

EL PROCESO AUTÍSTICO EN EL NIÑO: INTERVENCIONES TEMPRANAS

Juan Larbán Vera, psiquiatra y psicoterapeuta. Ibiza. E-Mail; juan.larban@gmail.com

RESUMEN

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 más costosos, más intensivos, y menos satisfactorios. 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, incluyéramos los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su cuidador, evaluados a los tres, seis, y doce meses del continuo evolutivo de dicha interacción. 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 ínter-subjetividad que es la capacidad de compartir la experiencia vivida. Para comprender la frecuente alternancia de los trastornos psicósomáticos y autísticos tempranos en el bebé, se desarrollan los conceptos clínicos de vulnerabilidad psicósomática, (en el bebé) y vulneración psicósomática y autística, (a través de la interacción cuidador-bebé).

PALABRAS CLAVE: Autismo, lo genético y lo ambiental, desarrollo psíquico y cerebral, visión interactiva integradora, interacción cuidador-bebé, signos de alarma y factores de riesgo interactivo, el proceso interactivo autistizante, el proceso defensivo autístico, vulnerabilidad y vulneración psicósomática, intervenciones tempranas.

TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA Y AUTISMO

Los trastornos del espectro autista, TEA, forman parte de los trastornos generalizados del desarrollo, TGD, en las clasificaciones diagnósticas internacionales vigentes hoy día, DSM-IV, (APA, 1994) y CIE-10, (WHO, 1992-93). Bajo el paraguas terminológico de trastornos del espectro autista se agrupan varios síndromes clínicos (conjunto de síntomas y signos que

caracterizan un determinado trastorno) en los que se manifiesta con diferente grado de intensidad y de gravedad así como de cronicidad, el trastorno del funcionamiento autista.

La formación clínica adquirida “a la sombra” de dichos sistemas de clasificación diagnóstica o basada en la aplicación de protocolos, al mismo tiempo que sus ventajas, consenso diagnóstico y de lenguaje clínico, tiene el inconveniente de generar cierta confusión en el diagnóstico y una desviación en la forma de ver, comprender, interpretar, aprender y aprehender, (hacer suya) la clínica, con la consiguiente influencia que esto tiene en su aplicación, es decir, en las respuestas clínicas, tanto diagnósticas como terapéuticas que damos a nuestros pacientes y sus familias. Estos sistemas de clasificación diagnóstica, por la forma en que son utilizados en su aplicación clínica, han sido confundidos con manuales de formación en psicopatología y utilizados como tales, hasta tal punto, que lo que no se encuentra en estas “Biblias”, no existe para muchos de los profesionales de los servicios de salud mental que se han formado y se están formando actualmente según este modelo.

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 sus primeros meses de vida, se podría detectar en el primer año de vida del niño, (Maestro, S.; Muratory, F. et al., 2001, 2002, 2005; Muratory, F. 2008; Larbán, J. 2008; Palau, P. 2010).

La palabra autismo se asocia con frecuencia con la imagen estática del autismo de Kanner, el más grave y de peor pronóstico. Sin embargo, el funcionamiento autista del niño afectado constituye un proceso psicopatológico que lo ha ido alejando progresivamente de una evolución sana en su desarrollo psíquico y cerebral.

FRECUENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El 22-02-07, el Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad una propuesta en la que se insta al Gobierno a que elabore una guía de detección precoz del autismo. Además, se demanda que Sanidad siga potenciando los proyectos de investigación de esta patología hasta ahora incluida en el grupo de enfermedades raras, a pesar de que su prevalencia en el

caso de los Trastornos del Espectro Autista, puede estar, según los estudios epidemiológicos más recientes del Centro de Control de Enfermedades, (CDC), de Atlanta, en torno al 1 por cada 150 recién nacidos, cifras muy superiores a las de hace una década. Este importante y significativo incremento de la prevalencia, pensamos que se debe no solamente a una mayor amplitud del espectro diagnóstico, sino también a un aumento real de casos, debido a un posible aumento de los factores de riesgo de origen ambiental. En este sentido, se está estudiando la influencia de los factores de riesgo ambientales de carácter tóxico, alimenticio o infeccioso, pero se hace muy poco o nada para investigar la posible influencia de los factores de riesgo ambientales de origen relacional o interactivo que tienen que ver con aspectos socioculturales y psicosociales.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

El grupo de Estudios de los 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 que siguen vigentes hoy día: 1- Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo (genérico en este texto). Entre un 30%-50% de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida. 2- Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan 2 años y dos meses de promedio. 3- La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de 5 años. 4- El diagnóstico de los TEAS es fruto, hasta el momento, más de los Servicios Especializados en Diagnóstico de TEAS, (a los que acuden las familias de forma privada), que de los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. 5- Hasta tres o cuatro años pueden pasar antes de que un niño, que muestra los primeros síntomas de autismo, sea diagnosticado y reciba el tratamiento adecuado. 6- Aunque las familias acuden a consultar a Servicios Públicos de Salud, la mayoría de los diagnósticos más específicos se realizan en Servicios Privados, (incluyéndose en esta categoría las propias asociaciones de familias de personas con autismo).

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE AUTISMO.

Fue el psiquiatra suizo Eugene Bleuler quien utilizó este término por primera vez en 1912. La clasificación médica del autismo se efectuó cuando el Dr. Leo Kanner del Hospital John Hopkins (USA), estudió a un grupo de 11 niños e introdujo la caracterización de "autismo infantil temprano". Al mismo tiempo, un científico austriaco, el Dr. Hans Asperger utilizó coincidentemente el término "psicopatía autista" en niños que presentaban características similares. Sin embargo, el trabajo del Dr. Asperger, debido principalmente a que fue escrito en alemán, no fue reconocido hasta 1981 en que fue difundido por medio de Lorna Wing.

Las interpretaciones del comportamiento de los grupos observados por Kanner y Asperger fueron distintas. Kanner reportó que 3 de los 11 niños no hablaban y los demás no utilizaban las capacidades lingüísticas que poseían. También notó el comportamiento de auto-estimulación y "extraños" movimientos de aquellos niños. Asperger señaló sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas, y su apego a ciertos objetos. Aunque tanto Hans Asperger como Leo Kanner posiblemente observaron en los niños la misma condición de funcionamiento autista en distintos grados, sus diferentes interpretaciones llevaron a la formulación de "Síndrome de Asperger", (término utilizado por Lorna Wing en una publicación de 1981) y a lo que comúnmente se llama "autismo de Kanner" para referirse a autismos de alto y bajo funcionamiento psíquico respectivamente. Lorna Wing consideró en su época que ambos síndromes podían formar parte de una continuidad evolutiva.

En la actualidad se ha generalizado el término de Trastorno del Espectro Autista entre los profesionales aunque a nivel popular siga hablándose de autismo. En ambos casos creo que se está haciendo un esfuerzo por acercarse a la realidad clínica de sus manifestaciones sintomáticas y formas de evolución.

El uso generalizado de las clasificaciones diagnósticas DSM-IV Y CIE-10 unifica el lenguaje diagnóstico nosográfico y descriptivo entre los profesionales pero despierta también en muchos de ellos la "ilusoria ilusión" de poder aprender y por tanto, acceder a un saber sobre la psicopatología, a través de su utilización. Estas clasificaciones diagnósticas, no presuponen la existencia, como fundamento de cualquier clasificación psicopatológica, de una psicología clínica, ni la existencia de una teoría del funcionamiento psíquico normal cuyas desviaciones constituyen la psicopatología. Por el contrario, consideran la patología

mental como un trastorno exclusivamente fisiológico tanto si es real como supuesto. Además, estos sistemas de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales con sus correspondientes manuales de instrucciones, han favorecido la creación y la difusión de un falso saber sobre la psicopatología. Lo relacional del proceso de la observación diagnóstica se convierte en algo puramente instrumental y en un mero sistema clasificatorio basado en criterios descriptivos.

AUTISMO Y TEORÍA DE LA MENTE

Los investigadores de la Teoría de la Mente, Baron-Cohen, Leslie y Frith, establecieron la hipótesis de que las personas con autismo carecen de una teoría de la mente, es decir que les falta en mayor o menor medida la capacidad de inferir los estados mentales de otras personas (sus pensamientos, creencias, deseos, intenciones) y de usar esta información para lo que dicen, encontrar sentido a sus comportamientos y predecir lo que harían a continuación. En la teoría de la mente, desde una perspectiva cognitiva se está estudiando lo que desde el psicoanálisis relacional se denomina empatía e ínter-subjetividad. Estudios de neuroimagen han demostrado la existencia de un sistema neuronal (neuronas espejo) subyacente a la “Teoría de la Mente”. El acceder a la Teoría de la Mente implica el desarrollo de la capacidad de comprender las acciones de otros a través de la identificación.

Es muy conocida la prueba que dichos investigadores hicieron entre niños considerados “normales”, niños diagnosticados de Síndrome de Down, y niños diagnosticados con una forma de autismo que hoy llamamos Síndrome de Asperger.

En todos los casos la prueba se hizo con niños que utilizaban el lenguaje verbal. A los tres grupos se les hace partícipes de una misma historia.

Sally muestra a Anne una canica que lleva en su cesto. Al cabo de un rato tiene que ausentarse de la sala en la que están ambas, dejando la canica en su cesto y en la sala. En ausencia de Sally, Anne no puede resistir la tentación y su curiosidad la lleva a coger la canica para seguir observándola y jugar con ella. Cuando oye ruidos que le indican que Sally está a punto de entrar en la sala, mete la canica en una caja suya que llevaba.

La pregunta que se hace a todos los niños es la siguiente: ¿Dónde irá Sally a buscar la canica?

Los niños considerados “normales” y los afectados por el Síndrome de Down dan la misma respuesta: En su cesto.

El 80% de los niños con Síndrome de Asperger respondieron: En la caja de Anne.

Los primeros dan esa respuesta porque se han puesto en el lugar de Sally. Los segundos con Síndrome de Asperger no han podido hacerlo y su respuesta ha sido la que era lógica para ellos, que se han identificado más bien con el objeto, la canica, siguiendo su movimiento, ante la imposibilidad de ponerse en el lugar de Sally. No fueron capaces de atribuir una falsa creencia a Sally o de identificarse de forma empática con Sally, (Sally cree que la canica está en el cesto, aunque el niño sabe que la canica está en la caja, pues vieron que Anne hizo ese cambio). El 20% de niños con Síndrome de Asperger que dan la respuesta correcta nos muestra que un porcentaje importante de niños con este síndrome puede evolucionar favorablemente incluso en aspectos como la adquisición de la capacidad de empatía y de ínter-subjetividad.

HACIA UNA COMPRENSIÓN INTEGRADORA DEL AUTISMO

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

La confusión interesada y alejada del pensamiento científico se manifiesta por ejemplo, interpretando que un descubrimiento “X”, que muestra a través de la resonancia magnética u otra técnica de neuro-radio-imagen, que algunas regiones cerebrales tales como el lóbulo temporal superior, (LTS) -de adultos o niños ya de cierta edad con funcionamiento autista-, presenta alteraciones anatómicas o 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 de maduración 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 ínter-subjetividad 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 exterior a si mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales, (Streri, A. 1991, Streri, a.; et al. 2000). Este proceso de acceso a la ínter-subjetividad parece implicar al lóbulo temporal superior del cerebro humano debido a las diferentes funciones que en él se encuentran localizadas; (Boddaert, N.; et al. 2004. Chabane, N. 2005. Gervais, H.; et al. 2004. Robel, L. et al. 2004) 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 exterior a si mismo. En el momento en que el abordaje psicoanalítico y el cognitivo (teoría de la mente) se juntan para considerar la ínter-subjetividad 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 integrativo 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).

