bidimensionalidad o la autosenso-rialidad, que nos han ayudado a comprender mejor y posicionarnos más adecuadamente ante el funcionamiento autístico.

Somos más racionales, sin embargo, en dirigir nuestra mirada al trasiego emocional que despiertan en nosotros el contacto y la convivencia con el autismo y que acaban casi erigiéndose en un “síntoma” inherente, como mínimo de la relación. Un contacto ante el que nunca quedamos indiferentes y que nos provoca intensos y ambivalentes sentimientos. Este ramillete de emociones que compartimos, en mayor o menor grado, los familiares y profesionales que formamos parte de su entorno y que tiene su punto álgido en el dolor del rechazo, en el sentirse ninguneados, vivenciando la impotencia, la ignorancia y el desánimo. También, la culpa y el vacío. En definitiva, el sufrimiento y, a la vez, las inmensas ganas de entender y acceder. ●

MEDIACIONES TERAPÉUTICAS Y AUTISMOS: HACIA EL SURGIMIENTO DE FORMAS PRIMARIAS DE SIMBOLIZACIÓN¹

– Anne Brun –

Psicoanalista de la SPP², profesora de Psicología Clínica y directora del Centro de Investigación en Psicología y Psicopatología clínica de la Universidad de Lyon 2. (Lyon, Francia)



En relación al tratamiento de los autismos, actualmente y con frecuencia los profesionales clínicos se enfrentan a una descalificación de las diferentes formas de psicoterapia psicoanalítica, ya sean individuales, grupales o institucionales. La cuestión consistirá, entonces, en saber cómo rendir cuentas de los progresos de los pacientes que sufren autismos, tanto en el marco individual como en el de los grupos terapéuticos. Disponemos de trabajos destacados de G. Haag y del equipo de J.M. y M. Thurin (2014) sobre la evaluación de las psicoterapias individuales de pacientes autistas y, también, de los de Hélène Suarez-Labat (2015). Por nuestra parte, en nuestro centro de investigación de la Universidad de Lyon, hemos intentado proponer criterios de evaluación de psicoterapias de grupo (Brun, Rousillon, Attigui et al., 2016). En esta colaboración, proponemos una metodología de evaluación específica, complementaria a otras que se han propuesto anteriormente, centrada en identificar el surgimiento de formas primarias de simbolización en la atención de pacientes autistas.

En el actual contexto de inflación de las evaluaciones, marcada por metodologías de evaluación de psicoterapias que han beneficiado las terapias conductuales y cognitivas en detrimento de los profesionales clínicos, los propios psicólogos clínicos pueden proponer modalidades de evaluación específicas de su epistemología. Desde esta perspectiva, en esta colaboración se quiere presentar un modelo de elaboración de “puntos de referencia para una evaluación clínica” de un dispositivo grupal de mediación terapéutica pictórica, a partir del ejemplo de la clínica de los autismos: se tratará de proponer la construcción de un sistema de evaluación basado en la identificación del surgimiento de formas primarias de simbolización.

Los dispositivos de mediación terapéutica, como pueden ser la pintura, el modelado y la música, son competencia de la psicoterapia psicoanalítica cuando se basan en la consideración de la transferencia y la asociatividad psíquica, los fundamentos del método analítico (Brun, A., 2013). Permiten el establecimiento de procesos de simbolización específicos, al poner en juego la sensoriomotricidad de los pacientes en la confrontación con un médium. Cuando las clínicas comportan dificultad con el lenguaje verbal, como es el caso de los autismos, se impone centrarse en la asociatividad propia del lenguaje corporal y del acto, identificable en la relación de los pacientes con el médium, el grupo y los terapeutas, y tener en cuenta el registro corporal y sensorial, ya sea la manera en que el paciente adopta la dinámica mímica-gestual-pos-

tural o la elección de los instrumentos, los soportes y las técnicas para producir su obra. A causa de esta asociatividad sensoriomotriz, las mediaciones terapéuticas como la pintura y el modelado ofrecen un marco privilegiado para favorecer el surgimiento de formas primarias de la simbolización que se podrán expresar con una materia, la “materia de simbolización”.

A partir del recorrido terapéutico de un paciente adulto en un grupo terapéutico de mediación pictórica, se tratará por tanto de identificar el surgimiento de formas primarias de simbolización, en parte, gracias al inicio del juego por parte de los terapeutas en el nivel del registro sensoriomotor; efectivamente, el trabajo terapéutico consiste en, por un lado, iniciar o reiniciar juegos sensoriales arcaicos para permitir que los pacientes autistas, tanto niños como adultos, den el paso de una sensorialidad que se caracteriza por la falta de integración sensorial a unas formas de composición sensorial que tienen lugar con el surgimiento de juegos sensoriales compartidos con los profesionales clínicos: estos juegos sensoriomotores compartidos reintroducen el potencial de una simbolización sensoriomotriz. El rol de los terapeutas que implican también su cuerpo en los procesos de simbolización basados en la asociatividad psicomotriz quedará, así, puesto de relieve. En términos generales, en la clínica de los bebés, las sensorialidades primitivas otorgadas por el entorno producen formas primitivas de simbolización; si no es así, esta sensorialidad primaria puede perder su virtuali-

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* de la versión en catalán.

² Sociedad Psicoanalítica de París.

dad simbólica y quedar en una especie de compás de espera. No obstante, este potencial simbolizador puede ser reiniciado, en el marco de las mediaciones terapéuticas o de una terapia individualizada, a través de la introducción de juegos sensoriales arcaicos.

Esta activación de los juegos se sitúa en el nivel de las sensorialidades primitivas, reclamadas directamente por la sensorialidad del médium maleable, como la pintura, la arena, el agua, el pegamento... G. Haag mostró la importancia que tiene con los autistas “hacer o rehacer aquello que hacemos normalmente en el segundo semestre de vida: el juego del león que permite escenificar el acto de devorar y constituye una de las etapas importantes de la simulación” (Haag, 2005, p. 133). En términos generales, en nuestro centro de investigación de Lyon, estamos desarrollando actualmente la identificación de juegos típicos de las terapias a partir de una hipótesis fundamental formulada por René Roussillon (2008): es necesario encontrar en los procesos terapéuticos las huellas de los juegos que históricamente no han podido tener lugar y reintroducirlos. Desde esta perspectiva, el tema central de este capítulo será mostrar cómo la recuperación de juegos que todavía no han sido jugados permite que los pacientes accedan a las primeras formas de simbolización.

Veremos cómo este inicio o reinicio de juegos sensoriales compartidos permite que los pacientes evolucionen desde una sensorialidad desorganizada a una construcción sensorial, una organización del registro sensoriomotriz en el vínculo con el médium maleable que, tal como lo conceptualiza Marion Milner (1955), siempre designa a la vez el objeto mediador, la materia y el profesional clínico que presenta y representa este material mediador en su materialidad. Se trata, por consiguiente, de retomar el proceso inacabado de juegos compartidos con el entorno primario, que pasa por la transferencia de la sensoriomotricidad de los pacientes al médium maleable y al marco terapéutico. Así, esta transferencia de la sensorialidad al médium pone en juego, a la vez, una intersensorialidad y una intersubjetividad.

MEDIACIÓN TERAPÉUTICA GRUPAL CON ADULTOS AUTISTAS

Para empezar, haré referencia al recorrido terapéutico en un dispositivo grupal de mediación pictórica de un paciente considerado autista “crónico”, según la expresión utilizada en la residencia que se hizo cargo de él, con un seguimiento una vez al mes por parte de un psiquiatra hospitalario; se tratará de inferir las modalidades de surgimiento y transformación de las formas pictóricas en este paciente, a partir de la identificación de la cadena asociativa de formas que, desde ahora, propongo llamar “la cadena asociativa formal” o “la asociatividad formal”, es decir, la forma en que se encadena la producción de formas en el vínculo con el médium maleable, a la vez, materia, material de juego y terapeuta.

La siguiente clínica proviene de un grupo terapéutico de investigación, puesto en marcha en el contexto de un centro hospitalario psiquiátrico con pacientes adultos considerados autistas crónicos, con el doble objetivo de comprobar si era posible una evolución gracias a un grupo terapéutico de mediación y de definir con precisión unos criterios de evaluación que hicieran evidentes los procesos en marcha en la terapia: aquí se presentarán sólo los criterios relativos a la identificación del surgimiento de formas primarias de simbolización. El grupo era dinamizado por tres terapeutas, los tres psicólogos investigadores que cursaban el doctorado, un psicólogo del hospital psiquiátrico, un joven psicólogo investigador ajeno a la institución y un observador redactor, también doctorando. Respecto a mí, garantizo una intervisión con estos tres profesionales clínico-investigadores, dos veces al mes aproximadamente. El grupo de mediación pictórica tiene lugar dentro de las instalaciones del hospital, una vez por semana, y los pacientes se trasladan en taxi desde las residencias donde viven, acompañados de los cuidadores cuando se trata de pacientes hospitalizados.

Este grupo terapéutico está formado por cuatro pacientes afectados de patologías muy fuertes, psicosis graves con una vertiente autista o autismos típicos. Dos de los pacientes no hablan, los otros

dos tienen acceso al lenguaje verbal. Aquí sólo haremos referencia a Joris.

Joris tiene 24 años cuando se incorpora al grupo y vive en una residencia para autistas. Muestra señales de escurriaciones en la cabeza y en las piernas, con costras con frecuencia ensangrentadas. Si te le acercas demasiado se puede autolesionar pellizcándose o rascándose. Su habla se limita a una ecolalia de sílabas y a cantos. Joris, de repente, puede adoptar una postura congelada, con frecuencia imitando a alguna de las personas presentes, el grupo le percibe como fascinante e inquietante.

TRANSFERENCIA DE LA SENSORIOMOTRICIDAD A LA MATERIA PICTÓRICA

Joris crea un tipo de pintura no representativa, multisensorial, en la que se identifican diversos indicadores de simbolización a partir de la evolución de las formas y su relación con la materia pictórica. En general, las producciones de los pacientes autistas no remiten a formas representativas evocadas, con contenido figurativo: lo que muestra su pintura es la puesta en escena de indicios no directamente figurativos sino, más bien, sensoriales, afectivos y motores, en una especie de descomposición de la sensorialidad, caracterizados por vivencias catastróficas y vivencias de devastación, de vaciado o también de explosión.

Los profesionales clínicos han de insistir mucho para conseguir que Joris se siente y empiece a pintar y, cuando lo hace, superpone su hoja a la de su vecino, pinta en color azul como él, en un movimiento de identificación adhesiva. Alterna momentos de pintura y momentos en que canturrea palabras difícilmente inteligibles, pero en las que se puede reconocer la palabra “*tétille, tétine*” (tentina, chupete), ya que coge los tubos de gouache y se los pone en la boca como si fueran un chupete. Parece especialmente motivado cuando descubre un trozo de espuma entre los materiales de pintura a su alcance; le gusta hundir los dedos con suavidad en la espuma y estamparla después suavemente en la hoja, cubierta de pintura. Joris vive el encuentro con el dispositivo de mediación pictórica como

el encuentro con un chupete/gouache. Tiene lugar aquí un pictograma de unión, según la terminología de P. Castoriadis-Aulagnier (1975): Joris se convierte en yo/boca mamando el chupete y hace un intento de incorporación de la pintura. El pictograma corresponde a una indiferenciación entre el espacio del cuerpo, el espacio exterior y el espacio psíquico, es una forma primitiva de simbolización.

IMAGEN 1. En esta primera sesión, la pintura es muy líquida e informe. En la segunda sesión, el paciente retoma esta misma pintura, a la que va dando el aspecto de una costra blanda a fuerza de añadirle materia. El proceso de figuración de la forma se alterna entre el estado lí-

quido en el lavabo lavando los pelos del pincel. Acaricia feliz el palo duro del pincel, después de manera más lenta la seda de los pelos, y entonces el sonido que emite su voz se detiene de pronto cuando sus dedos sueltan el pincel.

Identificamos, en esta primera sesión, algunos elementos matriciales de la actividad de simbolización que remiten a una irreversibilidad de la destrucción de la forma, cosa que se podría expresar de esta manera: “Esto se diluye y se borra”, “esto se disuelve”, “un cuerpo líquido fluye”, “un cuerpo se licua”, “esto se licua infinitamente”, “esto se deforma y se destruye”, entonces “esto forma una costra”...

Son vivencias sin sujeto, impresiones

“transferencia de formas de relación primitivas” a la materia pictórica.

La clínica de esta primera sesión muestra que el inicio de un proceso de simbolización empieza ya con una figuración posible de los terrores primitivos que envuelven a los pacientes, una figuración en este caso de lo que Winnicott llama angustias primitivas, terrores de licuefacción, de desaparición, de destrucción. Pero en el caso de Joris, también detectamos un vínculo extático sensorial con determinadas sensaciones producidas por la materia pictórica. El encuentro con la materialidad del médium informe propuesto para la atribución de forma actualiza, como sensaciones alucinadas, experiencias primitivas que tomarán forma en modalidades primarias de simbolización, a través de señales prefigurativas, como los pictogramas o los significantes formales, presentados por D. Anzieu como una forma primaria de simbolización de los pictogramas.

Identificamos, pues, los primeros esbozos de lo que he propuesto llamar asociatividad formal (2014), es decir, la hipótesis de una cadena asociativa formada por significantes formales, en funcionamiento en el proceso terapéutico, localizable no solamente en el encajamiento de las formas en el nivel de las producciones estrictamente hablando, sino también en el conjunto del lenguaje sensoriomotor de los pacientes confrontados con el médium. Así, la primera etapa del proceso de simbolización consiste en conseguir una figuración de los procesos causantes de la ausencia de figuración, producida con el lenguaje sensoriomotor de las formas primarias de simbolización.

Por tanto, la hipótesis específica que se desarrolla aquí es que el surgimiento de estas formas primarias de simbolización pasa por la asociatividad formal que ponen en juego los pacientes, en el marco de la mediación pictórica evidente aquí, pero también de manera más general en el conjunto de las mediaciones terapéuticas basadas en un médium sensorial. Así, esta cadena asociativa formal consta, esencialmente, de significantes formales en forma de indicios prefigurativos.