AUTISMO: MITO Y REALIDAD

Sobre el autismo hay hoy día creencias difundidas y alimentadas por aspectos más ideológicos que científicos que han logrado parasitar el pensamiento científico, impregnado la mentalidad de muchos profesionales de la salud mental. Creencias que habiendo arraigado en nuestra sociedad con la categoría de mitos, están influyendo muy negativamente en la confrontación adecuada del problema de los trastornos mentales, incluido el autismo, y en su posible solución. El mito o creencia mítica consiste en atribuir a personas o cosas, una realidad de la que carecen.

Jorge Wagensberg, destacado profesor de física, investigador en biofísica, y escritor catalán, nos señala muy acertadamente en una de sus reflexiones sobre la filosofía de la ciencia, que las verdades científicas están basadas en una mentira, pues cada verdad científica lo es sólo temporalmente, y la propia ciencia se encarga de buscar alternativas a esas verdades, posibilitando así el avance de la ciencia.

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

AUTISMO; LO GENÉTICO Y LO AMBIENTAL

1- La creencia mítica de que los trastornos mentales, incluido el autismo son de causa genética y por tanto, incurables.

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 linear.

El término epigenético, (epi = prefijo griego que significa sobre o por encima de, de lo genético en este caso), fue introducido en 1956 por Waddington, (Waddington, C. H. 1956) con el objeto encontrar respuestas a las preguntas que la genética pura, aislada de otras disciplinas, no podía responder.

Los avances logrados en la investigación epigenética, muestran la estrecha interacción genoma-ambiente (Waddington, C. H. 1980) en cuanto a la posibilidad o no de que los genes se expresen (mediante mecanismos de activación-desactivación, que no es lo mismo que mutación genética) facilitando o evitando la aparición de un determinado trastorno o enfermedad. 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 al conjunto de interacciones existentes entre los genes, (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. *Lo genético predispone pero no determina el porvenir de la persona.* El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada. Lo que hacemos con lo genético; cómo vivimos, comemos, sentimos y pensamos, también influye en lo que somos. Esos cambios de expresión genética no se transmiten a la siguiente generación de manera biológica, sino que culturalmente transmitimos los reguladores de la expresión. Se podría decir que hay una heredabilidad epigenética -que se transmite culturalmente a la siguiente generación- de los factores protectores de la salud (resistencia ante la enfermedad y capacidad de recuperación) y de los factores que predisponen a padecer un determinado trastorno o enfermedad, (vulnerabilidad). Esto quiere decir que hay una evolución cultural, que modifica la expresión de la genética (heredabilidad epigenética sana y alterada) 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, (Ruiz-Flores, M. 2010). Podemos deducir de los avances de la epigenética que la modalidad de crianza y las interacciones precoces entre el bebé y su cuidador pueden influir y modificar lo genético-constitucional, tanto en positivo como en negativo. Además, vemos que dichos cambios epigenéticos, son transmisibles a las generaciones siguientes. Otro hecho importante se deriva de los descubrimientos de la epigenética: *Las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas permanentemente a través de la regulación de la expresión génica relacionada con la interacción ambiental.*

AUTISMO, PSIQUISMO Y CEREBRO

2- La creencia mítica de que el cerebro humano deja de crecer y desarrollarse a partir de los 21 años. Esta teoría, basada en el estudio anatómico de las enfermedades del cerebro más que en el estudio de su funcionamiento normal, refuerza la ideología de lo genético como incurable ya que los defensores de la causa genética de los trastornos mentales, (incluido el autismo) atribuían a las alteraciones del cerebro, que en realidad no era más que su base neurobiológica y orgánica, (confundiendo mente con cerebro) la causa de los trastornos mentales, ensombreciendo su pronóstico evolutivo a largo plazo.

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

Si los resultados experimentales que demuestran la existencia de la plasticidad cerebral son recientes, la hipótesis es antigua. Santiago Ramón y Cajal, que obtuvo el premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1906 por descubrir los mecanismos que gobiernan la morfología y los procesos conectivos de las células nerviosas, 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 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). Posteriormente, 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 lo ambiental a través de la experiencia del sujeto en la interacción con su entorno y en este caso, con el entorno cuidador; experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica con anclaje somático, sino también, la huella neuronal y por tanto, el desarrollo cerebral del sujeto que la vive, (Ansermet, F.; Magistretti, P. 6006).

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

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

El ser humano desarrolla intensivamente las funciones cerebrales durante los tres primeros años de vida desde la fase embrionaria, desarrollo que persiste intensa y significativamente hasta los 6 años, y a un ritmo menor, durante toda la vida, tal como lo evidencia la plasticidad cerebral. Como vemos, los avances de la neurociencia del desarrollo han puesto de relieve la importancia de la integración de las relaciones interpersonales y el desarrollo del cerebro. La interacción entre el niño y su cuidador tiene un impacto directo en el desarrollo del mismo. Las interacciones cara a cara modulan no sólo el desarrollo del niño sino algunas funciones cerebrales del otro participante de la interacción (neuronas espejo). A la luz de estos

descubrimientos de la ciencia, la crianza y las primeras interacciones adquieren una esencial importancia para el desarrollo del niño. Estos hechos nos muestran que una adecuada interacción con el medio o con el entorno cuidador puede producir cambios en el desarrollo psíquico y en las funciones cerebrales, incluso si hay cierto grado de disfunción o de afectación cerebral.

NEUROGÉNESIS CEREBRAL

3- Otro de los mitos de la "ciencia", considerado como realidad hasta hace muy poco tiempo, consistía en la creencia de que las neuronas perdidas no podían recuperarse

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

No solamente es modelable el desarrollo cerebral a través de la influencia ambiental sino que además, se ha descubierto que la producción y regeneración de las células del sistema nervioso central (neurogénesis) 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 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. Vemos que la estimulación del entorno, según sea la adecuada o no, puede facilitar o impedir no solamente el desarrollo psíquico de una función determinada en el niño, sino también, el desarrollo de las redes neuronales encargadas de esa función.

AUTISMO, EMPATÍA Y NEURONAS ESPEJO

4- Por último, otro de los mitos "científicos" vigente hasta hace poco, sería el de que el proceso de maduración orgánica, (concepto biológico) -en este caso del cerebro- transcurre por vías separadas y diferentes a las del desarrollo psíquico (concepto psicológico evolutivo y relacional) del ser humano.

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” (Rizzolatti, G. et al. 1996; Rizzolatti, G.; Arbib, M. A. 1998; Gallese, V. 2001) en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro en lo emocional y en lo cognitivo (unión con el otro) sin confundirse con él (separación del otro y diferenciación del otro). Es como si el sujeto observador, pudiese vivir de forma “virtual” la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica, (neuronas espejo), y psicológica, (empatía emocional y cognitiva), el ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico, (la sonrisa intencional o social que aparece en el bebé a partir de la sexta semana si todo va bien, es un indicador específico y fiable del comienzo en el bebé del proceso de identificación empática con su cuidador y del acceso a la capacidad de ínter-subjetividad) puede compartir la experiencia emocional y cognitiva con el otro así como predecir y anticipar sus intenciones y respuestas, facilitando de esta forma, el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos. Este descubrimiento nos permite considerar la comunicación y comprensión empática como la base de toda interacción facilitadora del desarrollo psíquico y cerebral del ser humano.

FUNCIONES PARENTALES Y DESARROLLO DEL HIJO

El potencial evolutivo del bebé así como el desarrollo de su “capital” genético-biológico-psicosocial, (lo constitucional del ser humano al nacer) y el desarrollo de sus competencias desde su vida intrauterina y su nacimiento, dependen de la interacción con su entorno.

Si se está de acuerdo, y cada vez hay más consenso sobre ello, en que el trastorno básico y específico del autismo es la dificultad para acceder a la ínter-subjetividad, es decir, para compartir la experiencia subjetiva con el otro, podemos deducir que el entorno cuidador que facilite y no obstaculice dicho acceso a la ínter-subjetividad, está haciendo, incluso sin saberlo, una labor de prevención primaria, es decir, está evitando que el niño desarrolle y se instale en él, un funcionamiento defensivo-autístico. Si lo esencial para la constitución del ser humano como sujeto es el acceso a la propia subjetividad y a la relación ínter-subjetiva con el

otro, es decir, la capacidad de compartir la experiencia vivida, y si ésta experiencia tiene que ver a su vez con las emociones, los pensamientos, (por este orden), y las intenciones o motivaciones, incluida la sensación de movimiento que acompaña la intencionalidad del sujeto al comunicarse con el otro, podemos deducir que todo lo que desde el entorno cuidador facilite el desarrollo de esta capacidad de íter-subjetividad en el niño, constituiría un factor potenciador de su salud mental y de su resiliencia.

Partimos de la premisa de que el afecto es el principal organizador de la vida relacional y de que el niño va integrándose afectivamente en la interacción a partir de que sus adultos significativos reconozcan y “lean” sus sentimientos y estados internos. Gracias a este proceso, el niño logrará establecer las raíces íter-subjetivas de la comunicación humana. Por eso a la hora de evaluar los factores de riesgo interactivo en lo que concierne al entorno cuidador familiar-bebé y en especial a las personas que desarrollan la función parental, tanto la función materna como la paterna, es importante considerar aquellas dificultades de comunicación emocional, cognitiva e intencional que en la interacción con el bebé, pueden dificultar la comunicación íter-subjetiva y obstaculizar el acceso a la íter-subjetividad del bebé. Tengamos en cuenta que en el primer año de vida se constituyen y desarrollan los cimientos, los fundamentos del ser y del sí mismo en la interacción con el otro, con su entorno cuidador que lo “alimenta”. Este sería el paso previo a la constitución posterior del yo, de la identidad y de la personalidad del sujeto.

La función parental

Las personas que ejercen la función parental y dentro de ella, la función materna y paterna, son esenciales para conseguir que el bebé sobreviva, madure biológicamente, y se desarrolle como persona. Cuando digo padres, madre y padre en este texto, me refiero a las funciones más que a las personas. De la misma forma, cuando digo niño, me refiero al genérico “niño”, que engloba también a la niña. Madre y padre son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen. La función es un concepto matemático que implica un lugar vacío. Cualquiera puede ocupar este lugar si es capaz de desarrollar aquello que caracteriza a la función. Se trata en este caso de las funciones básicas y necesarias para la supervivencia y desarrollo del niño pequeño, cosa que sin ellas sería imposible para él. Desde esta

perspectiva, pueden desarrollar la función parental o la materna y paterna, personas y profesionales, -también instituciones- que no sean los padres y las madres.

Función materna y función paterna

Las funciones materna y paterna son antagonistas y complementarias. Su interrelación da como resultado un vínculo de calidad. Me parece importante subrayar que estas dos funciones pueden ser ejercidas por la misma persona (madre soltera, familias monoparentales, etc.). La integración de la bisexualidad psíquica en el ser humano tanto por parte de la madre como del padre juega un importante papel en la crianza del hijo ya que tanto la madre como el padre, desde lo materno-femenino y paterno-masculino,- presentes en el mundo interno de ambos padres-, interiorizados por identificación y sin disociación excesiva, pueden desarrollar la función parental, la función materna y la función paterna, (Golse, B. 2000).

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

La función materna

La gestación biológica no garantiza el deseo de supervivencia indispensable para el recién nacido, razón por la cual la persona que ejerza la función materna tiene que ser portadora de este deseo para el niño.

Vamos a desarrollar brevemente la importante aportación de Winnicott para la comprensión de la función materna en la interacción con el bebé.

"No existe tal cosa llamada bebé" dice Winnicott: "El bebé existe siempre con alguien más; una mamá que lo corporaliza, lo construye, lo invita amorosamente a vivir, la que cumple la "función materna", que debe ser lo suficientemente buena para garantizar su salud física y psíquica", (Winnicott, W. D. 1945). Describir un bebé es describir un bebé de alguien y con

alguien. Un bebé no puede existir solo, es parte de un vínculo. Si bien Winnicott establece que el niño posee una tendencia innata al crecimiento y desarrollo, éste necesita de los cuidados maternos o de un ambiente facilitador para ello. A esta función materna Winnicott la llama "la madre suficientemente buena". Esta función de la persona que hace la función materna consiste en metabolizar las ansiedades y el malestar del bebé e ir entregándole cuotas de realidad en la medida que su funcionamiento psíquico lo pueda tolerar, (Winnicott, W. D. 2002). Para Winnicott, la función materna cumple con una doble finalidad. Por un lado, es el objeto de la pulsión del bebé y por otro, como "madre suficientemente buena (adecuada)", desarrolla también para su bebé el papel de "medio ambiente posibilitador" de la respuesta adecuada a las necesidades y demandas del bebé, así como del desarrollo adecuado y sano del mismo. En la travesía de la dependencia absoluta a la dependencia relativa, se establecen tres logros básicos para el bebé: La integración, la personalización y los comienzos de la relación con el otro como objeto-sujeto relacional. Estos logros no son consecutivos sino que son interdependientes y se superponen. Según Winnicott, para conseguirlo, la persona que ejerce la función materna desarrolla cuatro funciones básicas.

1) Sostén psico-afectivo (holding): Relacionado con la capacidad psico-emocional de identificarse de forma empática con su bebé. Se corresponde con la fase de dependencia absoluta del bebé hacia su entorno, (hasta los 5-6 meses) relacionándose con la necesidad de amparo que supone mantener al bebé a resguardo de sucesos impredecibles y en consecuencia traumáticos, que interrumpen la continuidad de la sensación de existir. La función de cuidado tiene que ver con cubrir sus necesidades fisiológicas como también responder adecuadamente a lo que siente y espera de ella su hijo, es decir estar en interacción empática con él. Es el sostén corporal y psíquico que le presta la madre a su bebé, -que va más allá del sostén corporal- que se continúa en la mirada, en la palabra, es decir, en la actitud empática de la madre hacia su bebé. En este momento evolutivo, el bebé no tiene medios para conocer el cuidado materno. Al comienzo, el feto y después el lactante, dependen totalmente del cuidado maternal. Hay una incapacidad del bebé para tomar conciencia de su dependencia. Los cuidados propios de esta etapa promueven la cohesión de lo sensorial y lo motriz, la integración, y le permite al bebé la ilusión de omnipotencia necesaria para la creación de las primeras representaciones (subjetivas) de los objeto-sujetos

relacionales. La integración del yo tiene su base en la continuidad de la línea de vida, adquiriendo el sentimiento de existir, -el "soy (existo) yo"-, de totalizarse, lo que supone la reunión de los componentes somáticos y psíquicos en "ser uno propio".

2) Manipulación, manejo del bebé, (handling): Contribuye al desarrollo psicossomático del bebé que le permitirá percibir lo "real" como contrario a lo "irreal" Se corresponde con la fase de dependencia relativa (desde los 5-6 meses) y se corresponde con la necesidad de personalización en el niño. Un aspecto importante de la integración es la personalización, que tiene que ver con la adquisición de un esquema corporal personal, en que la psique habita el soma. La base para que la psique habite el soma tiene relación con el eslabonamiento de la experiencia motora, sensorial y funcional, con el nuevo estado del bebé que consiste en ser una persona. A su vez, los límites del cuerpo, proporcionan la membrana limitadora entre lo que es yo y lo que es no yo. De este modo, el niño llega a tener un adentro y un afuera, un esquema corporal. Además, poco a poco se desarrolla como significativa una realidad psíquica interna y personal en el niño. Lo mismo que el logro de "soy (existo) yo", el llegar a habitar el cuerpo depende de una provisión ambiental lo bastante buena. Winnicott ligó la asistencia corporal del niño con la personalización. Es lo que denomina handling, manejo, manipulación, en sus escritos. El "handling" sería la particular manera que tiene la madre de moverlo, acogerlo en su regazo, depositarlo y trasladarlo en el espacio. Esto no es privativo de la edad del lactante, sino que transcurre en cada momento evolutivo desde los 45 días a los 3 años. Una asistencia corporal adaptativa supone que la persona que cuida al niño es capaz de conducir al bebé y al cuerpo del bebé como si los dos formaran una unidad. El logro de la personalización tiene sus manifestaciones en una buena coordinación y un tono muscular satisfactorio.

3) Presentación de objetos y presentación de si mismo como "objeto" cuidador justo en el momento esperado por el bebé, ni antes ni después: En el bebé, esta función promueve la capacidad de relacionarse con sujetos-objetos y de desearlos. De la presentación del objeto relacional se puede decir que abarca no sólo la iniciación de vínculos interpersonales, sino la introducción en el mundo, en una realidad compartida. Sería la presentación progresiva y a pequeñas dosis de la realidad que incluye todo aquello que está inscrito en la presentación del mundo: desde el plato de comida sólida y la cuchara, hasta las rutinas de lo que es diurno

y lo que es nocturno, de lo que es familia y lo que no lo es. "Es necesario que este mundo le sea presentado en pequeñas dosis". Toda vez que las necesidades del bebé son cubiertas según las va sintiendo gracias a la conducta adaptativa del cuidador principal, de la persona que ejerce la función materna, se establece una experiencia donde el bebé siente que lo que el otro le proporciona es exactamente lo que necesitaba y se convierte en base a la repetición, en una experiencia de "yo he creado esto". Así se establece la ilusión de omnipotencia donde fantasía y realidad confluyen. El niño deviene creador del mundo. Este mundo creado consiste en una realidad interna -formada por las representaciones mentales subjetivas de la realidad externa percibida- que es vivenciada por él como un mundo que él gobierna. La madre le procura de esta forma un breve periodo en que la omnipotencia es algo experimentado. El bebé crea justamente eso que se le ofrece para ser descubierto, y la función de la madre es sostener esto. Esta experiencia de omnipotencia le permite al bebé evitar la traumática percepción de la separación, cuando esta sucede antes de tener la capacidad de soportarla.

4) Presentación del tercero, introducción del espacio triangular y tridimensional en la relación a dos con la consiguiente integración de la función paterna, de lo diferente al tu y al yo, (Winnicott, W, D. 1965).

Vamos ahora a señalar de forma condensada algunas de las características de la función materna: La persona que ejerce la función materna le presta al bebé su continente corporal y psíquico y mediante la función de elaboración y ensoñación basada en la identificación empática, traduce e interpreta lo que le pasa al bebé para responder adecuadamente a sus necesidades materiales y corporales pero también, y sobre todo, psico-emocionales. Mediante sus respuestas adaptadas a las necesidades de su hijo, respuestas no solamente técnicas sino también psico-emocionales, la persona que ejerce la función materna le devuelve al bebé un material previamente elaborado, filtrado de las ansiedades, malestar, dolor, sufrimiento y temores que por identificación proyectiva había "depositado" el bebé en ella. El bebé puede de esta forma construir progresivamente su propio continente psicosomático y llenarlo de un contenido emocional asimilable como paso previo al contenido del pensamiento, (Larbán, J, 2008).

La función paterna

Como función, se distingue de la paternidad biológica porque tiene un valor simbólico; representa la ley porque funciona como un operador psíquico de separación de la díada madre-hijo, regulando la omnipotencia materna (traducida en la disponibilidad absoluta para comprender y satisfacer las necesidades del bebé, imprescindible al principio de la vida). Además, crea un lugar externo y le proporciona un orden a la interacción madre-bebé.

La persona que ejerce la función paterna cumple también la función materna si es necesario. Interviene para sostener y apoyar la creación de la célula o núcleo narcisista madre-bebé. También está presente para regularla y ponerle límites. Introduce la tríada, el concepto de ley y sus normas de aplicación. Favorece y sostiene la simbiosis, la relación de/en esa célula simbiótica madre-bebé. También le corresponde limitar y “cortar” dicha célula simbiótica. Filtra las influencias e intrusiones de familiares y amigos para que no interfieran en la autorregulación del flujo de estímulos y en la regulación de la interacción madre-bebé. A través del deseo y la sexualidad, el padre ayuda a la madre a recuperar su espacio de persona diferenciada del bebé y también, su espacio de mujer. La persona que ejerce la función paterna juega también un importante papel en el desarrollo del hijo, tanto por su presencia/ausencia directa, como indirecta, a través del espacio creado para ella tanto en lo real como en lo psíquico, consciente e inconsciente, por la persona que ejerce la función materna. De la capacidad empática de quien ejerce la función paterna, comprendiendo, apoyando, sosteniendo y también poniendo límites, a/en la relación madre-bebé, depende también que dicha empatía circule e interactúe en la relación triangular formada por padre, madre e hijo, y en la interacción padres-hijo, en beneficio del desarrollo sano de éste último. La disponibilidad y receptividad de la persona que ejerce la función paterna para sustituir y desarrollar la función materna cuando ésta lo necesita o se encuentra con dificultades en la relación de cuidados con el hijo, aumenta considerablemente la resiliencia del niño, y en caso de inicio y desarrollo de un funcionamiento autista, mejora también su pronóstico evolutivo, (Larbán, J. 2008).

La interacción del padre desde el lugar del tercero con su hijo, permite el paso de la díada a la tríada y de ahí, el paso hacia lo grupal y social. Se crea de esta forma un continente tridimensional donde las representaciones internas de los objetos tienen cabida. La ausencia

de la presencia paterna en la mente de la madre y la no presencia real del padre en la interacción con el bebé deja sin perspectiva, sin tri-dimensionalidad, el espacio de la interacción dual madre-bebé. Contribuye también junto con la madre, en la creación de la cuarta dimensión del espacio-tiempo en el que vive su experiencia y construye su mundo interno el bebé; dimensión caracterizada por la percepción del tiempo de forma lineal y no circular, con un antes y un después, lo que permite la salida del círculo vicioso de la compulsión a la repetición y convierte la interacción en una espiral evolutiva y no en una experiencia de sentirse y verse atrapado en un círculo interactivo repetitivo,

COMPETENCIAS PRECOCES DEL BEBÉ Y ENTORNO CUIDADOR FACILITADOR

Estas tres últimas décadas han supuesto un cambio importante en la forma de ver y observar al bebé en la interacción con su entorno. Largo tiempo considerado como un ser pasivo, el lactante aparece, al contrario, dotado de pronto de competencias precoces notablemente interactivas, haciendo de él un ser de orientación social inmediata. Las competencias del bebé y las del adulto armonizan de manera estrecha a fin de permitir y organizar los diferentes niveles de interacción. Es importante, subrayar que el conjunto de competencias que tiene el bebé no aparece espontáneamente en el seno de su sistema interactivo. En efecto, el término mismo de “competencia” incluye la noción de virtualidad, de potencialidad, y su actualización, constituye su expresión. De este modo, la expresión de estas competencias no es automática y depende de numerosas variables tales como las condiciones de presentación del estímulo y el estado de vigilancia del bebé.

La capacidad de atención del bebé es esencial para el desarrollo del conjunto de sus competencias interactivas. En el campo de las competencias precoces del bebé, Stern nos muestra que el bebé funciona como un organismo individualizado desde el nacimiento y disponiendo de tres sistemas inmediatamente operacionales, a saber, la percepción, la memoria y la actividad de representación. El bebé, muy tempranamente, -si todo va bien en su desarrollo- es capaz de captar el estilo interactivo de su cuidador de referencia –diferenciándolo del de otras personas de su entorno- y ajustarse a ese estilo interactivo.