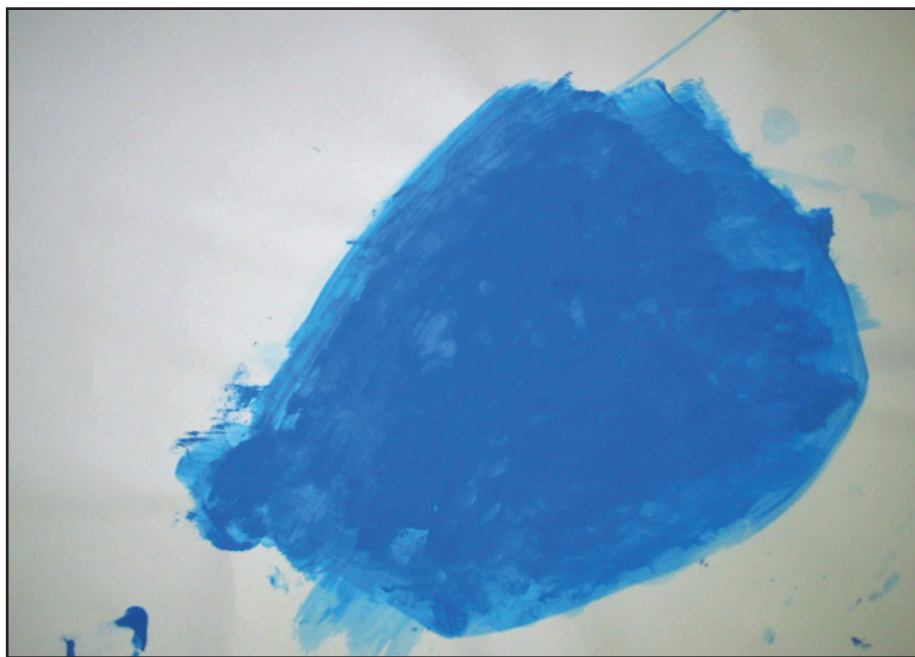


Imagen 1

quido que precisamente diluye la forma, la cual tiende a desaparecer y borrarse, y la costra en una segunda fase, un reflejo de las costras del paciente. Encontramos una indiferenciación entre el cuerpo del paciente y la materia pictórica, típica del pictograma.

Mientras pinta, va cantando y bailando con unos pequeños golpes bastante rítmicos que recuerdan el estilo musical del rap (beat box). «Héé peing, té néhing, téhing néhing. Hendada ndaha ndaha. Doho doho». Cuando llega el momento de limpiar el material, queda cautivado

corporales que se imponen bajo la forma de una vivencia alucinatoria y que corresponden a una sensación de movimiento y de transformación. Se trata entonces de significantes formales (Anzieu, 1987), en que la forma se experimenta como ajena, lo que implica una formulación sin sujeto humano: es una acción que se desarrolla en un espacio bidimensional, sin espectador, a diferencia del fantasma, que presenta una acción que tiene lugar en un espacio de tres dimensiones. Se trata, como escribió G. Haag en relación a la transferencia de los autistas, de una

Cuando llegamos a la sesión veintitrés, se anuncia una etapa de mutación de la pintura de Joris, que incorpora a su figuración pictórica indicios de los vínculos que él empieza a establecer dentro del grupo.

Él brinca y canturrea mientras gira en torno a un círculo formado con sillas y, después, canta y baila con su hoja. Salta y da vueltas por el taller, como si desafiara la gravedad; su canto y sus pequeños gritos acompañan el ritmo de sus pasos de danza.

IMAGEN 2. Y, entonces, por primera vez, no representa marcas inconexas, sino que materializa un contorno. Hace marcas rítmicas y puntos que, según G. Haag (1995), remiten posiblemente al objeto. Asocia su gestualidad, el acto de saltar, con su canto rítmico, y sus brinco con el ritmo del punteado.

Lo que confirma esta hipótesis de la simbolización en su pintura de elementos del cuadro/dispositivo y de su vínculo con el aparato psíquico grupal (R. Kaës, 1976) es que se muestra cada vez más fascinado por el eco, el rebote... del pincel, de la espuma, rebote que él hace crecer o disminuir. Traslada el rebote vocal al plano pictórico. Imita los gritos de otra paciente, pero empieza más flojo y, poco a poco, va disminuyendo el

tono, como un eco que se va perdiendo. De esta manera, establece un juego de transposición sensorial y una especie de afinación tranquilizadora que se hace eco de las transposiciones sensoriales y las afinaciones introducidas por los profesionales clínicos desde el principio del grupo terapéutico. Por otro lado, Joris recupera en su canto la primera sílaba de una palabra que ha pronunciado otra persona, como una manera de entrar en la cadena asociativa grupal (R. Kaës, *ibid.*) por la vía del sonido. Estos procesos nos hablan de la activación de un modo de simbolización por transmodalidad sensorial: Joris establece vínculos, efectivamente, entre diferentes modalidades sensoriales, con el apoyo del grupo, sobre todo a través de una transposición sensorial del plano vocal y mímico-gestual al plano pictórico.

En lo que hace referencia a la asociatividad formal, Joris pasa de una materia intransformable a una transformabilidad de los estados de la materia: la producción pictórica evoluciona de un magma de materia hacia una diferenciación de texturas, de significantes formales del tipo “un cuerpo líquido fluye” a “esto se solidifica, esto se seca, hace costra, se compacta, se aglutina, se transforma en pasta”.

EVOLUCIÓN DE LA ASOCIATIVIDAD FORMAL: DE LA IRREVERSIBILIDAD Y LA DESTRUCCIÓN DE LA FORMA A LA REVERSIBILIDAD DE LA TRANSFORMACIÓN

Pasamos de una irreversibilidad y de una destrucción de la forma a una reversibilidad de la transformación, del “esto se lame, esto se diluye” al “esto se imprime y esto se borra, esto se escurre y esto se coge, esto aparece, esto desaparece”.

IMAGEN 3. Joris, a partir de la vigésima sesión, pinta sistemáticamente una especie de costra grande blanda-frágil-sangrienta. Hasta aquel momento, las formas que añadía sobre la primera capa se diluían inexorablemente y retornaban al magma primitivo. Pero a partir de ahora, pega arena a su pintura, una materia que agarra sobre un fondo. Ello le permite repintar (siempre, y exclusivamente,



Imagen 3

con el rodillo) sobre la arena, que ya no es sólo la capa externa granulada de su pintura -que rasca y punza como las zonas de su piel que se rasca-, sino también un soporte capaz de aguantar una forma. El fondo se empieza a constituir, aunque de momento lleve a pensar más bien en zonas pantanosas...

En el caso de Joris, representativo de la evolución del grupo, la asociatividad formal pasa de los estados iniciales de una materia intransformable a la transformabilidad de los estados de la materia. Los significantes formales evolucionan del “esto se arranca, esto se araña” a “costra”, “impresionabilidad de la materia”, “esto se ablanda y esto se solidifica”, “esto se agarra”, “esto se compacta”, “esto se solidifica, esto se seca”, “esto se transforma en pasta”. Seguidamente, empieza, poco a poco, una diferenciación de texturas y de colores.

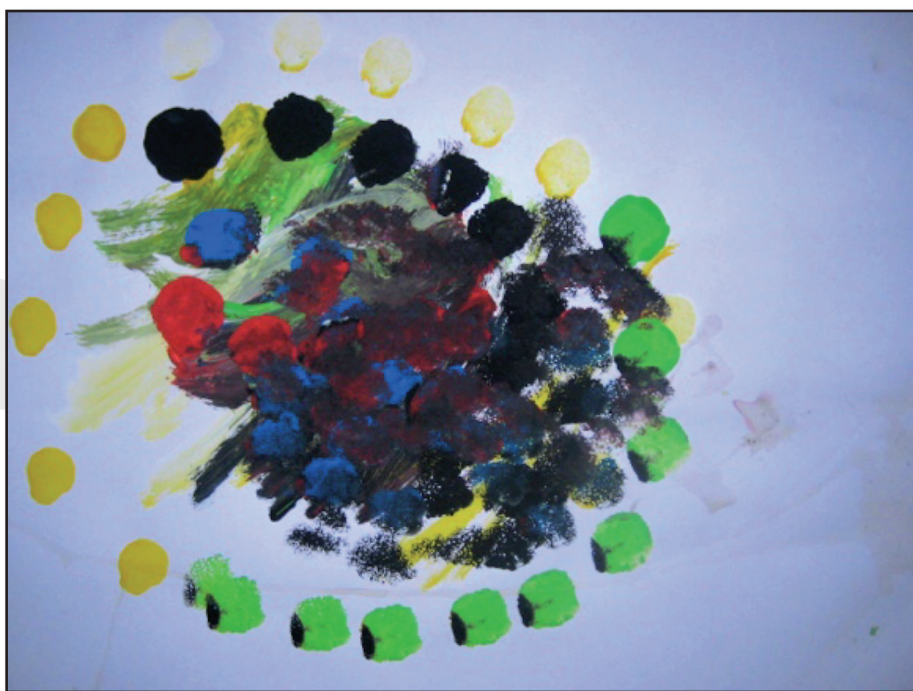


Imagen 2

En la sesión veintiséis, el psicólogo observa que, si se acerca a Joris, éste se rasca y se pellizca la pierna, incluso la frente. Tiene la impresión de que experimenta sus bruscas apariciones como una intrusión corporal, como una espina o una astilla bajo la piel que prueba de sacarse rascándose y pellizcándose. Poco a poco, acepta que el psicólogo se le acerque un poco más, un rato corto.

Para acercársele, el psicólogo elige entonces una modalidad sensorial privilegiada, la aérea, y repica y sopla sobre los pequeños granos de arena, en un intento de dar vida a la hoja. Sin intrusión, materializa el impacto sumamente ligero del profesional clínico sobre el médium que pasa a ser compartido. La respuesta pasa por el médium, por la invención y la transposición de una modalidad sensorial privilegiada, la aérea, para evitar ser percibido como una espina irritante bajo la piel.

Este ejemplo ilustra que las respuestas de los profesionales clínicos, a partir sobre todo de los significantes formales compartidos, permiten que los pacientes del grupo accedan a la figuración de indicios perceptivos de vivencias arcaicas, gracias a su transformación en formas primarias de simbolización.

SURGIMIENTO DE ROSTROS

IMAGEN 4. Después de tres años de trabajo terapéutico, aparecerán rostros en la pintura de Joris. El primer rostro se formó con arena y con puntos para los ojos y la

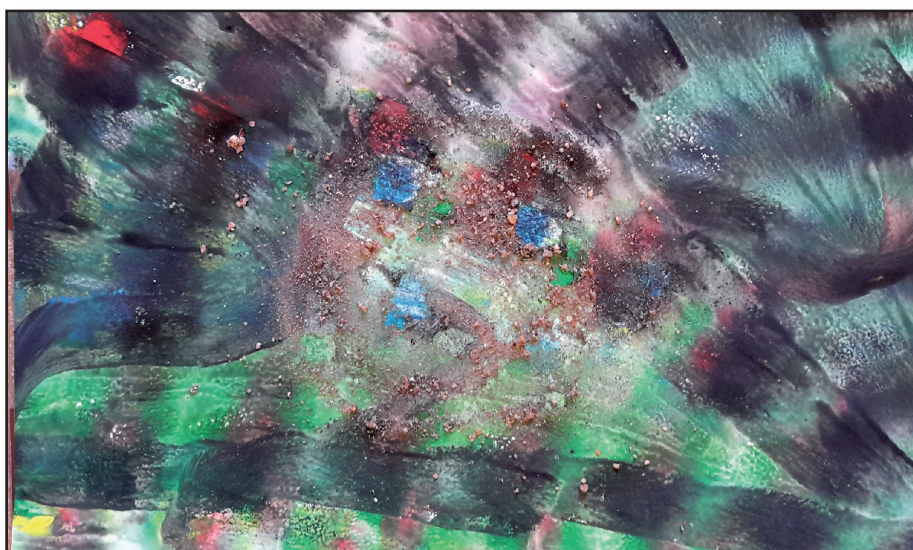


Imagen 4



Imagen 5

boca, dentro de una pintura multicolor hecha con rodillo que llenaba toda la superficie de la hoja. Esta serie de pinturas con rodillo tiene un aspecto básicamente vibrante y materializa, tal como ha mostrado C. Lheureux (2003), las vibraciones de un vínculo establecido con el objeto. A raíz de la aparición de este primer rostro, los terapeutas iniciarán un juego de espejos entre sus rostros y el de la hoja, mientras Joris se muestra feliz al ver el reflejo gestual y sonoro del rostro que ha pintado en el de los terapeutas que, alternativamente, van tocando y nombrando los ojos, la nariz, la boca de sus propias

caras y del rostro representado en la hoja de pintura.

IMAGEN 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Después, aparecen series de cuatro rostros, primero como si fueran círculos, con marcas sencillas para los ojos y la boca, dos de los rostros superpuestos a los otros dos; cuatro como el número de participantes del grupo. Hasta el final del trabajo del grupo, durante seis meses, Joris realizará numerosas variaciones técnicas de esta temática recurrente de las caras.

El grupo terapéutico de investigación presentado aquí ha ilustrado que las mediaciones terapéuticas permiten que los pacientes afectados de autismo accedan a procesos de apropiación subjetiva, a partir del trabajo con el médium y de su vínculo con el grupo. Las experiencias terapéuticas arcaicas se reconfiguran en la pintura y en la dinámica de grupo, con su posible integración dentro de la trama asociativa grupal, sobre todo a través del juego, iniciado por los terapeutas. Hemos visto cómo los procesos que se activan dentro del grupo de mediación permiten, de entrada, una figuración de la destructividad en las formas emergentes y, después, el surgimiento de procesos de simbolización vinculados a las respuestas de los profesionales clínicos, para llegar a la representación de figuras de la reflexividad, uno de los retos más cruciales de la problemática autista.



Imagen 6

REFERENCIAS PARA UNA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS JUEGOS DE ASOCIATIVIDAD FORMAL EN LA CLÍNICA DE LOS AUTISMOS

Las lógicas de los juegos con formas sensoriomotrices (Brun, A., 2019) son así fruto, a partir de este ejemplo, de la mediación pictórica en la clínica de los autismos en el adulto. Efectivamente, a partir de los significantes formales catalogados por Didier Anzieu, pero también de otros “inventados” para poder explicar esta clínica específica, propuse en el pasado (Brun, A., 2010 y 2014) plantear **tres grandes fases**³, que son la posición adhesiva patológica, la posición de distanciamiento del fondo y la posición de figuración, según las cuales podemos organizar los procesos en torno de los **envoltorios psíquicos**, de los estados de base de la **materia y de las apariciones de formas**. La construcción de un fondo para la representación implica, efectivamente, pasar de una posición adhesiva a una posición de distanciamiento del fondo, antes de acceder a una posición de figuración. La perspectiva del juego permite precisar y modificar esta primera aproximación a las lógicas del surgimiento de formas primarias de simbolización.