LAS INTERACCIONES TEMPRANAS ENTORNO CUIDADOR-BEBÉ

La interacción evolutiva padres-bebé es en espiral. La interacción circular, repetitiva y no creativa es cronificante y cronificadora. En la interacción madre-padres-bebé o 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 (interacción 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. La interacción entorno cuidador-bebé, es por necesidades evolutivas del bebé, asimétrica y recíproca, ajustándose y equilibrándose, armónica y progresivamente en la medida en que avanza el proceso de maduración y desarrollo del niño junto con el de la interacción con la madre-padres y entorno cuidador.

“Sabemos ahora que el bebé está activamente abierto al mundo, y en particular a los padres, que está influenciado por ellos pero que él, a su vez, ejerce una influencia sobre el comportamiento, los sentimientos, y las percepciones de los padres en un encadenamiento complejo siempre en “vía de desarrollo”. Este proceso que se desarrolla generalmente sin problemas, de una manera intuitiva y espontánea, es sin embargo un mecanismo bastante frágil y delicado, donde los trastornos pueden surgir; y el hecho de conocer mejor estos trastornos permite acciones preventivas y terapéuticas más eficaces” (Manzano, J.; et al.2002).

Vamos ahora a transcribir un texto entrecomillado de Alberto Lasa sobre los orígenes y fundamentos de la constitución del psiquismo temprano en el ser humano; texto que es esclarecedor tanto en lo que concierne a la comprensión de la importancia que tienen las interacciones precoces entorno cuidador-bebé y las proyecciones mutuas en dicha constitución, como en lo referente a las resistencias que se han desarrollado y se desarrollan para aceptar tan evidente realidad, tanto en el entorno familiar como en el profesional y social del bebé. “Sin embargo, aún hoy, existen no pocas resistencias a aceptar que estos intercambios precoces, proyecciones mutuas, son esenciales no solo para constituir el psiquismo precoz, sino también para jugar un papel condicionante y a veces determinante de

la organización psíquica posterior. Creo que esta resistencia tiene que ver con la dificultad de admitir que tanto; la esencia del psiquismo, el destino psíquico de una persona, o simplemente su supervivencia, dependa de algo tan azaroso y tan indeterminado como una relación humana, que además es particularmente frágil y sensible a múltiples acontecimientos vitales” (Lasa, A. 1993).

LA INTERACCIÓN FANTASMÁTICA

La interacción fantasmática, (fantasía inconsciente), se establece a partir de la interacción real. A lo que los padres viven y ven en la relación con su hijo, éstos le dan un sentido, le atribuyen una significación y reconstruyen con ello una representación interna (fantasía inconsciente) de lo que para ellos es, significa y representa su hijo y la relación con él. El escenario real y actual se mezcla con el fantasmático hecho de deseos, miedos, expectativas, ilusiones, ideales, etc. proyectados por la madre-padres y/o entorno cuidador desde el interior al exterior y desde el pasado al presente, en la interacción y sobre la relación real que establece la madre-padres con el hijo (Manzano, J.; Palacio-Espasa, F.; Zilkha, N. 1999).

Esta fantasía inconsciente primaria de los padres que se manifiesta en los primeros momentos de contacto con su bebé e incluso durante el embarazo, predispone a los padres hacia el establecimiento de una determinada relación o estilo de relación con su hijo, y juega a veces, si no cambia dicha fantasía inconsciente en función de la percepción progresiva que van teniendo de su hijo real, un papel determinante en el futuro de la interacción padres-bebé. Dicha fantasía tiene que ver con el deseo inconsciente de los padres y de la familia de ambos, de incluir al recién nacido y su relación con él, en las mallas interactivas de la filiación y de la transmisión generacional. Tiene además la función de reforzar su vínculo naciente con el bebé. Transforma lo desconocido para ellos en conocido y familiar, permitiéndoles tolerar mejor la angustia del extraño y también, la angustia de lo informe en el sentido de Winnicott. Dicha fantasía inconsciente se pone de relieve cuando se les pregunta a los padres qué pensaron o sintieron, en quién pensaron, a quién se le parecía su hijo y en qué, en el momento en que lo vieron por primera vez o cuando lo tuvieron por primera vez en sus brazos. La relación inconsciente que establecen los padres con lo que representa y a quién representa el bebé para ellos en función de esta fantasía inconsciente primaria, puede

de esta forma determinar en algunos casos y de forma duradera, la modalidad o estilo de la interacción que se establece entre ambos y con su bebé. En algunos casos de pérdidas y duelos, vividos y no elaborados por la madre, ésta puede intentar, negando inconscientemente la pérdida padecida, perpetuar la relación con lo perdido a través de su hijo, y en la interacción con él.

Viñeta clínica:

Raquel es una niña de 4 años que presenta un cuadro clínico de autismo severo, sin lenguaje verbal, con importantes dificultades de comunicación no verbal y abriéndose de forma muy limitada, transitoria y fugaz a la interacción con el otro. No se puede separar de su carrito que lleva siempre consigo como si de una prolongación de su cuerpo y del de su madre se tratase. En su interior, contenida y sujeta por el cinturón que porta el carrito, es como puede calmarse o dormirse. La exploración de la fantasía inconsciente primaria en el momento de elaborar la historia clínica con los padres nos aporta los siguientes y significativos datos. En el momento de preguntarles sobre lo que sintieron y pensaron durante el embarazo de su hija, en el momento de nacer o de tenerla en brazos por primera vez, la madre responde diciéndonos de forma muy expresiva y contenta (en el resto de la entrevista se muestra más bien con la expresión de alguien deprimido, o amargado) lo feliz que había sido durante todo el embarazo y lo mal que lo pasó en el parto aunque desde el punto de vista médico no hubiese presentado complicaciones mayores ni traumatismos perinatales. No puede recordar ni hablar de lo que vivió al verla por primera vez separada de ella. El padre nos dice lo feliz que estaba por tener una hija a la que esperaba con mucha ilusión y de la que esperaba mucho. Añaden los dos que los problemas que tienen con su hija les han hecho estar más unidos y quererse más. Continuando con la exploración clínica en la primera entrevista, la madre nos cuenta que durante tres años, hasta el año pasado en que su hija se “enganchó” al carrito, su hija dormía con ellos en la misma cama y sobre su pecho, sin ninguna ropa que las separase de ese contacto tan estrecho entre ellos y sobre todo, entre madre e hija. En el espacio de supervisión se vio como para esta madre, en su fantasía inconsciente, su hija todavía no había nacido, manteniendo con ella una relación de no separación-diferenciación. El carrito del que la niña no puede separarse no forma parte del espacio transicional sino que es una prolongación de la madre en un mundo bidimensional donde no hay tercero ni

perspectiva. El padre se mostraba también con una actitud fuertemente disociada y negadora del grave problema que tenían en la familia y actuaba como si su hija tuviese una gripe que se curaría en uno días. La fantasía de que su hija con problemas era como el “cemento” que les permitía estar más unidos y quererse más, cerraba el círculo si salida de una interacción gravemente cronificante y cronificada, muy difícil de cambiar.

Este maravilloso texto entrecomillado que exponemos a continuación, -que parece extraído de un cuento de hadas-, nos muestra de una manera apasionante lo que ocurre con algunos de los fantasmas (fantasías inconcientes) de los padres en la interacción con sus hijos, así como su efecto sobre ellos.

“Hay fantasmas en todas las habitaciones de niños. Son visitantes que surgen del pasado olvidado de los padres; ellos no han sido invitados al bautizo. En circunstancias favorables, estos espíritus hostiles e inoportunos son expulsados de la habitación de los niños y vuelven a su hábitat subterráneo. El bebé reivindica imperiosamente el amor de sus padres y como ocurre en los cuentos de hadas, el vínculo de amor preteje al niño y los padres contra la intrusión de fantasmas malévolos. Esto no quiere decir que los fantasmas no puedan causar daños desde su sepultura. Incluso en las familias en las que los lazos de amor son intensos y durables, puede ocurrir que los intrusos surjan del pasado de los padres para franquear el círculo mágico en un momento de menos vigilancia; los padres y el niño se encuentran entonces a punto de “jugar”, representar, una escena de otra época donde figuran otros personajes. Estos acontecimientos pasan desapercibidos en la escena familiar y ni el niño ni los padres ni su vínculo se encuentra necesariamente amenazado por esta breve intrusión. En un caso así, los padres no piden ayuda. En otras familias sin embargo, la habitación de los niños es el lugar de acontecimientos más penosos causados por intrusos surgidos del pasado. Parece que existen fantasmas que se instalan en la habitación de los niños y hacen ciertas elecciones. Crean problemas según un orden del día antiguo o actual y se especializan en ámbitos como la alimentación, el sueño, el aprendizaje del control de esfínteres o la disciplina, en función de los puntos sensibles de la historia de los padres. En estas circunstancias, incluso si el vínculo entre los padres y el hijo es sólido, estos pueden sentirse desamparados frente a los invasores y buscan entonces la ayuda de un profesional. La experiencia nos ha enseñado que estos padres establecen con nosotros los profesionales

una alianza lo suficientemente sólida como para expulsar los intrusos de la habitación de los niños. No es difícil encontrar los medios educativos y terapéuticos necesarios para tratar con estos invasores ocasionales. ¿Pero como explicar lo que pasa en otro grupo de familias que parecen poseídas por sus fantasmas? Los invasores surgidos del pasado han elegido domicilio en la habitación de los niños, reivindicando una tradición y unos derechos de propiedad. Han asistido al bautizo de dos generaciones e incluso más. Y eso, sin que se les haya invitado. Los fantasmas se han instalado y dirigen la repetición de la tragedia familiar a partir de un texto hecho pedazos” (Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. 1983).

INTERACCIÓN EMOCIONAL E INTERSUBJETIVIDAD PRIMARIA

Los primitivos mecanismos de aprendizaje subyacentes, son en el primer semestre, los de detección de relaciones de contingencia. La madre, través de una identificación empática (parcial y transitoria) con el estado emocional de su bebé, produce un reflejo externo del mismo, contingente (dependiente, relacionado) con su estado emocional.

A diferencia del reflejo proveniente de un espejo, el reflejo parental no es perfectamente contingente con los rasgos visuales o con la conducta del bebé. El adulto imprime, marca, al reflejar el estado afectivo del bebé, un elemento que no estaba en el estado afectivo de éste. Debido al “marcaje”, el bebé no atribuye al adulto la emoción percibida (“desacoplamiento referencial”). El reflejo parental así modificado es modulador del afecto en el bebé, quien utiliza esta información para categorizar estímulos como pertenecientes o no, al si-mismo. A través de una relación especular sana, el bebé percibe que la representación de la expresión emocional que observa en el otro, le pertenece a su cuidador y a su vez se corresponde con su propio estado afectivo. Este sistema produciría una internalización de la función reguladora del afecto de la madre, (Bernardi, R.; Goldstein, S. 2007).

MEMORIA TEMPRANA

El bebé establecerá una representación separada de la expresión emocional marcada del adulto, la cual quedará asociada al estado emocional primario, implícito y ligado a la memoria procesal o implícita del bebé. Este tipo de memoria que se desarrolla precozmente en el bebé, forma parte de la memoria a largo plazo, implícita, no verbalizable e inconsciente, constituyendo una clase de memoria motriz refleja. Desde los primeros días de vida, el bebé posee una memoria motriz que le confiere posibilidades de ejecución diferida de varias horas.

Es una memoria precoz que está fuertemente contextualizada ya que el contexto en el que se ha desarrollado el aprendizaje del acto motor es esencial tanto para su engramación como para su réplica.

Existe también precozmente una memoria de reconocimiento, participando en el tratamiento de la información que se integra primero en una memoria procesal, de proceso. Secundariamente, la memoria de reconocimiento, por desactivación, categorización y jerarquización, es integrada en una memoria episódica y semántica posterior. Estos dos últimos tipos de memoria forman parte de la memoria a largo plazo, explícita, declarativa. La memoria episódica almacena las informaciones tal y como son percibidas y en su contexto; es la memoria de la historia individual de cada uno en la cual son repertoriados todos los sucesos vividos. La memoria semántica almacena las relaciones entre las palabras, entre las ideas, y es la memoria de todos los aprendizajes, (Bydlowski, S.; Graindorge, C. 2007).

Por lo tanto, para el bebé, relacionarse significa tanto asemejarse en una fusión empática, como diferenciarse y reconocer lo contingente en la interacción con el otro.

INTERSUBJETIVIDAD SECUNDARIA Y LENGUAJE.

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

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

Cuando decíamos que el acceso a la ínter-subjetividad secundaria, (relación triádica), tiene consecuencias significativas sobre cómo los adultos se comportan con el niño y sobre cómo le hablan al niño, queríamos expresar el cambio que supone la forma diferente de hablarle al interactuar con él. El lenguaje verbal del adulto es muy diferente cuando se dirige a un lactante que no habla y se encuentra todavía dentro del proceso de ínter-subjetividad primaria, (relación diádica).

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

La utilización durante el primer semestre del llamado “lenguaje-bebé” por parte del adulto en la interacción con el lactante que no habla, dadas las características descritas anteriormente permiten al niño comprender de forma progresiva que lo que le está comunicando el adulto cuidador hablándole de esa forma exagerada, pausada, sencilla, recortada y con entonación musical, no solamente tiene que ver con él, sino también con el otro que no es él.

Para comunicarse con el otro, el niño, primero señala con el dedo lo que es objeto de su atención y deseo, (ínter subjetividad primaria) después designa el objeto al mismo tiempo que lo señala, (ínter subjetividad secundaria), y luego, al fin, nombra lo que no puede mostrar pero que él imagina; (acceso al simbolismo, al mundo psíquico de los objetos internos que se nutre de las representaciones de los objetos externos), después, y a la vez que se va consolidando lo anterior, el niño, habla la lengua maternal que es la de la intimidad familiar,

primero la de la relación diádica y luego la de la relación triádica, para conseguir después hablar la lengua materna que ya es una lengua social y universal, que se consolida con la incorporación del niño a la escuela pre-maternal y maternal, (incorporación, integración y consolidación del tercer elemento de la triangulación relacional).

PROYECCIONES E IDENTIFICACIONES

El fruto de las proyecciones maternas y paternas, así como de la interacción precoz real y fantasmática con la que el bebé va identificándose en mayor o menor medida, es la creación y constitución del mundo interno del hijo-bebé que se va convirtiendo en sujeto. Esto es posible cuando el proceso evolutivo se desarrolla con cierta normalidad y relativa facilidad. No hay que olvidar que las proyecciones en la interacción madre-bebé son mutuas, es decir, incluyen también en la interacción las que el bebé proyecta sobre su madre.

En cuanto el bebé logra acceder a la ínter-subjetividad, es decir a partir del momento en que el bebé puede empezar a comunicarse de forma intencional y desde su propia subjetividad aunque sea naciente, (desde la aparición de la *sonrisa intencional o social* que puede darse desde las 4-6 semanas de vida del bebé), con la subjetividad del otro, en este caso de la madre, ya es capaz de interactuar y comunicarse con ella a través del mecanismo inconsciente que son las identificaciones proyectivas, (hacer sentir al otro, por proyección, lo que yo siento sin saberlo, para hacerle saber lo que siento, sin podérselo comunicar de otra forma). Como vemos, la identificación proyectiva es una fuente primitiva de intercambio y comunicación inconsciente que puede ser precursora de la comunicación empática.

Cuando la interacción se convierte en anticipación creadora de recursos, funciones y competencias del bebé y también de la persona que hace la función de madre, vemos expandirse el extraordinario potencial de maduración y desarrollo que tiene el ser humano. Ejemplo: Cuando la madre, el padre y/o el entorno cuidador anticipan por identificación empática y de forma realista, las primeras palabras o los primeros pasos del niño, como por arte de magia, poco tiempo después, lo deseado y anticipado, lo proyectado, es recogido y actuado por el niño, (identificación-interiorización) y el "*milagro*" de conseguir lo deseado se hace realidad; ¡el niño habla!, ¡el niño, anda!

Sin embargo, las proyecciones que suponen un factor de riesgo para el desarrollo sano del bebé en su interacción con el entorno serían aquellas que suponen para los padres una

cuestión de supervivencia y de equilibrio psíquicos. Son por tanto proyecciones narcisistas inconscientes de tipo imperativo, masivo, invasivo, y deformante de la realidad de lo que es realmente el hijo; son también, proyecciones constriñentes y anexantes para el hijo que no puede sustraerse a ellas. Colocan al niño que intenta protegerse de ellas en situación de alto y grave riesgo de evolución hacia trastornos narcisistas y de personalidad o de un funcionamiento autista ya que entre otras cosas le impiden verse y reconocerse a través del otro como sujeto separado de él. En lo que Manzano y Palacio llaman conflictos de la parentalidad narcisista-disociados las identificaciones proyectivas que los padres hacen de sus hijos están cercanas a la patología ya que tienen tendencia a ser rígidas, duraderas, unidireccionales, "evacuadoras de lo negado en ellos y proyectado en el niño" y "deformantes de la imagen del niño" (Palacio-Espasa, F. 2007).

Cramer y Palacio, (Cramer, B,; Palacio-Espasa, F. 1993; Palacio-Espasa, F. 2005) en Ginebra, han profundizado en la cuestión de las proyecciones parentales sobre el hijo, trabajando con el concepto de "materialización" que permite mostrar que el bebé puede encarnar en su cuerpo o en su comportamiento toda una serie de conflictos psíquicos de la madre. Por eso es importante en las psicoterapias conjuntas madre-bebé-psicoterapeuta o padres-bebé-psicoterapeuta, localizar en la interacción madre-hijo, lo que llaman "secuencias interactivas sintomáticas" (SIS), durante las cuales, el comportamiento del bebé pone en escena, dramatiza, los temas fantasmáticos expresados de forma más o menos latente por el discurso materno. Dicho de otro modo, estos (SIS), traducen una correspondencia entre un tema materno y un síntoma del bebé, sirviendo así de foco para la intervención psicoterapéutica.

Viñeta clínica: Cramer nos relata la situación clínica siguiente que ilustra lo dicho anteriormente.

"Se trata de un bebé de tres meses que es traído a la consulta por una madre muy inquieta a causa de las regurgitaciones que presenta su hijo. Me doy cuenta rápidamente de que una angustia de muerte importante planea sobre esta relación madre-hijo y dejando hablar a la madre y escuchándola, me doy cuenta de que se trata de una muerte real. Me explica que durante el final del embarazo fue a visitar a su hermano que estaba a punto de morir de un cáncer intestinal. Cuenta que un olor pestilente inundaba su habitación, que su hermano

tenía un rostro demacrado, que padecía fuertes dolores y que en un momento dado de su visita, éste había tenido una regurgitación muy penosa de ver. De forma sorprendente, su hijo, su bebé de tres meses, que estaba sobre las rodillas de su madre se pone a regurgitar en el mismo momento en que la madre evoca ese mismo síntoma en su hermano. Esta coincidencia es aprovechada por el psicoterapeuta para relacionar el síntoma de su hijo con el de su hermano muerto. La madre, muy emocionada, se pone a llorar y hablar de ese duelo por la pérdida de su hermano que ella no había podido hacer hasta entonces. No había podido ir al entierro, ni junto a la tumba de su hermano, y no había podido llorarle hasta ese momento de la consulta. El resto de la entrevista transcurre como una sesión de elaboración de un proceso de duelo clásico, evocando la relación con su hermano en sus diferentes aspectos. Desde entonces, el síntoma del hijo ha pasado a segundo plano y ya no ha sido para ella una fuente de angustia". Además de lo comentado anteriormente, este relato nos muestra la importancia del efecto traumático "a posteriori" de un acontecimiento vital vivido por la madre al final del embarazo de su hijo y la repercusión que tiene posteriormente tanto sobre la interacción madre-hijo como en los síntomas de su hijo.

TRANSMISIÓN PSÍQUICA INCONSCIENTE: TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL Y TRANSGENERACIONAL

Con respecto a la transmisión psíquica, precisaremos que se trata de un término utilizado en psicoanálisis para designar tanto los procesos, como las vías y los mecanismos mentales, capaces de operar transferencias de organizaciones y contenidos psíquicos entre distintos sujetos, y particularmente, de una generación a otra, o a través de generaciones, así como los efectos de dichas transferencias, (Segoviano M. 2008).

En cuanto a la transmisión de los contenidos psíquicos inconscientes entre, y a través de las generaciones, ésta se realiza mediante los mecanismos de identificación. Dichos mecanismos son los que aseguran la transmisión inconsciente de generación en generación, y se apoyan sobre las capacidades de identificación del niño, las cuales no son asimilables a la mera imitación consciente.

Según la naturaleza de la identificación en cuestión, conviene distinguir la Transmisión Inter-generacional y la Transmisión Trans-generacional.

Hablamos de *Transmisión Inter-generacional* cuando la transmisión de contenidos psíquicos inconscientes de una generación a otra constituye el soporte de un narcisismo sano, base afectiva de la personalidad, necesario para la construcción de una identidad estable y de un funcionamiento mental desarrollado y armónico. Se trata de identificaciones interiorizadas que tienen como base la identificación empática, es decir, la incorporación e interiorización del otro, de lo otro, -basada en la comunicación empática-, de contenidos psíquicos inconscientes. La transmisión intergeneracional de contenidos psíquicos inconscientes es bidireccional e interactiva ya que se da entre los ascendentes y los descendientes vivos. Por otra parte, hablamos de *Transmisión Trans-generacional* cuando la transmisión a través de las generaciones de contenidos psíquicos inconscientes está en el origen de brechas narcisistas, de cuerpos extraños intra-psíquicos, incorporados pero no interiorizados, y de círculos viciosos psicopatológicos. En dicha transmisión predominan la identificación al agresor, y la identificación proyectiva, (Abraham, N.; Torok, M. 2005). La transmisión trans-generacional de contenidos psíquicos inconscientes no es interactiva ya que es unidireccional, y se da desde los ascendentes muertos a los descendientes vivos; actúa como si fuese un “legado” no elaborable ni integrable que se van transmitiendo inconscientemente los miembros de una familia, de una generación a otra, a través de las generaciones, y mediante “saltos” generacionales.