La primera etapa del proceso de simbolización consiste en representar la des-

imbolización (Roussillon, R., 2014a): los juegos sensoriales con las formas permiten representar en un primer momento la ausencia de integración sensorial característica de las problemáticas autistas. Esta fase es de destrucción de formas. Así pues, los primeros juegos con las formas permiten figuraciones de aquello que ha sido destruido, en un proceso de lo destruido/creado (Roussillon, R., 1991).

Juego con las sensaciones alucinadas

En el transcurso de los juegos de exploraciones sensoriomotrices y de construcción sensorial, una parte de los significantes formales de trabajo corresponden al paradigma *una piel común es arrancada*. Con frecuencia, encontramos los significantes formales siguientes: “Un agujero aspira”; “esto se arranca, es arrancado”; “yo hoja piel agujereada, arrancada”. Los *estados de base de la materia*, que frecuentemente surgen de un magma, pueden dar lugar a los significantes formales siguientes: “Esto se deforma y se destruye”; “un cuerpo se licua” o “esto se licua infinitamente”; “esto se deforma y se destruye” y, también, “un cuerpo explota”. Finalmente, los juegos intersensoriales corresponden, en general, a *la irreversibilidad y la destrucción de la forma*. He aquí algunas representaciones: “Esto

se dispersa”; “esto se diluye y se borra”; “esto desaparece”; “esto se marcha y no vuelve”. En esta fase, por tanto, el fondo no está constituido, en el sentido de que los pacientes, ya sean niños o adultos, no representan ninguna forma diferenciada sobre el fondo.

Juegos de transformabilidad de las formas: un entrelaje formal

A continuación, a raíz de los juegos con las formas sensoriomotrices, los primeros juegos de transformabilidad de las formas permiten representaciones de aquello que ha estado destruido y todo el reto del trabajo terapéutico será transformarlo en un proceso del objeto destruido/encontrado según el concepto de Roussillon (Roussillon, R., 1991). En la mediación pictórica se tratará, en definitiva, de poner a prueba la resistencia y la consistencia del fondo, que remite a poner a prueba la resistencia y la consistencia del objeto fundamental en el proceso de destruido/encontrado (Ibid.).

Se constituye un primer fondo con la posibilidad, esta vez, de un juego entre figura y fondo. Se trata de juegos con formas sensoriales-afectivas-motrices y no con formas figurativas o representativas. En esta posición de distanciamiento del fondo aparece un *fantasma de piel*

³ Ver la tabla de resumen sobre la asociatividad formal.



Imagen 7

común, caracterizado por los significantes formales siguientes: “Un agujero se obstruye”; “esto se vuelve a pegar”; “una superficie plana ondula”; “un apoyo resiste”. Identificamos en seguida, de manera bastante clara, una posible *transformabilidad de los estados de la materia*, que se puede expresar por ejemplo de la siguiente manera: “Diferenciación de colores y texturas”; “esto se solidifica”; “esto se compacta”; “esto se aglutina” o “esto resbala”. Finalmente, se dibuja una *reversibilidad de la transformación*, bajo diferentes formas:

“Esto se pega y se despega”; “esto se pliega y se despliega”; “esto aparece, esto desaparece y esto reaparece”. Surge la puesta en juego de una gestualidad rítmica en forma, por ejemplo, de pequeños golpes o de proyección rítmica, con frecuencia acompañada del significante formal “marca que se va y vuelve”. Este retorno posible de la marca que se vuelve rítmica comporta un bucle de retorno (G. Haag) con el objeto en el que aquello que podemos llamar “entregueo formal” también se aplica a los juegos intersubjetivos⁴.

Juegos de un Yo artífice y sujeto de las transformaciones

Joris también ha abordado una fase de juegos intrasubjetivos con reflexividad, durante su juego, con la aparición de los rostros. En esta posición (en el sentido kleiniano) de los juegos intrasubjetivos con reflexividad, aparecen nuevas figuras que con frecuencia ya no corresponden a significantes formales porque ya no nos encontramos en un espacio bidimensional indiferenciado y pueden empezar a aparecer escenarios fantasmáticos.

Es una fase de surgimiento de la *constitución de un envoltorio diferenciado*. El “Yo” se convierte en artífice y sujeto de las transformaciones, en lugar de que éstas lo “atravesen” como en los significantes formales, y finalmente aparecen escenarios fantasmáticos representados sobre la hoja y/o, en el mejor de los casos, verbalizados. Se trata pues del *surgimiento de formas representativas con contenido figurativo*.

En la pintura de los pacientes autistas surge con frecuencia la posibilidad de una figuración de ellos mismos por la representación posible de unos primeros rostros o unos primeros monigotes. Hemos pasado del surgimiento de formas primarias de simbolización a la posible construcción de escenarios fantasmáticos.

Este tomar en consideración la asociatividad formal, en el juego con las



Imagen 8

⁴ Los conceptos de juegos intersubjetivos y de juegos intrasubjetivos fueron acuñados por R. Roussillon en su obra.



Imagen 9

formas sensoriomotrices que remiten a las formas primarias de simbolización, y sobre todo la dimensión heurística de los significantes formales conceptualizados por Anzieu, permite que el profesional clínico determine puntos de referencia para una evaluación clínica de su trabajo terapéutico, en el marco del juego con las formas y la materia. Estos juegos con las formas sensoriomotrices, que podemos llamar “juegos de asociatividad formal”, ponen pues sobre el terreno las lógicas del surgimiento de las formas primarias de simbolización, en el juego con la materia y en las formas de

lenguaje sensoriomotor asociadas. Estos juegos sensoriales con la materia y con las formas producen formas primarias de simbolización, todavía en el contexto de una sensorialidad compartida con los terapeutas y el grupo, ya que afectan también al conjunto de los juegos intersubjetivos.

Este paso por los juegos de exploraciones sensoriomotrices compartidas muestra por tanto la importancia de la respuesta del entorno, la respuesta de los profesionales clínicos. Son las afinaciones (Stern) del entorno lo que permite que el bebé acceda a las primeras

formas de la simbolización, a partir de compartir sensaciones corporales; esta coreografía primera, el ajuste de gestos, mímicas y posturas entre el niño y el objeto primario constituye el fondo sobre el cual se establece la posibilidad de una afinación emocional.

En la clínica de los bebés, las sensorialidades primitivas se convierten así en mensajeros vinculados a la respuesta del entorno. Los juegos sensoriales arcaicos reactivan esta virtualidad mensajera de las sensorialidades primitivas, que despliegan su potencial en el descubrimiento de la reflexividad del objeto. ●



Imagen 10



Imagen 11

Tabla asociativa formal en la mediación pictórica de los pacientes autistas

Asociatividad formal	Figuras de la desimbolización	Respuestas de los profesionales clínicos. Surgimiento de simbolizaciones	Figuras de reflexividad
Piel común	<p>Una piel común es arrancada</p> <p>Un apoyo se hunde</p> <p>Un agujero aspira</p> <p>Yo hoja piel agujereada, arrancada</p>	<p>Fantasma piel común</p> <p>Un apoyo resiste</p> <p>Un agujero se obstruye</p> <p>Esto se vuelve a pegar</p> <p>Una superficie plana ondula</p>	<p>Constitución de envoltorio diferenciado</p> <p>Un límite se interpone</p> <p>Representación del cuadro o aparición de una «estructura que encuadra»</p>
Estados de base de la materia	<p>Estados de base de la materia transformable</p> <p>Un cuerpo líquido fluye</p> <p>Esto se licua infinitamente</p> <p>Esto se deforma y se destruye</p>	<p>Transformabilidad de los estados de la materia</p> <p>Diferenciación de texturas</p> <p>Diferenciación de colores</p> <p>Esto se solidifica</p> <p>Esto se seca</p> <p>Esto se compacta, esto se aglutina</p> <p>Esto se transforma en pasta</p>	<p>Yo sujeto de transformaciones de la «materia de simbolización»</p> <p>Registro del fantasma (ya no hay significante corporal)</p> <p>Uso flexible y variado de diferentes técnicas (sin forzar la representación)</p>

Apariciones de formas	Irreversibilidad y destrucción de la forma	Reversibilidad de la transformación	Formas representativas con contenidos figurativos
	Esto se diluye y se borra	Esto se pega y se despega	Representación de personajes y de escenas
	Esto se disuelve	Un orificio se abre y se cierra	Verbalización de contenidos asociados con las producciones
	Esto se ahoga	Esto aparece, esto desaparece y esto reaparece	Aparición de escenarios fantasmáticos
	Esto se va y no vuelve	Esto se va y esto vuelve: indicios rítmicos (G. Haag)	

Puntos de referencia para una evaluación clínica de la asociatividad formal en la mediación pictórica

	Posición adhesiva patológica	Posición de distanciamiento del fondo	Posición de figuración. Reflexividad
Envoltorio psíquico (Anzieu)	<i>Doble hoja indiferenciada.</i> <i>Bidimensionalidad. Superficie</i>	<i>Separación de las dos hojas.</i> <i>Fantasma de piel común</i>	<i>Encaje de las dos hojas</i> <i>El envoltorio se constituye como Yo-piel</i>
Dimensiones del espacio psíquico (Meltzer)	<i>Posiciones dominantes</i> <i>Posición adhesiva (E. Bick)</i>	<i>Tridimensionalidad.</i> <i>Volumen</i>	<i>Cuadridimensionalidad</i> <i>Historicidad</i>
Posiciones dominantes	<i>Este primer apartado en cursiva se ha extraído de la tabla sinóptica de los diferentes modelos de desarrollo propuestos per Ciccone, A. y Lhôpital, M. (1991)</i>	<i>Posición esquizo-paranoide (M. Klein). Posición simbiótica</i>	<i>Posición depresiva (M. Klein)</i>

Constitución del fondo como pintura	Ausencia de dualidad forma/fondo	Constitución de un primer fondo Distanciamiento de formas sobre un fondo. Juego figura/fondo	Constitución de un segundo fondo Desdoblamiento de las líneas de tierra y de cielo (G. Haag)
Formas plásticas	No hay formas diferenciadas	Formas sensoriales-afectivas-motrices	Formas representativas de contenido evocado y/o figurativo
Asociatividad formal	<p>UNA PIEL COMÚN ES ARRANCADA</p> <p>Un apoyo se hunde Un agujero aspira</p> <p>Pictograma de agarre «Esto se coge»</p> <p>Pictograma «Yo/boca/arrancada»</p> <p>Esto se arranca, es arrancado «Yo hoja piel agujereada, arrancada»</p> <p>Esto se perfora/Esto pica/Esto supura</p>	<p>FANTASMA DE PIEL COMÚN</p> <p>Un apoyo resiste Un agujero se obstruye</p> <p>Esto se vuelve a pegar</p> <p>Una superficie plana ondula</p> <p>Esto cicatriza</p> <p>Interficie</p>	<p>CONSTITUCIÓN DE ENVOLTORIO DIFERENCIADO</p> <p>Un límite se interpone</p> <p>Representación del cuadro o aparición de una «estructura que encuadra»</p> <p>Encaje de las transformaciones</p>
Asociatividad formal	<p>ESTADOS DE BASE DE LA MATERIA INTRANSFORMABLE</p> <p>Magma de materia</p> <p>Una hoja es atravesada «esto se atraviesa, se deforma y se destruye»</p> <p>Un cuerpo líquido fluye «Esto fluye infinitamente»</p> <p>Un cuerpo se licua «Esto se licua infinitamente»</p> <p>Un cuerpo líquido es agitado «Esto se agita»</p> <p>Un cuerpo explota «Esto explota»,</p>	<p>TRANSFORMABILIDAD DE LOS ESTADOS DE LA MATERIA</p> <p>Diferenciación de texturas</p> <p>Diferenciación de colores</p> <p>Esto se solidifica/Esto se seca</p> <p>Costra</p> <p>Esto se compacta, Esto se aglutina</p> <p>Esto se transforma en pasta</p> <p>Esto resbala</p>	<p>YO ARTÍFICE Y SUJETO DE TRANSFORMACIONES DE LA «MATERIA DE SIMBOLIZACIÓN»</p> <p>Yo sujeto de transformaciones</p> <p>Registro del fantasma (ya no hay significante formal)</p> <p>Uso flexible y variado de diferentes técnicas</p>

	«Esto se deforma y se destruye» «Yo/ano/caca/licuado/vaciado» «Yo/boca/vómito» «Yo/boca/arrancada, rota»		(sin forzar la representación)
Asociatividad formal	IRREVERSIBILIDAD Y DESTRUCCIÓN DE LA FORMA Esto se chupa, esto se traga Esto se dispersa Esto se diluye y se borra Esto se disuelve Esto se ahoga Esto desaparece Marcas sin retorno (Haag)	REVERSIBILIDAD DE LA TRANSFORMACIÓN Esto imprime y esto se borra Esto se pega y se despega Esto se pliega y se despliega Un agujero se abre y se cierra Esto aparece, desaparece y reaparece Gestualidad rítmica (pequeños golpes rítmicos o proyección rítmica) La marca se va y vuelve: indicios rítmicos (G. Haag)	FORMAS REPRESENTATIVAS CONTENIDO FIGURATIVO Representación de personajes y de escenas Verbalización de contenidos asociados con las producciones Apariciones de escenarios fantasmáticos asociados con las producciones

Esta tabla complementa una primera tabla de puntos de referencia para una evaluación clínica de la mediación pictórica en la psicosis infantil y los autismos, publicada como un anexo de la obra *Médiations thérapeutiques et psychose infantile (Mediaciones terapéuticas y psicosis infantil*, Herder, 2009), reeditada el año 2010. Publicada por primera vez en la revista *La Psychiatrie de l'enfant*, 2014.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D.** (1987). Les signifiants formels et le Moi-Peau. En D. Anzieu, D. Houzel, et al., *Les Enveloppes psychiques*. Paris: Dunod.
- Brun, A.** (2010). *Médiations thérapeutiques et psychose infantile*. Paris: coll. Psychismes, Dunod. (Obra original publicada en 2007).
- Brun, A., Chouvier, B. y Roussillon, R.** (2013). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Paris: Dunod.
- Brun, A.** (2014). Médiation thérapeutique picturale et associativité formelle dans les dispositifs pour enfants avec troubles envahissants du développement. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(2), 437-464.
- Brun, A., Roussillon, R. y Attigui, P.** (2016). *Evaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*. Paris: Dunod. Prix Evolution psychiatrique 2017.
- Brun, A.** (2019), «Game Logics in Therapeutic Mediations », "A lógica do jogo em mediaçõesterapêuticas", "Les logiques du jeu dans les médiations thérapeutiques", *Psicologia Clínica*, à paraître en mars 2019.
- Castoriadis-Aulagnier, P.** (1975). *La Violence de l'interprétation*. Paris: PUF.
- Haag, G.** (1995). La constitution du fond dans l'expression plastique en psychanalyse de l'enfant. Sa signification dans la constitution de la psyché. En S. Decobert, F. Sacco, et al., *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant* (p. 63-87). Toulouse: Érès.
- Haag, G.** (2000). Propositions pour la compréhension des différentes formes de violence chez le jeune enfant. En B. Lacroix, M. Monmayrant, *Enfants terribles, enfants féroces* (p. 177- 190). Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Kaës, R.** (1976). *L'appareil psychique groupal: constructions du groupe*. Paris: Dunod.
- Lheureux, C.** (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre. Contribution à une clinique des processus thérapeutiques*. Paris: L'Harmattan.
- Milner, M.** (1979). Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. *Revue française de psychanalyse*, 43(5-6). (Obra original publicada en 1955).
- Roussillon, R.** (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. Paris: PUF.
- Roussillon, R.** (2008). *Le jeu et l'entre-je(u)*. Paris: PUF.
- Stern, D.** (1989). *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF. (Obra original publicada en 1985).
- Suarez-Labat, H.** (2015). *Les autismes et leurs évolutions. Apport des méthodes projectives*. Paris: Dunod.
- Thurin, J. M., Thurin, M., Cohen, D. y Falissard B.** (2014). Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62, 102-118.
- Winnicott, D. W.** (1975). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris: NRF Gallimard. (Obra original publicada en 1971).