La interacción padres-bebé es evolutiva cuando predominan las identificaciones empáticas sobre la identificación al agresor y la identificación proyectiva (mecanismo mediante el cual el sujeto atribuye al objeto-sujeto relacional un aspecto de sí-mismo y los afectos consiguientes). El trauma psíquico resulta en estos casos de transmisión psíquica inconsciente de contenido traumático y traumatógeno, -en los estudios de Abraham y Torok-, mucho más narcisista que sexual, y la psicología o la psicopatología del otro, del objeto-sujeto relacional, entra de pleno derecho a formar parte de la realidad con la que el sujeto trata la parte más significativa de esa realidad: la realidad psíquica de los otros. Se trataría sobre todo de contenido psíquico inconsciente -imposible de transmitir conscientemente ya que no se puede elaborar ni integrar en el yo del sujeto que lo ha vivido-, como podría ser un secreto inconfesable, (crimen, incesto, violencia, abusos y agresiones sexuales o de otro tipo, maltrato físico y psicológico...), con graves efectos traumáticos para quien lo ha vivido, o

también, más frecuentemente, una pérdida de algo o alguien muy importante y significativo que no puede ser confesada como tal, por ser vivida como una afrenta narcisista imposible de elaborar.

René Kaës distinguió dos modalidades de la transmisión: por una parte, aquella en la que hay una transformación de lo transmitido, y por lo tanto el sujeto receptor encuentra a la vez que crea lo que recibe en un terreno que es transicional, (Winnicott, W. D. 2002) . El espacio transicional es un espacio entre uno y otro que une a la vez que separa, permitiendo al bebé un tiempo de espera libre de conflicto, (paradoja que tiene que ser respetada por el cuidador) mientras va desarrollando la capacidad de separarse y diferenciarse del otro de forma no traumática y tolerando de forma progresiva la frustración de la separación y el sufrimiento de la pérdida; espacio en el que el niño progresivamente va discriminando y diferenciando el yo del no-yo y luego el yo del otro así como su mundo interno del externo, al mismo tiempo que va ganando en espacio personal y en autonomía. Este espacio transicional entre yo y no-yo, entre madre y no-madre y los distintos fenómenos y objetos que animados por las proyecciones del niño lo habitan, contribuyen favorablemente a facilitar el proceso de separación – diferenciación – individuación – autonomía del niño. Por otra parte, estaría aquella transmisión donde lo transmitido no es objeto de transformación y la transmisión resulta entonces traumática. Es siguiendo esta última modalidad que se producen las patologías de la transmisión, (Kaës, R. 1993). En el primer caso, se efectúa una transmisión inter-generacional, entre generaciones, de elementos psíquicos asimilables y elaborables, útiles e incluso indispensables para el desarrollo psíquico. En el segundo caso, se efectúa una transmisión trans-generacional, es decir, a través de generaciones, de elementos y contenidos psíquicos inconscientes no elaborables, (lo indecible, las fantasías inconscientes encriptadas y encapsuladas que actúan como cuerpo extraño, etc.) que constituyen enclaves intra-psíquicos susceptibles de convertirse en fuente de sufrimiento, de perturbaciones, de bloqueos evolutivos y de repeticiones, mientras no sean objeto de una elaboración-integración, tras la correspondiente toma de conciencia, (Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F. 1998).

La experiencia clínica que aporta el trabajo con las familias teniendo en cuenta al menos tres generaciones, muestra hasta qué punto estos legados a través de las generaciones pueden

estar en la base no solamente de la trasmisión psíquica inconsciente de una psicopatología no abordable que se agrava y cronifica de generación en generación, sino que además, influye en algunos casos en la extinción de la propia familia, tanto por decisión personal consciente como por la presencia de una sintomatología como la infertilidad, de origen psíquico.

La mayoría de autores utiliza indistintamente lo intergeneracional y lo transgeneracional para referirse a la transmisión de contenido psíquico consciente e inconsciente entre varias generaciones familiares. En la realidad clínica, la frontera entre los dos tipos de transmisión no es tan clara ni precisa. En efecto, vivencias psíquicas trasmitidas positivamente, ya transformadas, de elaboraciones precedentes, pueden no ser adecuadamente interiorizadas, no volverse parte de la identidad de la persona, o incluso ser elementos que impiden o hacen difícil el desarrollo psíquico de quien recibe dicha transmisión.

VIVENCIAS TRAUMÁTICAS PERINATALES Y SU TRANSMISIÓN INCONSCIENTE

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador. A su vez, la madre, en este periodo de su maternidad se suele hallar en una situación de gran sensibilidad y con una necesidad regresiva importante de dependencia y cuidados del entorno. Algunos autores consideran el embarazo como un periodo crítico o de alta sensibilidad psicológica. Bydlowski lo conceptualiza como un estado de relativa *transparencia psíquica*, en el que los sentimientos, conflictos, temores y recuerdos del pasado, emergen más fácilmente del inconsciente materno para facilitar en ella la doble identificación necesaria para los cuidados del bebé, por un lado, la identificación a su propia madre como cuidadora y por otro, a ella misma en tanto que bebé cuidado por su madre, (Bydlowski M. 1991, 1997, 2000). Un estado similar vive el padre pero sin llegar a reconocerlo en muchos casos.

En la peri-natalidad, hay situaciones que pueden ser vividas por la madre como traumáticas, con su correspondiente efecto traumatógeno para ella y su bebé.

Acontecimientos traumáticos perinatales.

Hay situaciones perinatales que son vividas con un fuerte impacto traumático (trauma, daño, herida, golpe) por la madre, dada la especial sensibilidad y sensación de vulnerabilidad con que vive el embarazo, así como los momentos que preceden, acompañan y siguen al parto,

periodo evolutivo que llamamos peri-natalidad. Estas vivencias traumáticas para la madre, en muchos casos no pueden ser elaboradas, ni asimiladas, ni contenidas, ni integradas por ella sola. De forma inconsciente y no intencional, pueden ser transmitidas a su bebé a través de la interacción con él, teniendo como consecuencia un posible efecto traumatógeno para su hijo.

Trauma psíquico precoz

Masud Khan, (Khan, M. 1980) discípulo destacado de Winnicott, ha desarrollado la importancia que tiene el micro-traumatismo y traumatismo repetitivo y acumulativo durante el temprano desarrollo del psiquismo del bebé en la interacción con su entorno cuidador. Son pequeños traumatismos repetitivos y acumulativos que implican una alteración y herida narcisista que permanece abierta en el bebé, al producirse en los momentos iniciales de la constitución del yo y dejan a su "sí mismo", en situación de suma fragilidad, insuficientemente investido e inerte ante posteriores vivencias que se convertirán en traumáticas al incidir sobre un aparato psíquico incapaz de elaborarlas.

Los continuados, repetidos y duraderos desajustes no reparados, (herida narcisista no cicatrizada en la madre y en el hijo) producidos en la relación y comunicación empática madre-bebé, con la consiguiente cascada de desencuentros interactivos frustrantes y dolorosos para ambos, producirían en el bebé un efecto traumático y traumatógeno acumulativo con ruptura del sentimiento de continuidad de la propia existencia (Winnicott) que se expresaría posteriormente en el niño con funcionamiento autista a través de angustias primitivas tales como la sensación de anihilación, de disolución-desaparición, y de no existir.

A su vez, estas angustias catastróficas movilizan la necesidad en el niño de protegerse de ellas con mecanismos defensivos de naturaleza autística. Los déficits cognitivos, así como emocionales y sobre todo de la capacidad de interacción social (empáticos) que el funcionamiento defensivo produce como secuelas en el bebé, en un momento evolutivo esencial y crítico para el desarrollo de la integración de la sensorialidad, de la intersubjetividad, de la simbolización y de las bases de la comunicación, del lenguaje pre-verbal y verbal en el niño, refuerzan en él la necesidad de protegerse de dichas dificultades con defensas de tipo autístico. El niño se encuentra cada vez más atrapado y encerrado en un

laberinto sin salida. Al mismo tiempo, es cada vez más difícil para el adulto cuidador penetrar dichas defensas para comunicarse con el niño.

Cuando esta situación evoluciona sin el tratamiento adecuado, que en este caso sería proporcionar la ayuda y el apoyo emocional y psicológico que la madre necesita para procesar e integrar la experiencia traumática vivida, se crea entonces un espacio-tiempo de desencuentros interactivos iniciales más o menos durables entre la madre y su bebé. Se va generando progresivamente un sufrimiento intenso vivido por la madre, un dolor psíquico imposible de ser elaborado, contenido, asimilado e integrado, que puede ser transmitido sin quererlo a su hijo y éste absorberlo, “mamarlo”, con el consiguiente efecto traumatógeno que esto tiene para él.

Hay que tener en cuenta que con sus mecanismos de defensa autísticos, el hijo, no evita o rechaza a la madre sino el sufrimiento que vive en la interacción con ella. Esta forma de ver la situación descrita es muy importante ya que frecuentemente, la madre, ya de por sí afectada e incluso a veces herida por las vivencias traumáticas sufridas, interpreta la evitación y rechazo de la comunicación por parte de su hijo, como un rechazo hacia ella. Esta forma de interpretar lo que pasa entre ella y su hijo, aumenta su herida narcisista y genera un precoz, profundo y doloroso malentendido que cada vez se hace mayor, así como frecuentes y temidos desencuentros frustrantes y repetitivos entre la madre y su bebé. La ayuda y apoyo prestados a la madre, facilitándole una visión diferente de la interpretación que ella ha hecho del rechazo de la comunicación e interacción por parte de su hijo, facilita la salida de semejante círculo vicioso interactivo, (Palau, P. 2009, a, b).

Transmisión de contenido psíquico inconsciente.

Freud, hacia el final de su vida, (Freud, S, 1939), señala que “el legado arcaico heredado por el hombre no engloba solamente las disposiciones sino también los contenidos, huellas mnésicas relacionadas con las vivencias de generaciones anteriores. Por ello, la amplitud, así como el alcance de la herencia arcaica se encontrarían acrecentados de forma considerable”. En este caso, Freud se refiere tanto a la transmisión intergeneracional como a la transmisión transgeneracional.

Ciccone, (Ciccone, A. 1997) habla de “transmisión traumática” de vivencias no-transformadas, por falta de filtrado de estímulos por parte de la función de barrera psíquica

protectora y contenedora del entorno cuidador y por falta de palabras, o a causa de proyecciones invasivas e intrusivas inconscientes, basadas sobre vivencias y acontecimientos traumáticos no elaborados de la historia familiar. Esta “transmisión traumática” aplasta los procesos transicionales (Winnicott, W. D. 2002) y tiene efectos de enquistamiento, alienación y control. Impide su apropiación por parte del sujeto. A este respecto dice el autor que lo incorporado de la experiencia traumática, o no lo está, o está poco transformado por la transmisión, pero ella sí transforma al sujeto; por el contrario, la vivencia interiorizada (asimilada) si que está transformada por el sujeto.

LOS FACTORES INESPECÍFICOS DE RIESGO EN EL DESARROLLO DEL BEBÉ

En la balanza interactiva que influye hacia que lado se inclinará la evolución y el desarrollo del niño, intervienen diferentes factores.

En lo que respecta al bebé:

Por un lado, están las situaciones de riesgo y la vulnerabilidad del bebé. Por el otro, se encuentran las competencias del bebé y su extraordinario potencial de desarrollo, así como la capacidad de “resiliencia” o de resistencia y de recuperación del niño frente a las adversidades que la vida le depara obstaculizando su desarrollo normal. Otro de los factores de riesgo inespecíficos de la interacción padres-bebé sería cuando éste se halla afectado por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y durable la relación y comunicación con su entorno y cuando a su vez, esta situación, de forma duradera, no puede ser asumida por los padres.

En lo que respecta al entorno cuidador:

En la balanza interactiva pesan por un lado, las situaciones de vulnerabilidad y riesgo, tanto las que provienen del exterior como la pérdida de un ser querido u otras circunstancias que dificultan la identificación y comunicación empática duradera entre los padres y con el bebé, como las que provienen de su personalidad, de su mundo interno, tales como la fragilidad narcisista, situación anímica, grado de aceptación de sí mismo y del bebé, así como también, el grado de aislamiento familiar de su entorno, el grado y la fuerza del vínculo de apego existente en la familia y entre el bebé y sus padres, etc.