LA PRÁCTICA ENTRE VARIOS: LA INCLUSIÓN EN EL AUTISMO Y LAS PSICOSIS ¹

– Iván Ruiz –

Psicoanalista, miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Presidente de la Asociación TEAdir de padres, madres y familiares de personas con Trastorno del Espectro Autista. (Barcelona)



LA RESPUESTA DE LAS INSTITUCIONES A LA PSICOSIS Y EL AUTISMO

Las instituciones pueden ser entendidas como organizaciones simbólicas creadas con el objetivo de establecer un determinado tipo de vínculo social entre los seres humanos. Una institución, desde su origen, responde a una idea con lo que tratar lo irreductible, que aparece cuando los sujetos se vinculan entre sí. Los nombres que Sigmund Freud dio a este irreductible se refieren a las tres profesiones imposibles: gobernar, educar y psicoanalizar. Si en cada una de estas tres profesiones encontramos un imposible es porque el ejercicio de su acción se encuentra siempre con la evidencia de no haberlo conseguido del todo. Cada una de las instituciones se encuentra, además, con la idea primera de su fundador. Si se trata de una idea es porque forma parte de una ilusión, con frecuencia no elaborada tampoco por el propio fundador, de intervenir sobre este irreductible, sobre lo real a que se destinan sus esfuerzos: educar, curar, cuidar, administrar, proteger.

¿Por qué si esto es así en el común de las instituciones, todavía lo es más en aquellas que acogen a personas con

autismo? Porque lo imposible en el tratamiento del autismo irrumpe de manera clara en todas aquellas intervenciones que, con una intencionalidad precisa, están dirigidas a los sujetos autistas. En efecto, lo real del autismo es la posición de inmovilidad del sujeto autista ante las *buenas voluntades* de los adultos que le acompañan. Será necesario, entonces, que este real del autismo esté en los principios fundadores de una institución que pretenda acogerlo y forme parte de una elaboración necesaria del trabajo que allí se pone en marcha.

El psicoanálisis ha visto nacer, en sus más de cien años de historia, diversos modelos de instituciones dirigidas a personas en una clara situación de exclusión en el vínculo con los demás. Desde el modelo de centro ambulatorio gratuito para niños y adultos², impulsado por Freud y dirigido a personas en riesgo de exclusión social -como es habitual llamarlo hoy en día-, hasta los centros de Mannoni o Dolto, entre otros; los psicoanalistas han probado cada vez de inventar un lugar de encuentro con un funcionamiento que fuera acorde a lo real de los sujetos que recibían. Si revisamos estas instituciones veremos que la población a la que estas instituciones se dirigían se encontraba en una posición de rechazo de sí mismos y, eventualmente, de rechazo de las instituciones que los habían acogido con anterioridad.

El psicoanálisis de Jacques Lacan toma esta posición de rechazo como un elemento invariable en el campo de las psicosis y del autismo. Podemos aislar la psicosis en el lugar en el que el sujeto no produjo la separación de su posición de objeto con la que llegó al mundo y, por tanto, la realización de una diferencia-

ción necesaria en relación al cuerpo y a la subjetividad del Otro que fue primordial. Y, la posición propiamente autista, en el sujeto que no cedió a dirigirse al Otro para obtener de allí una significación primera de lo real con el que se encontró. En definitiva, encontramos en el campo de la psicosis y del autismo una dificultad importante de inscripción en alguno de los vínculos que rigen las relaciones entre los seres humanos. Su lugar es, por tanto, el del rechazo del discurso en el que se esperaba que se inscribieran. Y, podríamos decir, este mismo rechazo es el que se produce, de manera redoblada, cuando las instituciones que los acogen no están suficientemente advertidas.

¿QUÉ ES LA PRÁCTICA ENTRE VARIOS?

La *práctica entre varios* es la respuesta institucional que, partiendo de las consecuencias de las enseñanzas de Jacques Lacan en el psicoanálisis de Freud, intenta dar respuesta a esta posición de rechazo en que, con frecuencia, encontramos a los sujetos psicóticos y autistas. Hace cerca de cuarenta años, Jacques-Alain Miller dio este nombre, *práctica entre varios*, a un funcionamiento singular de algunas instituciones que acogen a estos sujetos. Durante estos años, Antonio di Ciaccia, fundador de *la Antenne 110* (en Francia), Alexandre Stevens, fundador de *Le Courttil* (en Bélgica), Martin Egge, fundador de *la Antenna* (en Italia), Virginio Baio, de *la Antenna 112* (en Italia) o Jean-Robert Rabanel, fundador de *Nonette* (en Francia), son algunos de los psicoanalistas que han elaborado, bajo el sintagma *práctica entre varios* de qué manera el psicoanálisis lacaniano sirve de orientación para el funcionamiento de estas instituciones. Sus trabajos, presentados

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

² Ann Danto, *E. Psicoanálisis y justicia social (1918-1938)*. Ed. Gredos, Madrid, 2013.

en algunas de las publicaciones más importantes del Campo Freudiano en todo el mundo, son un claro testimonio de la apuesta epistémica, clínica y política que el psicoanálisis sostiene ante lo real irreductible que presenta el autismo y, por extensión, la práctica con las psicosis.

La asociación TEAdir³ ha tomado el relevo de esta apuesta en Catalunya. Hace cerca de diez años, propuse en TEAdir la puesta en marcha de diversos dispositivos destinados a la acogida de niños, adolescentes y adultos en claro riesgo de exclusión social. Se hacía necesaria la creación de espacios que no se dirigieran contra sus autismos. Los casos diagnosticados de autismo, pero también aquellos que con otros diagnósticos de salud mental buscan el aislamiento del otro como única solución, nos llevaron a plantearnos la siguiente pregunta: si la presencia del otro es vivida por un sujeto como radicalmente inquietante, ¿de qué manera es necesario que nos dirijamos a él para ser escuchados? En efecto, no eludimos que algo tenemos que decirles⁴, pero, de no ser escuchados por el sujeto, la respuesta que se obtiene es su defensa ante el imperativo que proviene del adulto.

La palabra forma parte del campo en el que los seres humanos vehiculan las demandas hacia los demás. Por un lado, es esto lo que permite vincularse con el otro, pero a la vez la palabra es portadora de la voluntad más oscura, de la intención más inquietante de aquel que habla. *¿Qué quiere el otro de mí diciéndome lo que dice?* Es ante esta interrogación que, en la psicosis y el autismo, se producen las reacciones defensivas más variadas: de repliegue, de agresión hacia aquel que habla o, incluso, la autoagresión, que busca el silencio interior de la voz imperativa que proviene del otro.

El estilo de palabra en aquellos que partimos de esta hipótesis es, así, la de borrar, tanto como sea posible, la dimensión de la exigencia de una respuesta del sujeto. Esta espera de respuesta es siempre propia del que habla y, en las psicosis y el autismo, se convierte en el cortocircuito más habitual en el diálogo con el sujeto. A la vez, este diálogo está siempre en el horizonte de nuestra práctica. Partimos de una posición no educativa con, paradójicamente, efectos pacificadores y reguladores, a veces inmediatos.

Encontramos una manera de denominar a esta posición que el adulto toma

ante los sujetos que acogemos y que no encaja con la de un educador. El interviniente⁵ es aquel que se sitúa como *partenaire* del sujeto, no en la dirección de conseguir nada en particular de él sino en la de intervenir en la obtención de una atmósfera en la que los adultos se muestran suficientemente regulados y desprovistos de la voluntad de llevar a los sujetos a la realización de unos objetivos preestablecidos. La obtención de una atmósfera donde el Otro está suficientemente regulado implica que el capricho de los adultos no está permitido. Los intervinientes son quienes se ocupan de los sujetos que acogemos, en efecto, pero eso no implica que les esté permitida cualquier cosa. Las decisiones más importantes, pero también aquellas que no lo son tanto, acostumbra a pasar por el circuito de palabra que cada vez, empezando de nuevo, creamos para tratar las interrupciones de malestar. Y pasar por el circuito de la palabra significa que las iniciativas de un interviniente buscarán de una manera u otra la autorización de otro que no esté directamente implicado en la escena en cuestión. Ello no quita que, ante la urgencia o ante la oportunidad de interpretar el exceso de goce de un sujeto, el acto del interviniente se produzca en nombre propio. Será un acto en nombre propio, pero entre varios porque este acto, y sus consecuencias, serán trabajadas en la reunión de equipo.

El funcionamiento de este *entre varios* está dirigido, pues, a atemperar el efecto imperativo de la palabra y su voluntad de goce, que la psicosis y el autismo ponen de manifiesto. Siguiendo la expresión del psicoanalista italiano Virginio Baio, nos mostraremos dóciles con el sujeto, pero intratables con su Otro.

¿QUÉ ESPERAMOS DE LAS REUNIONES DE EQUIPO?

El momento más importante de una institución es aquel en que se reúnen los operadores que la hacen funcionar. Se suspende por un momento el traba-



“La práctica entre varios no parte de la intervención de sus profesionales en tanto que especialistas, sino en tanto que *partenaires* del sujeto.” (Fotografía del Taller de Juegos en Barcelona, Asociación TEAdir).

³ TEAdir es una asociación sin ánimo de lucro integrada por padres, madres y familiares de personas con autismo que realiza sus actividades en Barcelona y en Sant Boi de Llobregat (www.associacioteadir.org).

⁴ Así se expresaba Jacques Lacan cuando se refería al autismo en Ginebra: *...sin duda, hay algo que decirles*. “Conferencia de Ginebra sobre el síntoma”, Intervenciones y textos 2. Ed. Manantial. Pág. 134.

⁵ *Interviniente* es la traducción al castellano del término francés *intervenant* y es el término utilizado en algunas instituciones que trabajan a partir de la práctica entre varios.

jo directo con los sujetos para poner en común las experiencias vividas y para tomar decisiones. Este es un elemento que tienen en común las reuniones de equipo de muchas instituciones que trabajan con la psicosis y el autismo y es, precisamente, la modalidad de estas reuniones la que permite entender cuál es el goce de los que la integran. La reunión de equipo es así el indicador de la libido de la institución. Pero ¿qué se puede esperar de una reunión de equipo? Para nosotros, una reunión de equipo no es el lugar de control de la práctica que llevamos a término, tampoco es la ocasión para fortalecer la propia defensa ante lo real que la institución tiene entre manos ni, por supuesto, el lugar para disfrutar de los sujetos que acogemos o de sus familias. De igual forma, no esperamos de una reunión de equipo la autorización para decirle al otro cómo debe hacer su trabajo, ni tampoco es la escena para satisfacer el narcisismo del interviniente. Todas estas son manifestaciones de funcionamiento de grupo, que algunas instituciones alimentan sin saberlo, y que tienen el único objetivo de hacer un frente común contra lo real más duro de su práctica. Así, advertidos de esta pendiente natural, el *entre varios* de nuestra práctica no es el del grupo; juega, de hecho, a la contra de la identificación grupal.

Una reunión de equipo es para nosotros el momento de colocar en el cen-

tro de nuestro trabajo el enigma que es cada uno de los sujetos a los que acompañamos. Al contrario de hablar de lo que cada uno sabe, lo que buscamos es poner la falta de saber sobre el sujeto al servicio de una elaboración *entre varios*, en la que ninguno de los que intervienen puede decir: *sobre este sujeto, yo sé*. La disciplina de la pregunta adquiere así, en estas reuniones, la posibilidad de dejar abierto un saber nuevo sobre lo que hacemos y una invención que dé respuesta a la urgencia subjetiva con la que el psicótico o el autista se encuentra.

Partimos de la hipótesis de que el saber sobre lo que le pasa a cada uno de los sujetos que acogemos no lo tiene ninguno de los miembros del equipo, ni tan siquiera aquel que, por los motivos que sean, ha escuchado más hablar sobre él. Tampoco se trata del saber profesional que uno ha obtenido en su formación. Si hablamos de intervinientes es porque la formación académica que uno tiene no es relevante para el sujeto psicótico o autista que tenemos delante. Más bien al contrario, mostrándonos con un saber sobre lo que a él le pasa sólo obtendremos de su parte una respuesta de aislamiento o de persecución. La *práctica entre varios* no parte de la intervención de sus profesionales en tanto que especialistas, sino en tanto que *partenaires* del sujeto. En la *práctica entre varios* no existe, así, la especialización, de la misma ma-

nera que tampoco la intervención como psicoanalista. Las reuniones de equipo son reuniones eminentemente clínicas donde todos los elementos de la institución, incluso aquellos que corresponden al ámbito administrativo, son orientados analíticamente.

¿CÓMO NOS ORIENTAMOS EN NUESTRO TRABAJO?