Por otro lado, en esta balanza, también influye el potencial de cambio, la capacidad de empatía, de reconocer sus límites, de pedir y aceptar ayuda y soporte externos, así como la

capacidad de asumir su responsabilidad en la situación y de ejercer una función reparadora, el grado de apoyo social con el que cuentan los padres, el grado de satisfacción en la relación de pareja y la calidad del apoyo que se brindan, etc. Todos ellos son factores que pueden mejorar el pronóstico evolutivo y aumentar el grado y capacidad de resistencia del bebé, de los propios padres, de la familia y del entorno cuidador, frente a las adversidades de la vida.

¿QUE ES EL AUTISMO?

Etimológicamente, autismo proviene del griego, "Auto", de "Autós" que significa, propio, uno mismo. Es curioso ver como su significado etimológico contribuye a darle un sentido metafórico al concepto de autismo. Podemos imaginar al niño (genérico) con autismo como un niño muy suyo, excesivamente suyo, tan suyo, que parece no necesitar de los demás. Tan metido en lo suyo, en su mundo propio que nos parece muy difícil y a veces incluso imposible atraerlo al nuestro para poder comunicarnos con él. Podemos verlo también como un niño con unas peculiaridades propias que lo hacen diferente o muy diferente de los demás niños. Estas consideraciones así planteadas, nos dan una pista inicial muy valiosa para la comprensión del niño que padece de autismo. Nos sugieren que estamos ante un trastorno del desarrollo de las bases de la personalidad del niño más que ante una enfermedad en el sentido clásico del término. Algo que afecta a la forma de ser de la persona. Por las consecuencias que conlleva ese excesivo, intenso y duradero ensimismamiento del niño que lo aísla y desconecta de su entorno podemos deducir que el desarrollo de su funcionamiento 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, comprendiéndolo 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.

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 ínter-subjetivas 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.

¿Qué ocurre pues con estos niños con funcionamiento autista que rechazan la comunicación con el otro siendo esta tan necesaria para su supervivencia y desarrollo?

¿CUAL ES LA CAUSA DEL AUTISMO?

No hay causa única; ni genética, ni ambiental. En la causalidad plurifactorial de los trastornos mentales en el ser humano, incluido el autismo, intervienen tanto los factores de vulnerabilidad psicológicos y biológicos, incluidos los constitucionales y genéticos, como los factores de riesgo psicológicos y sociales, incluidos los interactivos con el entorno, en estrecha interacción potenciadora de los unos con respecto a los otros. De la misma forma, los factores protectores de la salud mental, (biológicos y psicosociales), interactuando entre sí, potencian la salud mental del sujeto. 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.

Los factores de riesgo aislados representan un débil potencial generador de patología. Sin embargo, su presencia acumulativa y repetitiva en la interacción del sujeto con su entorno y en el caso del bebé, en la interacción precoz con su entorno cuidador, lleva a desviaciones y malos resultados en términos de desarrollo, sobre todo si esto ocurre en los momentos sensibles de la constitución en el bebé de una esencial, importante y determinada función. Es la acumulación repetitiva y duradera de los factores de riesgo 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. La gran capacidad de “resiliencia” (resistencia en castellano) que tiene el niño pequeño hasta los tres años, es decir, la capacidad de mantener un desarrollo normal en condiciones y entorno desfavorables, tiene sus límites.

AUTISMO, EMPATÍA INTERACTIVA Y DESARROLLO PSÍQUICO-CEREBRAL

La empatía, necesaria para el desarrollo del ser humano como sujeto, con subjetividad propia, posibilita el acceso a la ínter-subjetividad, facilitando el acceso a 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 las emociones, los pensamientos y representaciones asociados, sean conscientes o no, (Simas, R.; Golse, B. 2008). Se podría decir que la capacidad de ínter-subjetividad -que responde a una necesidad psicológica y biológica del ser humano-, permite regular la intimidad del sujeto en su relación con el otro y reforzar el sentido de pertenencia grupal. No es solamente diádica sino también grupal como muestran los estudios sobre el hecho de compartir los afectos y experiencias en la familia, (Stern, D. 2005; Fivaz-Depeursinge, E. 2005). Si no hay experiencias compartidas con el otro, con los otros, si no hay encuentro interactivo empático acompañado de separación diferenciación con el otro, no hay posibilidad de desarrollar la capacidad de establecer una relación ínter-subjetiva con el otro, es decir, de relacionarse con la subjetividad del otro, de los otros, desde nuestra propia subjetividad. El bebé tiene que asumir una vez más en este caso, otra curiosa paradoja en el sentido de Winnicott: “Para separarse hay que ser uno, para ser uno hay que separarse” (Winnicott, W. D. 2002).

En la balanza interactiva, tanto los excesos de empatía que llevan a una fusión-confusión con el otro, potenciando la dificultad de poder diferenciarse y separarse, como los defectos de empatía, que ocasionan desencuentros interactivos traumáticos, dolorosos y frustrantes, que cuando son frecuentes, repetitivos y duraderos, ponen en marcha como protección y defensa -por ambas partes de la interacción- mecanismos de desconexión emocional y conductas de evitación de la relación y comunicación, suponen para el miembro más necesitado y dependiente de la interacción, un factor importante de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista. En el primer caso de exceso de empatía, el exceso de estimulación inadecuada por parte del entorno cuidador (estímulos que tienen que ver más con el mundo interno de quien los emite que con el de quien los recibe), la persona necesitada de su ayuda puede sufrir un intenso malestar generado por la confusión, la desorganización y desbordamiento que ello le ocasiona. La necesidad biológica y psicológica que tiene el ser humano de un espacio-tiempo de soledad, (Buchholz, Es. ; Helbraum, El. 2000), de sueño, de descanso relacional, de ensimismamiento, -necesaria para la autorregulación y equilibrio psicósomáticos, para la unión mente-cuerpo, así como para la integración sensorial de los estímulos (internos y externos) percibidos, así como para la consiguiente regulación de la interacción con el otro- puede verse perturbada, y convertirse en una necesidad de desvinculación duradera, de aislamiento con retirada relacional y emocional, -en personas muy sensibles-, con respecto al otro partícipe de la interacción.

En el segundo caso de defecto de empatía, de déficit de aporte de estímulos adecuados y necesarios para el desarrollo como puede ser el caso de una desconexión emocional duradera y repetitiva del cuidador principal, (sea debida a un proceso depresivo grave, obsesivo, o alexitímico, con defensas fóbicas de evitación por ejemplo), la necesidad biológica y psicológica de establecer una vinculación de apego seguro (Bowlby, J. 1998, 1972) -que regula la curiosidad y el miedo- con el otro que le cuida, corre el riesgo de no producirse o de hacerse muy débilmente en personas muy sensibles y dependientes del otro, con lo cual, el miedo inhibiría la curiosidad exploratoria natural del niño. Se puede definir el apego como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, a través de su interacción recíproca, y cuyo

objetivo más inmediato, es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza, ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección.

La construcción de los modelos de apego por parte del bebé, se basa en la puesta en marcha de lo que Stern llama representaciones de interacciones generalizadas en el seno de las cuales, la ausencia, la diferencia, y la separación, ocupan un lugar central. El bebé, en efecto, extrae de sus diversas experiencias interactivas una especie de media, de resultante ficticia, jamás cumplida como tal, pero sin embargo, profundamente inscrita en su psiquismo como una especie de abstracción del estilo interactivo de sus cuidadores de referencia, si entendemos bajo el término de abstracción una actividad de extracción de constantes. Después de cada encuentro interactivo efectivo en su realidad externa, el niño, mide de alguna manera la distancia existente entre lo que él vive en ese instante y la representación dinámica y prototípica que se ha construido del adulto, distancia que le informa acerca del estado emocional de éste, -según las modalidades de concordancia afectiva o de armonización de afectos- que le remite de hecho a la cuestión del tercero, es decir “al otro del objeto relacional” en palabras de André Green. La forma como la madre, presente en la interacción con su hijo, contiene al padre en su pensamiento como un tercero, modula en cierto sentido, su estilo interactivo.

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

La retirada relacional y emocional de la interacción con el otro tendría como objeto en los casos mencionados, el protegerse de los efectos traumáticos ocasionados por el sufrimiento no asimilado del otro, así como defenderse del sufrimiento generado por los desencuentros

interactivos duraderos y repetitivos vividos, mediante conductas de evitación y rechazo de la interacción, (mirada, cuerpo, sueño excesivo) buscando refugio compensatorio en la autoestimulación sensorial y en el sueño.

¿QUÉ IMPORTANTES FUNCIONES SE ENCUENTRAN TEMPRANAMENTE ALTERADAS DANDO LUGAR AL DESARROLLO PROGRESIVO DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA?

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 si mismo y también, para la relación-comunicación (no-verbal y verbal) con los demás. Para compartir la experiencia vivida en la interacción con el otro hace falta que ese otro sea percibido y aprehendido como externo a si mismo. Para que el otro sea percibido por el bebé como externo, hace falta que sea aprehendido a través de la integración perceptiva de los estímulos que le llegan de él por al menos dos canales sensoriales diferentes. Las dos áreas del desarrollo afectadas, interdependientes y estrechamente entrelazadas, (las dificultades en el desarrollo de una función repercuten el desarrollo de la otra y viceversa) -fundamentales para el desarrollo psíquico-cerebral adecuado del niño y del adulto-, serían las siguientes:

1º- Persistencia de dificultades importantes para desarrollar la capacidad de integración de la sensorialidad ya que los estímulos (internos y externos) percibidos que le llegan al bebé por diferentes canales sensoriales, sin la ayuda interactiva empática (emocional y cognitiva) del otro cuidador -que con su actitud y funcionamiento psíquico, transitoriamente prestado al bebé hasta que éste pueda desarrollar el suyo, realiza la función de filtrado elaborativo del flujo sensorial que percibe el niño-, quedarían disociados, privilegiando la recepción por un solo canal sensorial a expensas de los otros. Nos encontramos entonces con un bebé hipersensible pero que parece sordo, ausente, enganchado a algún estímulo auto-sensorial y 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 de la madre-consuelo o madre-tranquilizadora. Así, poco a poco el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su contexto (dándole sentido a la experiencia) y en la relación emocional con el otro. De esta forma, el bebé poco a poco, va viendo, va sabiendo de qué va lo que está pasando, lo que está viviendo, y va aprendiendo de la experiencia a medida que la va construyendo. Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días; el bebé chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y sin embargo, es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes que se le presentan. Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles (succión) una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales, lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé.

Para que se le facilite al bebé esta integración sensorial hace falta que el adulto cuidador sea capaz de despertar y estimular la capacidad de atención del bebé, -condición necesaria para que pueda percibir y recibir interiorizándolos, los estímulos que se le aportan en la interacción-, colocándolo en la posición adecuada, (facilitando el desarrollo de la percepción e integración de la sensorialidad propioceptiva, base de la constitución del esquema corporal, de la percepción de su cuerpo en el espacio y en relación con otros objetos o personas) y de forma que el bebé pueda ver la expresión del rostro de quien le habla (durante las primeras semanas de vida, es necesaria una distancia de unos 30 cms, de rostro a rostro, o de boca-oreja). Hace falta también que la comunicación del adulto cuidador con el bebé sea muy expresiva, (el bebé está más atento a lo que se mueve que a lo que permanece estático y por eso, del rostro humano su atención se centra de forma preferente en el triángulo formado por los ojos y la boca) y con un "lenguaje bebé", (necesario durante el primer semestre de vida ya

que este tipo de lenguaje está adaptado a su capacidad de atención y percepción centrada en esta etapa de su desarrollo en la interacción diádica emocional con su cuidador) que respete las bases de la comunicación no verbal, a saber; el ritmo, (musicalidad del lenguaje) la prosodia, (acento, tonos y entonación) la alternancia, (ahora uno y luego el otro) la reciprocidad, (compartir algo en común) y además, que su ritmo interactivo (vinculación-desvinculación) sea compatible con el del bebé.