El abordaje de la llamada Salud Mental parte siempre de la definición de un universal, es decir, la mentalidad normal. Y las prácticas que se inscriben en este campo (médicas, terapéuticas, educativas y sociales) toman como referencia este universal y sus desviaciones. De la misma manera, en las políticas destinadas al autismo, hemos visto cómo los esfuerzos se invierten en lo que se ha convenido en denominar *inclusión*. La inclusión de la que se trata no es sino la asunción de este universal en el campo del autismo en el que el propio autismo no tiene lugar. ¿No es así una paradoja pretender la plena inclusión de la persona autista cuando su autismo busca justamente quedarse fuera de la identificación común? Eso mismo sucede, aunque presentado de muy diversas maneras, en el campo de las psicosis. Del mismo modo, aquello que cada uno de ellos presenta es su oposición frontal a esta identificación compartida, a la vez que una intervención propia para sostener su vida entre los demás. A la convergencia de estas dos dimensiones, la de defensa y la de la invención singular, nosotros la llamamos síntoma.

Recibimos, pues, al sujeto con el que trabajamos a partir de su síntoma. Teniendo en cuenta que su síntoma es ya un efecto de los esfuerzos previos en incluir al sujeto en el discurso común, nuestra principal perspectiva es la de incluirnos en esta forma tan singular que cada sujeto tiene de sostenerse en el mundo. No preparamos a ningún sujeto para enfrentarse a la vida real porque ésta no existe como tal. Lo que ofrecemos es un refugio para la invasión de goce que el sujeto psicótico o autista experimenta en el momento de incluirse en el vínculo social. Y como resultado de este trabajo asistimos, a veces muy



"Se hacía necesaria la creación de espacios que no se dirigieran contra sus autismos." (Fotografía del Taller de Juegos en Barcelona, Asociación TEAdir).

rápidamente, a un alivio de su angustia y, en algunos casos, a la fabricación de un nuevo síntoma que permite al sujeto un mejor funcionamiento en su cotidianidad. La *práctica entre varios* contribuye a este cambio de posición del sujeto siempre como efecto colateral de nuestro trabajo, nunca como resultado de aplicar un programa de objetivos.

¿Cuál es entonces la inclusión que nos orienta? Se trata de nuestra inclusión en el síntoma del sujeto al que acompañamos. Ello no se produce si no es a condición de que los intervinientes que trabajan sean portadores de un deseo que no sea anónimo. Ellos son quienes proponen los talleres en los que podrá participar cada uno y son quienes los sostienen a partir de su propio gusto. Los coordinadores se ocupan de los requisitos necesarios para el buen funcionamiento de estos talleres y el director de mantener la pregunta abierta sobre el síntoma de cada sujeto con el que trabajamos, a la vez que orientar la institución hacia los textos que conforman el corpus teórico del psicoanálisis lacaniano. Es así como la aceptación del estilo propio de cada interviniente por parte de la dirección y la aceptación de este rol por parte de cada uno permite el *entre varios* de esta práctica con las psicosis y el autismo y promueve la pregunta que Lacan se hacía: *¿Qué dicha encontramos nosotros en aquello en lo que consiste nuestro trabajo?*⁶ ●

⁶ Lacan, Jacques, "Alocución sobre las psicosis del niño", Otros escritos. Siglo XXI. Pág. 369.

DETECCIÓN TEMPRANA DE SIGNOS DE ALARMA EN EL DESARROLLO DE PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

– Miguel Llorca Linares –

Profesor Titular de Universidad (actualmente, jubilado). Coordinador del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. (Tenerife)

– Josefina Sánchez Rodríguez –

Profesora Titular del Departamento de Didáctica e Investigación Educativa, Universidad de La Laguna. Coordinadora del Servicio de Psicomotricidad de la Universidad de La Laguna. (Tenerife)

– Cori Camps Llauredó –

Profesora Titular de Universidad. Departamento de Psicología, Universitat Rovira i Virgili. Coordinadora del Máster Internacional en Educación y Terapia Psicomotriz, Universitat Rovira i Virgili. (Tarragona)

– Fabia Morales Vives –

Profesora Agregada Serra Hunter (figura equivalente a Profesor Contratado Doctor), Universitat Rovira i Virgili. (Tarragona)



INTRODUCCIÓN

En nuestra experiencia, al trabajar con niños y niñas con peculiaridades asociadas a los trastornos del espectro autista, nos encontramos, en el momento de hacer la entrevista a las familias, que muchas de ellas hablan de que las dificultades en el desarrollo de su hijo/a empezaron a ser evidentes en torno al año y medio, percibían que su evolución se estancaba e incluso perdía habilidades adquiridas, fundamentalmente comunicativas. En otros muchos casos, al indagar en la evolución desde el nacimiento, nos cuentan que ya antes del año había algo en su hijo/a que no iba bien, con dificultades para interactuar con él. La mayoría señala que en los primeros meses sus hijos/as eran muy tranquilos, algunos ni siquiera demandaban comer, por lo que podemos pensar que no había mucho interés o respuesta a las interacciones de su entorno.

La constatación de que cuanto más tempranamente se intervenga más posibilidades existen de conseguir una evolución favorable remarca la importancia de la detección de los signos de alarma lo antes posible. Si se quiere mejorar su condición autista es necesario intervenir antes de los tres años para evitar que sus trastornos precoces se cronifiquen formando parte de su mundo interno (Larbán, 2018). Por este motivo, en las dos últimas décadas, muchas de las investi-

gaciones sobre este trastorno intentan averiguar cuáles pueden ser los biomarcadores o características conductuales que faciliten su detección temprana.

En relación a la detección, son los familiares de los afectados los que manifiestan la tardanza en obtener un diagnóstico, muchos de ellos después de un largo periplo por diferentes profesionales. Sólo un pequeño porcentaje de niños son diagnosticados antes de los tres años y, en muchos casos, es el profesional educativo el que detecta las dificultades al iniciarse a la escolaridad. En un estudio, citado por Klin et al. (2015), de los registros de vigilancia del Center for Disease Control and Prevention de Estados Unidos (Wiggins et al., 2006), incluso a los niños que fueron objeto de una evaluación inicial por un posible TEA a una media de edad de 4 años, no se les acabó diagnosticando dicho trastorno como mínimo hasta los 5 años en promedio.

Esta tardanza diagnóstica se contradice con la opinión expresada por las familias que manifiestan observar signos de alarma en el desarrollo de sus hijos desde edades más tempranas: el 30% de los padres de niños con TEA sospechó problemas de desarrollo antes del primer aniversario del niño, el 50%, a los 18 meses y el 80% a los 2 años (Chawarska et al., 2007; Wetherby et al., 2008). Pese a ello, la mediana de edad del diagnóstico

en Estados Unidos sigue siendo de 5,5 años (Shattuck et al., 2009). En investigaciones desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Canarias, se encontró que en el 79% de los casos fue la propia familia quien tuvo las primeras sospechas de que algo no iba bien en el desarrollo de los niños. El 69%, recibieron el primer diagnóstico durante los 3 primeros años; el 32%, antes de los 2 años. La demora diagnóstica se situó en 16 meses (Fortea et al., 2013). Estos autores concluyen que la mayoría de los padres de niños con TEA son conscientes de alteraciones en el desarrollo de sus hijos alrededor de los 18 meses e insisten en que la detección temprana mejora el pronóstico. Igualmente, Chakrabarti (2009), a partir de la utilización del ADI-R con padres de niños autistas, concluyó que la edad media de los padres para reconocer algún problema fue de 23,4 meses. El retraso de tiempo medio desde el primer reconocimiento del problema hasta la búsqueda de ayuda profesional fue de 4 meses y para el diagnóstico de 32 meses.

LA INVESTIGACIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LOS TEA DESDE EL ÁMBITO PSICOEDUCATIVO

Si bien es cierto que se ha avanzado mucho en la investigación desde la medicina y la neurobiología, la realidad es que el diagnóstico de los TEA prioritariamente se realiza a través de las conductas desajustadas en el ámbito de la comunicación, la interacción social o por la presencia de conductas llamativas relacionadas con la inflexibilidad mental o comportamental. Ciertamente, el mayor conocimiento del patrón conductual del autismo y el avance en los instrumentos de detección y diagnóstico ha posibilitado que los TEA sean visibles en edades cada vez más tempranas (Hernández et al., 2005; Larbán, 2012).

En nuestro país, desde la creación del Grupo de Estudio de TEA del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad, se ha insistido en la importancia de la investigación en relación a la detección temprana de los TEA. Investigaciones como la de Maestro et al. (2005), a través del análisis de videos caseros, muestra que entre los 6 meses y el año, en un por-

centaje muy importante de casos (87%), se puede detectar y diagnosticar la evolución hacia un funcionamiento autista. Barbaro y Dissanayake (2013) se refieren también a la importancia de contar con marcadores de TEA en edades tempranas, centrándose su estudio en las edades de 12, 18 y 24 meses de edad.

En el ámbito internacional, existen diferentes pruebas validadas para este proceso de detección: Checklist for Autism in Toddlers (CHAT. Baron-Cohen et al., 1992); Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT. Robins et al., 2001); Autism Spectrum Screening Questionnaire for Asperger and other high functioning autism conditions (ASSQ. Ehlers et al., 1999); o Childhood Asperger Syndrome Test (CAST. Scott et al., 2002), que plantean su aplicación a partir de los 18 meses, no teniendo la mayoría de ellas traducción ni validación a nuestro contexto.

En España se recomienda el M-CHAT como elemento de cribado a partir de los 18 meses y posterior derivación a una evaluación diagnóstica (Canal-Bedia et al., 2011 i 2014). Para el diagnóstico definitivo de TEA, las pruebas específicas y más reconocidas son el ADOS y el ADI-R ofreciendo un algoritmo de diagnóstico para el autismo tal y como se describe en el CIM-10, el DSM IV-TR y el DSM-V. Aun así, existen determinadas características en el desarrollo social, comunicativo y simbólico en los dos primeros años de vida de estos niños/as que todavía no son suficientemente tenidas en cuenta por las familias e, incluso, por los profesionales adscritos a la atención en la primera infancia (Ferre et al., 2008). Una definición concreta del desarrollo peculiar de las personas con TEA, con respecto a dichas características en esos primeros 24 meses de vida, nos permitiría anticipar la posible presencia de dificultades asociadas al espectro antes de los 2 años; y, en determinados casos, adelantar el diagnóstico, que en la mayoría de las ocasiones es el punto de partida para la planificación de la intervención y la implementación de programas de atención temprana que estimulen aquellas funciones del desarrollo que se encuentren limitadas.

La estimulación temprana de niños con signos de riesgo ha demostrado que ayuda de manera significativa a disminuir la discapacidad asociada con el trastorno. La plasticidad neurológica en esas edades permite que, con la estimulación oportuna, los niños se enfrenten en el futuro con mejores herramientas personales al entorno social. A partir de los tres años, cuando el trastorno autista se interioriza, es más difícil el tratamiento, siendo además más costosos los tratamientos en todos los sentidos y con resultados menos satisfactorios cuanto mayor sea la edad del niño.

Una de las pocas investigaciones que hemos encontrado para la detección de signos de TEA antes de los 2 años es el estudio de Veness et al. (2012), en el cual no encontraron diferencias a los 8 meses. Sin embargo, entre los 12 y 24 meses empezaron a encontrar diferencias entre los niños con posible TEA, sobre todo en su intención de comunicación; aunque el estudio cuenta con poca potencia estadística debido a la escasez de muestra. Bölte et al. (2013) insisten en la necesidad de realizar estudios longitudinales y en edades precoces para poder detectar el autismo y argumentan que es posible diagnosticarlo antes de los 2 años, edad promedio en que se suele identificar el problema, perdiendo un gran tiempo de intervención y, por consiguiente, calidad de vida del niño.

Matson et al. (2011) observaron que el 76,2% de los padres de niños posteriormente diagnosticados de TEA tiene dudas en relación al desarrollo de sus hijos a partir de edades muy tempranas y plantean que muchos de los síntomas son observados desde el nacimiento. Argumentan que la piedra angular del tratamiento precoz es la detección temprana y el diagnóstico. Por tanto, se necesitan escalas que sean más específicas para los niños muy pequeños.

Teniendo en cuenta que la prueba más empleada como screening de TEA en nuestro país es el M-CHAT, que se aplica a partir de los 18 meses, y también la evidencia de signos de alarma antes de esta edad, nos animamos a desarrollar el Proyecto de I+D+I (PS12013-45794-R) "Detección precoz de signos de alarma

en el desarrollo de personas con TEA”, aprobado en la convocatoria de 2013 y que finalizó en el 2017. Uno de los objetivos que nos planteamos al realizar este proyecto era detectar la existencia de signos de alarma relevantes, en relación a los TEA, desde el nacimiento a los dos años de vida, incluso en aquellos niños que después de un desarrollo ajustado hasta los 18 meses pierden competencias adquiridas. Tratamos de elaborar un cuestionario que permitiera un seguimiento longitudinal de las opiniones de la familia acerca del desarrollo de sus hijos y de la observación de las/os pediatras, ya que el M-CHAT solo cuenta con una batería de preguntas a desarrollar a partir de los 18 meses en función de la percepción de la familia en este momento. Sentimos que las familias necesitan tiempo para reflexionar y seguir con atención las preguntas que se les hacen sobre el desarrollo de sus hijos, ya que en ocasiones la condición de primerizos y su disponibilidad a interactuar con sus hijos ocasiona que no sean ajustados en las respuestas que ofrecen en una entrevista puntual, no identificando señales de alerta.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de conseguir el objetivo que nos proponíamos en la investigación, desarrollamos un instrumento consistente en diversos protocolos de observación, en función de la edad del niño/a, y que denominamos “Cuestionario para la detección precoz de signos de alarma en el desarrollo de personas con Trastornos del Espectro Autista” (TF-234-16). Estos protocolos son aplicados por los pediatras de atención primaria en las visitas rutinarias de los niños de 0 a 24 meses.

El instrumento citado consta de siete protocolos, uno para cada una de las siguientes edades:

- T0: Protocolo para niños/as de 0-4 meses: 8 ítems
- T1: Protocolo para niños/as de 4-6 meses: 12 ítems
- T2: Protocolo para niños/as de 6-9 meses: 13 ítems
- T3: Protocolo para niños/as de 9-12 meses: 18 ítems
- T4: Protocolo para niños/as de 12-15 meses: 15 ítems
- T5: Protocolo para niños/as de 15-18 meses: 15 ítems

- T6: Protocolo para niños/as de 18-24 meses: 28 ítems

Cada uno de los protocolos de evaluación se divide en cinco áreas de observación vinculadas a las áreas de desarrollo en las cuales los niños con TEA muestran dificultades. Cada área incluye un conjunto de ítems en función de las características propias del periodo evolutivo del niño/a. Para determinar la idoneidad de los ítems redactados se siguió el método Delphi (Varela-Ruiz, Díaz-Bravo, García-Durán, 2012). Considerando los resultados obtenidos, se eliminaron algunos ítems y se modificaron otros, lo que dio lugar a un total de 109 ítems. Se repitió nuevamente el procedimiento, que confirmó la adecuación por unanimidad de estos ítems. Las áreas de observación son las siguientes: Comunicación, Interacción social, Simbolismo, Conducta, Sensorial motora. Cada ítem conlleva una pequeña explicación de la conducta a observar y a continuación se hace explícita la condición para marcar el expresado ítem. Los ítems que finalmente utilizaron los pediatras quedan reflejados en la siguiente tabla:

Ítems de los cuestionarios para la detección precoz de signos de alarma en el desarrollo de personas con TEA

Edad	Comunicación	Interacción Social	Sensorial y Motora	Conducta	Simbolismo
4m	Uso comunicativo del llanto.	Mirada a las personas. Respuesta a la voz de figuras de referencia. Respuesta al ser cogido en brazos.	Reflejo de succión. Respuesta a los estímulos del entorno.	Irritabilidad. Trastorno del sueño.	

6m	Uso del llanto o grito comunicativo. Expresividad emocional.	Conductas anticipatorias. Respuesta al contacto afectivo. Interés por las personas. Respuesta a la voz de figuras de referencia. Mirada a las personas.	Exploración de manos y pies. Respuesta a los estímulos del entorno.	Nivel de actividad. Irritabilidad.	
9m	Expresividad emocional. Interacción comunicativa. Balbuceo y emisiones vocálicas.	Llamadas de atención a la figura de referencia. Respuesta a personas. Anticipación de brazos. Mirada a las personas.	Indiferencia ante sonidos. Movimientos llamativos, peculiares y repetitivos.	Trastornos del sueño. Aceptación de alimentos.	Conductas de imitación.
12m	Reconocimiento de expresiones emocionales básicas. Respuesta a órdenes verbales. Emisiones silábicas. Gesto de señalar.	Respuesta al contacto afectivo. Demanda de respuesta ante sus acciones. Respuesta al nombre. Uso de la mirada.	Movimientos estereotipados. Desarrollo motor.	Intereses obsesivos o peculiares. Uso repetitivo de objetos. Pérdida de aprendizajes adquiridos.	Juegos circulares. Conductas imitativas.
15m	Comprensión. Lenguaje oral. Gestos comunicativos.	Petición de ayuda. Demanda de consuelo. Interés por sus iguales. Evitación de la mirada.	Marcha independiente. Irritabilidad ante determinados sonidos.	Intereses obsesivos. Conductas alimentarias.	Juegos pre-simbólicos. Conductas imitativas.

18m	Comprensión. Lenguaje oral. Gestos comunicativos.	Atención compartida.	Marcha y motricidad peculiar.	Sentido de la actividad. Intereses peculiares. Miedos inusuales. Identificación ante el espejo. Rutinas. Expresiones emocionales inapropiadas. Pérdida de aprendizajes adquiridos. Rechaza determinados tipos de alimentos.	Juego funcional. Imitación espontánea.
24m	Nivel de lenguaje. Comprensión. Dirección de las vocalizaciones. Entonación. Lenguaje ecológico. Lenguaje estereotipado. Uso instrumental del otro. Señalar para expresar interés. Uso de gestos. Expresiones faciales comunicativas.	Contacto visual. Placer compartido en las interacciones. Entregar objetos a otros. Mostrar objetos a otros. Iniciación espontánea a la atención conjunta. Respuesta a la atención conjunta. Ofrecimiento de consuelo. Interés por los otros niños.	Interés sensorial inusual. Movimientos estereotipados.	Intereses restringidos. Presencia de rituales. Nivel de actividad. Ansiedad. Pérdida de aprendizajes adquiridos.	Juego funcional. Imitación espontánea de acciones. Juego simbólico.

Se desarrolló un aplicativo informático para la recogida de datos en el que aparece cada uno de los cuestionarios, secuenciados trimestralmente, en relación a la detección de signos de alarma de los TEA (<http://psico.fcep.urv.cat/questionaris/pediatric/>).

Los cuestionarios aplicados por los/as pediatras o enfermeros/as de pediatría eran remitidos a la base de datos y analizados semanalmente por el equipo investigador que se ponía en contacto con los/as pediatras en aquellos casos en que se detectaban signos de alerta significativos en cualquier edad. En el caso de que el niño tuviera menos de 24 meses y los signos de alarma detectados fueran significativos, se les aplicaba la escala Haizea-Llevant (1991) a la vez que se valoraba de manera cualitativa, a través de una sesión de evaluación psicomotriz, la respuesta comunicativa, social y conductual de cada caso. Cuando se detectaban signos de alarma a los 24 meses, se aplicaba el test ADOS (Lord et al., 2009) y Haizea-Llevant, para confirmar o no los signos de alarma de TEA. Se realizaba un diagnóstico definitivo a los 36 meses mediante ADOS y ADI-R (Rutter et al., 2010).

Lamentablemente, dada la presión asistencial a la que están sometidos los/as pediatras de los centros de Atención Primaria, ha sido muy complicado conseguir la participación de los mismos. Por otra parte, también ha sido complicado hacer el seguimiento de los menores participantes en el proyecto, bien sea por no acudir a la cita de revisión correspondiente o por dificultades del profesional

sanitario (bajas laborales o abandono del proyecto). Todo esto da como resultado un número insuficiente de casos que nos permita validar el instrumento desarrollado con adecuadas propiedades psicométricas. Sin embargo, el análisis de los cuestionarios aplicados sí nos permite confirmar la existencia de signos de alarma relevantes a partir de los 12 meses. Por otra parte, el análisis de los datos de los centros nos facilita información sobre el número de casos que presentan algún signo de alarma en el periodo de 0 a 2 años, lo que nos permite detectar dificultades en el desarrollo, al margen de que finalmente se confirme el diagnóstico de TEA, y facilita estar alerta sobre la necesidad de implementar programas de Atención Temprana. Esto viene a confirmar la validez de los programas de cribado para detectar a niños con TEA, además de ser provechoso para identificar retrasos evolutivos, así como otros trastornos del neurodesarrollo en general (Canal-Bedia et al., 2013; Charman y Gotham, 2013; García-Primo et al., 2015).

SUJETOS DEL ESTUDIO

El cuestionario se aplicó a los niños y niñas de 0 a 2 años que pasaban sus revisiones médicas en las consultas de los/as pediatras de Atención Primaria que participaban en el proyecto de la provincia de Santa Cruz de Tenerife y de Tarragona, una vez aprobado el protocolo de la investigación y la participación de los pediatras por parte de los comités éticos de cada organismo público. El total de ni-

ños/as a los que se les han aplicado los cuestionarios es de 2.381 (1.757 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 624 en Tarragona).

ANÁLISIS DE LOS CUESTIONARIOS Y RESULTADOS

El análisis de todos los cuestionarios nos ha permitido encontrar que el total de niños/as con algún signo de alarma presente en su desarrollo es de 482 (323 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 159 en Tarragona). Teniendo en cuenta el número total de la muestra, podemos destacar que aproximadamente un 20% de los casos que han formado parte de esta investigación presenta señales de alerta en su desarrollo.

De estos casos, han sido diagnosticados de TEA un total de 24 menores (17 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y 7 en Tarragona). Esta información nos permite establecer una prevalencia de 1/99 (1/103 en la provincia de Santa Cruz de Tenerife; 1/89 en Tarragona). En la tabla 2, recogemos en la primera columna aquellos ítems que han resultado más significativos; en la segunda, la edad a la que fue aplicado el cuestionario (tramo); en la tercera, el número total de sujetos a los que se aplicó el cuestionario correspondiente a su edad (muestra); en la cuarta, el número de sujetos que señalan el ítem como presente en señal de alerta, tanto si han sido diagnosticados como TEA o no (N total) y en la última, el número de sujetos con TEA que han señalado el ítem sobre el total de sujetos diagnosticados en ese tramo de edad (%TEA).

Ítems significativos

Ítem	Tramo	Muestra	N total (%)	% TEA
Anticipación de brazos	9m	914	9 (0,98%)	1/1 (100%)
Gesto de señalar	12m	1065	63 (5,91%)	5/5 (100%)
Desarrollo motor	12m	1065	8 (0,75%)	3/5 (60%)
Intereses obsesivos	12m	1065	10 (0,93%)	3/5 (60%)
Lenguaje oral	15m	935	28 (2,99%)	4/7 (57,1%)
Petición de ayuda	15m	935	14 (1,49%)	4/7 (57,1%)
Marcha independiente	15m	935	72 (7,7%)	4/7 (57,1%)
Comprensión	18m	1160	11 (0,94%)	5/10 (50%)
Lenguaje oral	18m	1160	34 (2,93%)	6/10 (60%)
Gestos comunicativos	18m	1160	9 (0,77%)	5/10 (50%)
Nivel de lenguaje	24m	996	156 (15,66%)	20/22 (90,9%)
Comprensión	24m	996	21 (2,10%)	12/22 (54,54%)
Señalar para expresar interés	24m	996	14 (1,40%)	11/22 (50%)
Contacto visual	24m	996	20 (2,00%)	9/22 (40,9%)
Iniciación espontánea atención conjunta	24m	996	20 (2,00%)	13/22 (59,09%)
Ofrecimiento de consuelo	24m	996	20 (2,00%)	11/22 (50%)
Juego simbólico	24m	996	23 (2,30%)	10/22 (45,45%)
Nivel de actividad	24m	996	91 (9,13%)	12/22 (54,54%)

Nos hemos limitado a analizar los cuestionarios, aplicados por tramos de edad, exclusivamente en los casos diagnosticados como TEA, tras la aplicación del ADOS y ADI-R.

A los 9 meses, solo se ha observado un signo de alarma y tan solo en un sujeto, haciendo referencia al ítem de **“anticipación de brazos”**. A esta edad es esperable que el niño/a reconozca la postura que siempre toma su figura de referencia para cogerlo, en este caso, el menor no anticipa y alarga los brazos antes de que lo cojan.

A los 12 meses, sí resulta significativo que los cinco sujetos diagnosticados de TEA y a los que se les aplicó el cuestionario a esta edad presenten dificultades

relacionadas con el **“gesto de señalar”**: el niño/a no utiliza el gesto de señalar, ni mira hacia el lugar donde se le señala, coincidiendo con los resultados de la investigación de Barbaro y Dissanayake (2012).

También resulta llamativo (presente en tres de los cinco sujetos evaluados) el retraso en el **“desarrollo motor”**, donde el niño no se ajusta a los patrones posturales correspondientes a su edad, no siendo capaz de girarse, mantenerse sentado, gatear o agarrarse a algo para incorporarse y la presencia de **“intereses obsesivos o peculiares”** referidos a algún objeto, material o juguete (fijación con el tambor de la lavadora, ventiladores, objetos que giran, acumular objetos en

la mano...). A los 12 meses, ya es posible detectar dificultades en la comunicación, así como en el desarrollo motor, y conductas peculiares.

Las dificultades en el **“lenguaje oral”** se hacen evidentes a los 15 meses. De los siete sujetos evaluados, cuatro presentan ausencia total de lenguaje y un quinto sólo balbucea o imita entonaciones o ritmos de canciones a través de aproximaciones a palabras. Las dificultades también aparecen en relación con la **“petición de ayuda”**: el niño generalmente no pide ayuda para resolver sus necesidades. También observamos la presencia frecuente de un retraso en el desarrollo psicomotor, donde los sujetos no han adquirido la **“marcha independiente”**,

lo que ocurre en cuatro de los sujetos. En los diez sujetos evaluados a los 18 meses, la mayor dificultad aparece en el “**lenguaje oral**” (el niño no dice ninguna palabra), presente en seis de los sujetos. En cinco sujetos aparecen dificultades de “**comprensión**” (no comprende órdenes sencillas relacionadas con actividades del entorno cotidiano, como pueden ser: dame, ve, siéntate, dame un besito...) y en “**gestos comunicativos**”, donde los sujetos no reproducen gestos básicos que implican la interacción con una persona (decir adiós con la mano, aplaudir al escuchar “¡bien!”, etc.). Por lo tanto, podemos señalar que a los 18 meses se hacen más evidentes las dificultades en el ámbito de la comunicación.

A los 24 meses, el ítem más significativo (presente en veinte sujetos de los veintidós evaluados) es “**nivel de lenguaje**”: el niño no utiliza combinaciones de dos o más palabras. Esto, unido a las dificultades de “**comprensión**” (doce sujetos), referido no solo a la comprensión de órdenes básicas, sino a que también sean capaces de entender verbalizaciones contextualizadas, ponen de manifiesto que las mayores dificultades de las personas con TEA en los primeros años de vida están referidas al ámbito de la comunicación. El retraso del lenguaje es la señal de alerta más frecuente en la muestra utilizada en esta investigación, tanto en los niños diagnosticados de TEA como en los que no.

Si a las dos conductas anteriores unimos la dificultad, en la mitad de los sujetos evaluados, de “**señalar para expresar interés**” (once sujetos), ya que a esta edad es esperable que el niño señale aquellas cosas que le llaman la atención para compartirlas con otros y, por otra parte, la dificultad en la “**iniciación espontánea de la atención conjunta**” (trece sujetos), donde el niño no atrae la atención de otras personas para dirigirla hacia objetos, acciones o personas, o lo hace sin un “**contacto visual**” adecuado (nueve sujetos), vemos que las dificultades de comunicación llevan apareadas dificultades en la interacción social. En este ámbito, se perciben además dificultades en el “**ofrecimiento de consuelo**” (también presente en la mitad de los

sujetos diagnosticados de autismo). El debate sobre la detección temprana del autismo y su posible coincidencia de signos de alarma con otros trastornos vienen a confirmar lo que hemos detectado en nuestra investigación, donde las habilidades de atención conjunta, la utilización de la mirada interactiva y los protodeclarativos (señalar para expresar interés) sólo son un signo clínico si no están presentes después de los 18 meses (García-Primo et al., 2015).

Otra conducta que resulta llamativa, presente en doce sujetos, es el “**nivel de actividad**”, mostrándose significativamente activos, con dificultades para permanecer en una actividad y, en muchos de los casos, deambulando o correteando sin sentido. También resulta llamativa en la población diagnosticada de TEA la ausencia de “**juego simbólico**” (diez sujetos). Estos resultados coinciden con otras investigaciones como las de Barbaro y Dissanayake (2012) o Klin et al. (2015), quienes señalan la ausencia de juego simbólico, de la conducta de señalar y las dificultades en el contacto visual como señales de alerta tempranas en la identificación del TEA.

CONCLUSIONES

Los resultados señalados en esta investigación nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

- No hemos encontrado ningún signo de alarma antes de los 9 meses que nos permita diagnosticar la presencia de autismo.
- La ausencia del gesto de señalar a los 12 meses es un signo de alarma presente en todos los niños evaluados, coincidiendo con otras investigaciones (Millá y Mulas, 2009; Barbaro y Dissanayake, 2012).
- La ausencia de lenguaje es el signo de alarma más evidente a partir de los 15 meses, cuando según el Inventario de Desarrollo Atención Temprana (IDAT) los niños ya deberían utilizar entre siete y diez palabras reales; haciéndose muy evidente a los dos años.
- Coincidimos con Barbaro y Dissanayake (2012) en que, además de la ausencia de lenguaje, los principales indicadores de alarma son las dificultades de contacto visual y la ausencia de la conducta de

señalar en todas las edades, unido a los déficits de expresión desde los 18 meses, en combinación con la ausencia de juego simbólico a los 24 meses.

– Llamamos la atención la frecuencia de las dificultades en el desarrollo motor y el retraso en la adquisición de la marcha como señales de alerta en el desarrollo de los niños y niñas diagnosticados con TEA.

– A medida que aumenta la edad, también aumenta la presencia de signos de alarma.

Por el escaso tamaño de las muestras, no hemos podido obtener resultados estadísticos significativos que nos permitan validar los cuestionarios aplicados, aunque sí hemos podido comprobar la coincidencia de algunos signos de alarma señalados en otros estudios y publicaciones, junto a otros que resultan significativos en el nuestro. Para seguir avanzando en la detección temprana del autismo se necesita continuar realizando estudios longitudinales en edades precoces y con muestras más amplias, acometida que trataremos de desarrollar en colaboración con sanidad. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Barbaro, J. y Dissanayake, Ch. (2012). Indicadores de detección temprana de los trastornos del espectro del autismo en bebés y niños pequeños. *Autism*, 17 (1), 64-68.
- Barbaro, J. y Dissanayake, Ch. (2013). Early markers of autism spectrum disorders in infants and toddlers prospectively identified in the Social Attention and Communication Study. *Autism*, 17 (1), 64-86.
- Baron-Cohen, S., Allen, J. y Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *The British Journal of Psychiatry*, 161 (6), 839-843.
- Bölte, S., Falck-Ytter, M.T., Charman, T., Roeyers, H. y Elsabbagh, M. (2013). Infants at risk for autism: a European perspective on current status, challenges and opportunities. *European child & adolescent psychiatry*, 22 (6), 341-348.

- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M.V., Santos-Borbujo, J., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, L. y Posada-de la Paz, M. (2011). Modified checklist for autism in toddlers: Cross-cultural adaptation and validation in Spain. *Journal of autism and developmental disorders*, 41 (10), 1342-1351.
- Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Martín-Cilleros, M.V., Guisuraga-Fernández, Z., Herráez-García, M., Guerra, I., et al (2013). Diagnóstico precoz y sistemas de cribado en los trastornos del espectro autista. En F. Alcantud (Ed.), *Trastornos del espectro autista. Detección, diagnóstico e intervención temprana* (pp. 61-94). Madrid: Pirámide.
- Charman, T. y Gotham, K. (2013). Measurement Issues: Screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1), 52-63.
- Chawarska, K., Paul, R., Klin, A., Hannigen, S., Dichtel, L.E. y Volkmar, F. (2007). Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37 (1), 62-72.
- Ehlers, S., Gillberg, C. y Wing, L. (1999). A screening questionnaire for Asperger syndrome and other high-functioning autism spectrum disorders in school age children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29 (2), 129-141.
- Ferre, F., Palanca, I. y Crespo, D. (2008). *Guía de diagnóstico y tratamiento de los trastornos del espectro autista*. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, COGESIN, S.L.U.
- Forte, M.S., Escandell, M.O. y Castro, J.J. (2013). Prevalencia estimada de los TEA en las Islas Canarias. *Anales de Pediatría*, 79 (6), 352-359.
- García-Primo, P., Posada-de la Paz, M., Martín-Cilleros, M.V., Santos, J., Bueno, G. y Canal-Bedia, R. (2015). La detección e intervención tempranas en menores con trastorno del espectro autista. *Diglo Cero*, 46 (2), 31-55.
- Grandin, T. (2014). *El cerebro autista*. Barcelona: RBA.
- Hernández, J.M., Artigas-Pallarés, J., Martos-Pérez, J., Palacios-Antón, S., Fuentes-Biggi, J., Belinchón-Carmona, M., ... Posada-De la Paz, M. (2005). Guía de buena práctica para la detección temprana de los trastornos del espectro autista. *Revista de Neurología*, 41 (4), 237-45.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. y Cohen, D. (2001). Defining and quantifying the social phenotype in autism. *Psychiatry*, 159 (6), 895-908.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R., Volkmar, F. y Cohen, D. (2015). Visual fixation patterns during viewing of naturalistic social situations as predictors of social competence in individuals with autism. *Archives of General Psychiatry*, 59 (9), 809-816.
- Larban, J. (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.
- Larban, J. (2018). Autismo y psicopatología en el bebé. *Revista eipea*, 4, 13-18.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C. y Risi, S. (2009). *Escala de observación para el diagnóstico del autismo*. Madrid: TEA.
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M.C., Pecini, C., Cesari, A., Paziente, A., ... Palacio-Espasa, F. (2005). How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of life in autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35 (4), 383-396.
- Matson, J.L., Rieske, R.D. y Tureck, K. (2011). Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: *Review of available instruments. Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (4), 1319-1326.
- Millá, M.G. y Mulas, F. (2009). Atención temprana y programas de intervención específica en el trastorno del espectro autista. *Revista de Neurología*, 48(2), S47-S52.
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L. y Green, J.A. (2001). The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 31 (2), 131-144.
- Rutter, M., Le Couteur, A. y Lord, C. (2010). *ADI-R. Entrevista para el diagnóstico del autismo - Revisada*. Madrid: TEA
- Scott et al. (2002). The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test) Preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school-age children. *Autism*, 6 (1), 9-31.
- Shattuck, P.T., Durkin, M., Maenner, M., Newschaffer, C., Mandell, D.S., Wiggins, L. y Cunniff, C. (2009). Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (5), 474-83.
- Veness, C., Prior, M., Bavin, E., Eadie, P., Cini, E. y Reilly, S. (2012). Early indicators of autism spectrum disorders at 12 and 24 months of age: A prospective, longitudinal comparative study. *Autism*, 16 (2), 163-77.
- Wetherby, A.M., Brosnan-Maddox, S., Peace, V. y Newton, L. (2008). Validation of the Infant-Toddler Checklist as a broadband screener for autism spectrum disorders from 9 to 24 months of age. *Autism*, 12, 487-511.
- Wiggins, L.D., Baio, J. y Rice, C. (2006). Examination of the time between first evaluation and first autism spectrum diagnosis in a population based sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27 (2), S79-87.



“NO ME NECESITA”: LAS SEÑALES DE ALARMA DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA ^{1 2}



Equipo de Formación e Investigación Carrilet³, Barcelona

– Lourdes Busquets –

Psicóloga y psicoterapeuta acreditada por la EFPA. CDIAP-Equipo 40. Colaboradora del Centro de Formación e Investigación de Carrilet. Formación en Parent-Infant Psychotherapy, Londres. (Barcelona)

– Marina Mestres –

Psicóloga y fisioterapeuta. Coordinadora del Centro de Formación e Investigación de Carrilet. Espai Essen Lleida. Profesora asociada de la Universitat de Lleida (UdL). Formación en Parent-Infant Psychotherapy, Londres. (Lleida)

– Júlia Miralbell –

Neuropsicóloga. Centro de Diagnóstico y Centro de Formación e Investigación de Carrilet. Departamento de Psicología clínica y Psicobiología, Universitat de Barcelona. (Barcelona)

NO DEJES PARA MAÑANA LO QUE PUEDES HACER HOY

La prevalencia del Trastorno del Espectro Autista (TEA) aumenta cada vez más: uno de cada 68 niños, según Autism Speaks, y uno de cada 100, según Autismo Europa (Autism Speaks, 2018; Autismo Europa, 2018).

Las señales de alarma de las dificultades en la comunicación y la relación compatibles con el TEA se pueden detectar desde el primer año de vida (Acquarone, 2007). Entendemos como las primeras señales de alarma los elementos biológicos, emocionales o relacionales que nos sugieren un riesgo de afectación del desarrollo del niño (Busquets et al., 2018). Por ello, la cuestión no es tanto hacer un diagnóstico precoz como detectar un conjunto de signos que pueden comprometer su desarrollo y el vínculo.

Se debe tener en cuenta cuál es la población considerada vulnerable o de riesgo porque justamente en la labor de prevención y detección precoz será necesario llevar un seguimiento de forma más esmerada y continuada de esta población: hermanos de niños con TEA, grandes prematuros (Padilla et al., 2017), niños con discapacidad física, psíquica y/o sensorial, niños que han sufrido largas hospitalizaciones, niños adoptados (Hoksbergen et al., 2005), maltratados y/o que hayan sufrido negligencia y bebés de madres con depresión o trastornos psiquiátricos (Zwaigenbaum et al., 2009).

Las señales de alarma se evidencian en el niño, en el cuidador y en la relación entre ellos dos. En lo que respecta al niño, se incluyen: 1) la presencia de signos patológicos, 2) la ausencia de conductas propias del desarrollo típico y 3) diferencias cualitativas en el desarrollo de competencias y conductas. Se considera riesgo de TEA cuando se observan >2-3 señales de alarma con una intensidad, frecuencia y duración significativas. Se clasifican en dos tipos: las ruidosas o por exceso (por ejemplo, ser hiperreactivo, mirar de manera fija, tener una sonrisa congelada, balbucear constantemente, etc.) y las silenciosas o por defecto (por ejemplo, ser hiporreactivo, no mirar, tener una calma silenciosa, no reaccionar ante la separación, etc.) (Acquarone, 2007 y Zwaigenbaum et al., 2015).

En lo que hace referencia al cuidador, se observa un mayor estrés parental (Bonis, 2016) y cambios en los patrones de relación. En concreto, en el análisis retrospectivo de videos domésticos, los padres y las madres presentan dos tipos de conductas (Acquarone, 2007): las de inicio y mantenimiento de la relación, que aparecen en los primeros meses, y las de desánimo y desconexión que se van instaurando progresivamente. Entre las primeras, destaca una mayor estimulación física y el uso de objetos para captar su interés, cambio del tono de voz y conductas más directivas. Entre las segundas, se observa el silencio, la reducción de la conducta espontánea y la introducción

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

² Este artículo quedó finalista en el XXIX Concurso literario de artículos de divulgación de la psicología (http://www.psiara.cat/view_article_6E4DF.asp?id=4836&cat=49). Posteriormente, ampliamos la parte final añadiendo más contenido teórico para la Revista *eipea*.

³ Contacto: Equipo de Formación e Investigación Carrilet: Marina Mestres, Lourdes Busquets y Júlia Miralbell. diagnostic@carrilet.org, 934277419 / 619408044.



de objetos que substituyen la relación. De esta manera, se puede ir creando un círculo vicioso al servicio de la desconexión o patrones de crianza extraños, patológicos, con tendencia a la negación de las dificultades debido a una adaptación excesiva de los padres a la conducta del niño (Mestres y Busquets, 2015).

Entre un 30 y un 40% de las familias manifiestan preocupación antes del año de vida de su hijo/a (Bonis, 2016). La detección e intervención precoz son imprescindibles, ya que es un período clave para el neurodesarrollo y la construcción de la identidad del niño, así como para el establecimiento de la relación con los padres. La intervención se basa en la ayuda al cambio de las dinámicas relacionales y la mejora del vínculo, sin angustiar e ilusionando dentro de entornos lo más naturalistas posible (Mestres y Busquets, 2015).

Los profesionales que trabajan con la primera infancia tienen un papel clave en la detección precoz del TEA. Es importante que conozcan las señales de alarma, ya que identificarlas facilitará la derivación

para una intervención lo antes posible.

A continuación, presentamos un texto narrado en la voz de una madre que relata los primeros años de la vida de su hijo con autismo y la atención terapéutica recibida desde un Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP). Al escribir este apartado, nos hemos inspirado en las familias que han consultado en la clínica y han compartido con nosotras sus preocupaciones, angustias y vivencias más personales.

HOY NOS LO HAN DICHO

La psicóloga ha hablado de autismo y nos ha dicho que le podremos ayudar. Nuestro hijo de tres años, Pau... ¡tan pequeño y tan frágil!

No ha sido un niño muy enfermizo, íbamos poco al médico. Cuando el pediatra nos informó que se podría hacer una valoración, nos sorprendió que hubiera psicólogos para niños tan pequeños y lo consultamos en seguida; no quería esperar más. Tranquiliza que te escuchen. Veía cosas que no veía nadie y sentía cosas que nadie sentía.

Pero ¿justo ahora? Si ha empezado a hablar y sabe las letras en inglés. Me hace gracia cómo pronuncia a la perfección una lengua que no es la suya. Eso debe de querer decir algo, tal vez tiene altas capacidades o simplemente buen oído.

Me hubiera gustado aprender idiomas de muy pequeña, pero antes era diferente y ahora todo va muy rápido. La sociedad actual está llena de peligros. Quizás me asusto y soy sobreprotectora. Querría vacunar a mi hijo contra el dolor. Ser madre me ha transportado a mi infancia y recuerdo cosas que hace tiempo que tenía olvidadas. Me han venido olores, imágenes, sensaciones del pasado que no puedo expresar en palabras. No me habían explicado la maternidad así; esta parte no sale en los libros. Me siento vulnerable y sola.

TENGO UN BEBÉ "ZEN"

He leído sobre el autismo, tal vez demasiado. Hay un montón de información al alcance de cualquiera. Consulto internet y encuentro miles de páginas web con consejos, recomendaciones, tests para auto aplicar y tratamientos infalibles. Aunque me han dicho que no es bueno obsesionarse, no lo puedo evitar. También estoy inscrita en un blog de maternidad donde comparto mis inquietudes con otros padres y busco respuestas. Desde que era un bebé me preocupaba que algo no fuera bien y quería saber qué pasaba. Le cogía en brazos y no se adaptaba a mi cuerpo, era como un saco de patatas o una muñeca de trapo. Una amiga me dijo: "Qué suerte, tienes un bebé 'zen'. Si tú estás tranquila, él también lo estará".

Sí, era verdad que dormía más de seis horas seguidas, no lloraba, lo podías llevar a cualquier sitio y lo tenía que despertar para darle de comer. Incluso tenía tiempo para mí. Siempre tan bueno, mi angelito. Pero yo no estaba tranquila, estaba angustiada y no entendía por qué las demás madres se quejaban de agotamiento por las continuas demandas de sus hijos. ¡Este niño es demasiado fácil y conformista! Tenía un bebé "zen" y sentía que era una mala madre porque algo no hacía bien. Jordi intentaba animarme:

Nuestro hijo es feliz, ¡mira cómo tiene la sonrisa en la boca, aunque esté enfermo o se haya hecho daño! Yo pensaba: No reclama, no me necesita.

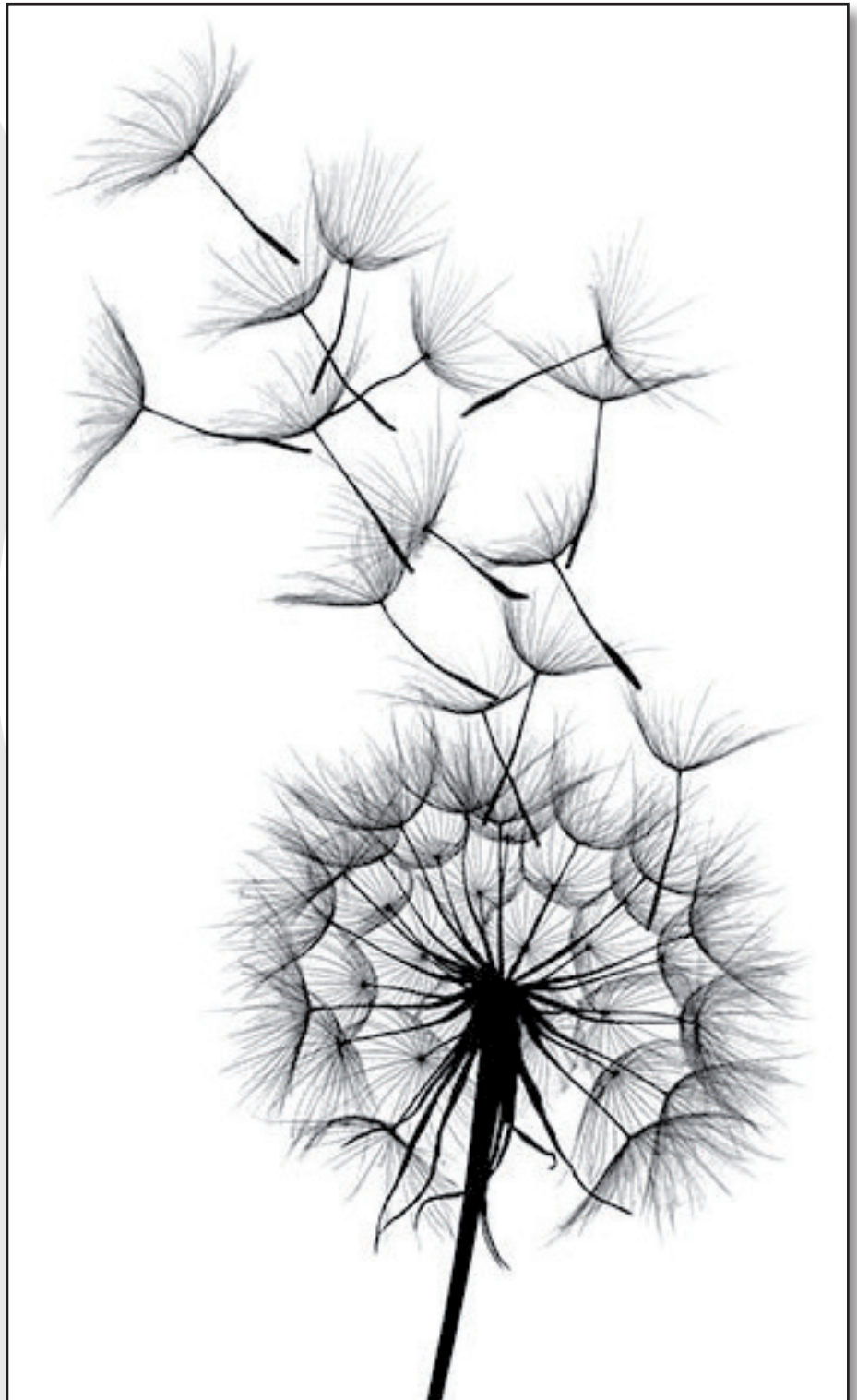
SIEMPRE TAN INDEPENDIENTE

Uno de los primeros juegos que hizo fue el de unas torres muy altas y bien alineadas, casi perfectas. Me recordaba al abuelo Joan cuando trabajaba de arquitecto con aquella concentración, precisión y exactitud. Se entretenía solo, como si no hubiera niño, y los juguetes con música eran su fijación. Le hablaba y no sabía si me escuchaba, sólo respondía cuando le interesaba. Seguramente, no haber ido mucho al parque o ser hijo único había influido en que estuviera en su mundo. Ha interactuado siempre con nosotros, pero no del todo, no sé cómo explicarlo. No respondía cuando le llamábamos por su nombre, pero se giraba sonriente cuando le cantábamos aquel sonsonete del Barça que tanto le gustaba.

Justo al cumplir el año, empezó a caminar y se hizo mayor de golpe. Pasó de estar siempre sentado a correr directamente. Siempre independiente: se subía a las sillas y llegaba a lugares inaccesibles. Lo tenía que vigilar porque no veía el peligro y se podía hacer daño. Me decían: Este niño es fuerte, se cae y no llora nunca. Yo pensaba: No es fuerte, se aguanta y no me necesita.

MI "PEQUEÑO EMPERADOR"

Todavía no decía mamá ni papá, cuando me señalaba con el dedo para que le pusiera aquel video de trenes. No sé cómo lo encontró en internet, lo miraba infinidad de veces y se lo sabía de memoria. Tenía ganas de compartirlo con él y con unos títeres reproducíamos la canción los dos juntos. Es de ideas fijas y debo hacerlo como él quiere, repitiéndolo de la misma manera, tal como sale en el video. Me da miedo de que se convierta en un "pequeño emperador". Todo debe ser al instante, no espera ni podemos cambiarle mucho las rutinas. No sé qué hacer porque, algunas veces, no entiendo qué necesita y se enfada sin dejar de llorar: el sí pasa a ser un no y el no, un sí. Es como si él también se enfadara cuando



do oye mi voz de enfadada y entramos en un bucle porque acabo gritándole aún más fuerte. Pero eso también les pasa a otros niños, tienen rabietas, se tiran por el suelo y no hacen caso. Mi suegra dice que Jordi era igual de pequeño y ahora

no tiene ningún problema; era maniático con la comida, no quería que le lavasen la cabeza e iba bastante a la suya. Me decía: Este niño tiene las ideas claras como su padre. Yo pensaba: No me pide ayuda y no me necesita.

NO PUEDE SER AUTISTA

Los niños autistas no miran ni son afectuosos. En cambio, a Pau le encanta el juego de las cosquillas; se nos acerca corriendo, nos coge de la mano y se la pone sobre la barriga. Nos lo pasamos muy bien porque es nuestro momento de besos, abrazos y carantoñas. Fija la mirada en nosotros con aquellos ojos azules y nos mira constantemente. Le digo: ¡Me tienes más que gastada!

Es inteligente porque sabe los colores, los números y el abecedario entero. Cuando salimos de casa, siempre quiere hacer el mismo recorrido y tiene las calles memorizadas. Él escoge el camino que debemos seguir, nosotros no se lo hemos enseñado, lo ha aprendido solo. También nos dice todos los nombres de los dinosaurios. Fue un acierto comprarle aquel libro porque ahora lo podemos mirar con él. Se ha convertido en todo un experto en dinosaurios y nos hace reír cuando nos corrige. Hemos ido al Cosmocaixa a ver a Trix y Pau afirmaba: Es el tiranosaurio mejor conservado del mundo y tuvo una vida llena de incidentes. ¡Muchos de sus huesos presentan señales de infecciones, fracturas y otros tipos de lesiones!

Estaba repitiendo lo que explicaba el guía. Le interesan las cosas frágiles, las que ya están rotas o a punto de desmenuzarse. En casa tenemos guardados un montón de trozos de ramas y pequeñas piedras que encuentra de camino a la escuela y lleva escondidos en el bolsillo porque sabe que no nos gusta que coja cosas de la calle.

INTUICIÓN

No he sido demasiado de psicólogos; como los amigos y la familia no hay nada. Eso pensaba hasta que dejé de explicar mis desazones porque me aconsejaban y juzgaban. Tan sólo deseaba sentirme acompañada, pero mi desesperación no era fácil de aguantar. Estaba angustiada por lo que le pasaba a mi hijo y el entorno me tranquilizaba porque no me quería ver sufrir. Pau, tan pequeño y tan frágil, me ha preocupado desde bebé. La intuición es el lenguaje del alma; poder escucharla y que los demás nos escuchen es esencial para pedir ayuda. Desde la

llamada telefónica a la primera visita ya empezamos a ver algunas mejoras. Saber que te ayudarán me hizo sentir esperanzada. Poco a poco, la angustia dio paso a la tristeza y finalmente asumí aquello que me producía tanto miedo y dolor. No quería que pasara, no podía verlo. Y después de la tristeza llega una cierta serenidad acompañada de una nueva mirada.

La psicóloga nos ha dicho que, aunque no lo parezca, Pau nos escucha y mucho; por eso es tan importante que le continúe hablando y explicando las cosas. Percibe el mundo como un lugar caótico y poco predecible que, en ciertos momentos, le acaba abrumando. Estoy orgullosa de él por los grandes esfuerzos que hace para intentar entender muchas cosas que, a nosotros, a veces, nos pasan desapercibidas. Es sensible y siente las emociones intensamente, tanto las positivas como las negativas, y eso lleva a que a veces se comporte de una manera que cuesta mucho entender.

Tenemos un montón de videos desde que nació. Hemos grabado: la hora del baño, el cambio de pañal, cuando íbamos de vacaciones a la playa, los cumpleaños, etc. La psicóloga nos los ha pedido porque quiere observar cómo era de bebé. Tengo tantos que he tenido que hacer una selección. Me he emocionado cuando me he visto cantándole aquella nana de las buenas noches. Era la canción que mi madre me cantaba antes de ir a dormir y, por un momento, he vuelto a ser aquella niña pequeña. Con ayuda, he ido reencontrando a mi hijo y, a la vez, a mí misma.

Ahora pienso: Sí que me necesita y yo también le necesito. ●

BIBLIOGRAFIA

Autism Speaks [En línea] <https://www.autismspeaks.org/> [Consulta: 22 de junio del 2018]

Autismo Europa [En línea] <http://www.autismeurope.org/about-autism/prevalence-rate-of-autism/> [Consulta: 22 de junio del 2018]

Acquarone, S. (2007). *Signs of Autism in Infants: Recognition and Treatment*. Londres: Karnac.

Bonis, S. (2016). Stress and Parents of Children with Autism: A Review of Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(3): 153-163.

Busquets, L., Miralbell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L. y Mestres, M. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatría Integral de interés especial*, XXII(2): 105.e1 – 105.e6.

Hoksbergen, R., Laak, J., Rijk, K., Van Dijkum, C. y Stoutjesdijk, F. (2005). Post-Institutional Autistic Syndrome in Romanian adoptees. *J Autism Dev Disord*, 35 (5): 615-623.

Mestres, M. y Busquets, L. (2015). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, XXXII (2): 69-90.

Padilla, N., Eklöf, E., Mårtensson, G.E., et al. (2017). Poor Brain Growth in Extremely Preterm Neonates Long Before the Onset of Autism Spectrum Disorder Symptom. *Cerebral Cortex*, 1; 27 (2): 1245-1252.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Lord, C., et al. (2009). Clinical assessment and management of toddlers with suspected autism spectrum disorder: Insights from studies of high risk infants. *Pediatrics*, 123: 1383-1391.

Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Stone, W. L., et al. (2015). Early Identification of Autism Spectrum Disorder: Recommendations for Practice and Research. *Pediatrics*, 136 (Suppl 1): S10-S40.

JUAN JESÚS MANZANO GARRIDO

– Francisco Palacio Espasa –

Doctor en medicina, psiquiatra y psicoanalista. (Ginebra, Suiza)

El viernes quince de marzo falleció el Profesor Manzano a la edad de 79 años. Era un gran enseñante, también antiguo director del Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra entre 1983 y 2002 con varias consultas de psiquiatría infanto-juvenil y escuelas especializadas para niños y adolescentes con trastornos del desarrollo y/o de la personalidad (con más de seiscientos colaboradores). El Profesor Manzano era un hombre discreto con una inteligencia y cultura extraordinarias. Fue autor de muchos artículos de reputación internacional y autor de numerosos libros, de los cuales citaré los más relevantes:

Las terapias en psiquiatría infantil y psicopedagogía (1993). J. Manzano y F. Palacio Espasa (compiladores) en Paidós Ibérica.

Los escenarios narcisistas de la parentalidad (2003). J. Manzano, F. Palacio Espasa y N. Zilkha. Ed. Sepypna.

La dimensión narcisista de la personalidad (2008). J. Manzano y F. Palacio Espasa. Ed. Le fil rouge, PUF.

La construction en psychanalyse. Récupérer le passé ou le réinventer (2011). J. Manzano y A. Abella. Ed. Le fil rouge, PUF.



Juan Jesús Manzano Garrido.

Compendio de técnica psicoanalítica. Con su aplicación a la psicoterapia (2017). J. Manzano, F. Palacio Espasa y A. Abella. Ed. Herder.

El Profesor Manzano era psicoanalista didacta y ex presidente de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis. Ha sido también presidente de la Comisión de Enseñanza de esta sociedad.

Asimismo, fue presidente de la AEPEA (Asociación Europea de Psicopatología del Niño y del Adolescente) de Suiza y expresidente y uno de los fundadores de SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría

y Psicoterapia del Niño y del Adolescente). Esto no es sino un resumen sucinto de los méritos de un hombre que ha constituido un gran aporte a la psiquiatría infanto-juvenil y al psicoanálisis.

Juan Manzano tenía una inteligencia excepcional y una gran creatividad que vamos a echar mucho de menos. Era para mí una persona muy humana y estimable, con quien compartí cincuenta y cuatro años de amistad, complicidad y complementariedad personal y profesional. ●

Ginebra, marzo de 2019