Los trabajos de Meltzer, psicoanalista inglés que ha trabajado amplia y profundamente con niños con autismo, han permitido reconstruir el momento del amamantamiento como un momento "de máxima atracción consensuada" entre el bebé y su madre o cuidador principal. Momento en el que el bebé, gracias al "mantelamiento" (integración) de sus sensaciones puede comenzar a percibir a su madre como exterior a él y como la fuente externa de sus diferentes sensaciones ligadas a la situación de amamantamiento (el sabor y olor de la leche, el sabor y olor de la madre, su voz, el ritmo de sus movimientos, la calidad de la forma de acogerlo en su regazo...etc... El material extraído del tratamiento psicoanalítico de niños con autismo incita a pensar que es porque el bebé, en esta situación particular, y también en otros momentos interactivos importantes y fuertemente investidos durante el día, llega a articular y a juntar los diferentes estímulos sensoriales que emanan del adulto cuidador, pudiendo comenzar a percibir a éste como exterior a él mismo (núcleo primario de intersubjetividad), razón por la cual quizás, se agarra tanto al seno materno durante el amamantamiento, ya que sería el momento en el que comienza, fugitivamente, a percibirlo, como un objeto externo, (Meltzer, D. 1990).

El equilibrio dinámico entre (integración perceptiva) mantelamiento/desmantelamiento (disociación perceptiva) y segmentación del flujo sensorial, estrechamente dependiente de los procesos de atención, parece situarse en el centro de los procesos perceptivos, puesto que solamente una segmentación de los flujos sensoriales, con ritmos compatibles, permite el mantelamiento (integración) de las sensaciones, y por tanto el acceso a la intersubjetividad. En efecto, como ya hemos indicado anteriormente, ningún objeto puede ser experimentado como exterior a sí mismo, mientras no sea aprehendido por al menos dos modalidades sensoriales simultáneas, lo que subraya la importancia de la co-modalidad perceptiva entre el bebé y su cuidador y la percepción trans-modal, reunión de las diferentes

percepciones que emanan del objeto-sujeto relacional, como agente central del acceso a la ínter-subjetividad.

Las dificultades importantes y duraderas en la integración sensorial, al no permitir la constitución de un continente psíquico (psicosomático, sensorial, emocional, y mental) de las representaciones mentales (subjetivas) de la realidad (interna-externa) percibida, tienen como consecuencia que éstas representaciones mentales, (contenido psíquico) no tienen cabida, es decir, lugar donde ubicarlas, y colocan al sujeto en una situación de dificultad o incapacidad para percibir la interioridad de los objetos y personas, (vivencia de un espacio bidimensional en lugar de tridimensional) para unirse-separarse-diferenciarse del otro, para acceder al simbolismo, (representación mental de los objetos y de las personas en su contexto), para inscribirse en una estructura narrativa, para acceder al lenguaje comunicativo (no verbal, y sobre todo verbal, a la lectura, y la escritura), para aprender de la experiencia, y para establecer una interacción emocional e ínter-subjetiva con el otro.

No hay acceso posible a la ínter-subjetividad sin co-modalidad perceptiva y percepción trans-modal, de ahí la importancia del amamantamiento y de los otros equivalentes interactivos como "situación de máxima atracción consensuada" (Meltzer, D. 1990) entre el bebé y su cuidador. No hay co-modalidad perceptiva posible sin la voz de la persona que ejerce la función materna, la expresión de su rostro y su maternaje, (cuidados físicos, psicológicos y emocionales) como organizadores de esta co-modalidad perceptiva, de ahí el impacto dañino de las depresiones desconectadas (sensorial y afectivamente) maternas sobre los procesos de co-modalización, (Golse, B.; Robel, L. 2009).

2º- Dificultades importantes y duraderas en la constitución del ser humano como sujeto, (con subjetividad), y por tanto, en la vivencia de ínter-subjetividad, es decir, dificultades en el desarrollo de la capacidad de establecer relaciones ínter-subjetivas 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, en lo emocional, es decir, en la forma de sentir del otro, (Stern, D. 1991; 1999; 2005). Para lograr este importante objetivo, "el trabajo" del bebé tiene que ser facilitado de forma empática por el entorno cuidador.

La ínter-subjetividad regula el paso del aislamiento a la vinculación con el otro y en su extremo, de la alienación psíquica, con respecto a la pertenencia al grupo, a la especie. La intimidad psíquica compartida legitima nuestra pertenencia a alguien, a una diada, a una tríada, a una familia, a un grupo. En una situación social determinada estamos constantemente intentando ver donde nos encontramos con respecto a los otros. Necesitamos saber dónde estamos en tal relación, en tal momento, y lo que va a ocurrir. Si no fuese así, no podríamos orientarnos y entonces aparecería y se desarrollaría la sensación angustiada de encontrarse aislado, separado y excluido de la relación con los demás

La ínter-subjetividad que sería en un sentido amplio la capacidad de compartir la experiencia vivida entre personas, es además, el soporte de lo consciente, de lo inconsciente y del lenguaje en el ser humano. Es también, la base de los conceptos de empatía, de la identificación y de la identificación proyectiva. No hay psiquismo sin interacción. El lenguaje, la conciencia de si mismo, la conciencia reflexiva, la conciencia moral, el si-mismo, la narración autobiográfica, son construcciones lentamente progresivas que se desarrollan en la interacción con los otros y con el psiquismo de los otros. Por otra parte, la ínter-subjetividad es el factor más importante para la adquisición y aprendizaje del lenguaje. Es necesario poder imaginar lo que siente, piensa y quiere el otro en relación con un referente determinado para poder ponerle palabras.

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.

“Desde siempre recuerdo que he odiado que me abrazaran. Aunque deseaba experimentar esa agradable sensación, me abrumaba demasiado. Era como si me cubriera una gran ola de estimulación, y reaccionaba como un animal salvaje. En cuanto alguien me tocaba, necesitaba huir, se me fundían los plomos. Sentía una sobrecarga y tenía que escapar, a menudo con brusquedad” (Grandin, T. 2006). Este texto entrecomillado está extraído del libro de la autora, Temple Grandin, una persona afectada de síndrome de Asperger que es profesora de universidad en Estados Unidos, que ha triunfado en su profesión como investigadora en ciencia animal y diseñadora de mataderos para animales, además de ser un referente mundial en materia de autismo gracias a la publicación de su libro autobiográfico que ya está en su segunda edición en lengua castellana.

¿CÓMO SE DESARROLLA EL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO?

La “coraza o armadura” defensiva con la que intenta protegerse el niño con funcionamiento autista es imperfecta y tiene siempre y en determinados momentos, brechas o rendijas por las que se “cuela la luz” de la interacción positiva y evolutiva con su entorno cuidador. Son momentos de apertura a la interacción con el entorno que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de comunicación ínter-subjetiva 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 hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre el bebé y su entorno cuidador.

El también llamado proceso autístico, puede verse como un funcionamiento defensivo, no evolutivo, no relacional ni comunicativo con el que intenta protegerse activa y precozmente el bebé en su interacción con el entorno. Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño, a medida que se van estableciendo y consolidando, van generando y aumentando toda una serie de deficiencias en su funcionamiento psíquico, -cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales-, al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad.

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

El proceso interactivo autistizante (Hochmann, 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.

Formarían parte de este factor de riesgo interactivo-autistizante, aquellos estilos interactivos entre el bebé y su entorno cuidador que no faciliten y obstaculicen el acceso y el desarrollo en el bebé, de la capacidad de integración sensorial y de ínter-subjetividad, es decir, de la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. Este factor de riesgo interactivo autistizante puede poner en marcha, en bebés emocionalmente muy sensibles y predispuestos constitucionalmente, unos mecanismos de defensa autísticos que instalándose progresivamente y de forma duradera en el psiquismo temprano del bebé, aumentan considerablemente el riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista, agravando el pronóstico evolutivo. También puede ocurrir que el proceso interactivo autistizante, en otro tipo de bebés, menos sensibles emocionalmente y menos predispuestos constitucionalmente a compartir y/o a vivir intensamente el sufrimiento que provoca en ellos los desencuentros interactivos precoces, repetitivos y duraderos con su entorno cuidador, facilite en el bebé, el desarrollo de mecanismos de defensa de otro tipo, -psicosomático o

caracterial por ejemplo-, marcando de esta forma evoluciones diferentes del bebé ante el mismo factor de riesgo interactivo.

EL PROCESO DEFENSIVO AUTÍSTICO.

El proceso interactivo 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 si mismo y retirada relacional duradera con desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticos). El niño que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento, (posición evolutiva) hacia una actitud de retirada relacional duradera y repetida con aislamiento y desconexión tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del “bebé mentalmente ausente”; sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada y de los estímulos auditivos (como cuando duerme en exceso buscando refugio en el sueño) como signos característicos de dicho funcionamiento autístico (defensivo y anti-evolutivo). 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 ínter-subjetividad y por tanto, el desarrollo de la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia (resistencia ante situaciones que dificultan su desarrollo y recuperación sin enfermar) del niño que lo padece debido a la negación de la necesidad de la interacción con el otro, interacción que es la que en el niño sano permite el despliegue de todo su potencial evolutivo.

2- Defensas anti-integración, desmantelamiento sensorial, (Meltzer, D. 1975) o disociación de los diferentes estímulos sensoriales percibidos con refugio en la auto-estimulación 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 la sensorialidad -que puede ser interoceptiva, (visceral, psicosomática), propioceptiva, (tono muscular, posición corporal en el espacio y también, en relación con los sujetos y objetos que contacta y que le rodean, así como la percepción del esquema corporal) y exteroceptiva, (olfativa, gustativa, auditiva y táctil y algo más tarde, la visual debido a su complejidad), percibida a través de diferentes canales sensoriales, requiere 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 integrar 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 auto-estimulación 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) mas 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, cuando ocurren de forma inesperada, penetran su armadura defensiva, desencadenando en ellos reacciones de pánico.

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

En los casos en que los niños con funcionamiento autista utilizan de forma inconsciente y en la interacción con el otro, la identificación proyectiva con predominio sobre la identificación adhesiva, su evolución es más favorable.

La identificación proyectiva es un mecanismo, mediante el cual el sujeto atribuye al objeto-sujeto un aspecto del sí-mismo y los afectos consiguientes. Es la manera mediante la cual lo contenido pasa al objeto y al otro partícipe de la interacción. La identificación proyectiva positiva es aquella que favorece la relación empática entre el sujeto y el otro; por lo tanto

permite una comunicación y entendimiento constructivo en tanto que el sujeto puede ponerse simbólicamente en el lugar del otro y porque puede lograr que el otro se ponga en su lugar, (resonancia afectiva).

LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO AUTÍSTICO EN EL NIÑO

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

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 psiquismo del bebé.

Los niños con evolución fluctuante del funcionamiento autista, serían los que alternan algunos momentos de acceso a la ínter-subjetividad 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 "Ínter-objetiva" (con objetos), mas que ínter-subjetiva con el otro. Estos niños, en el segundo semestre, son incapaces la mayor parte del tiempo de acceder a la ínter-subjetividad secundaria basada en la triangulación relacional que permite la atención compartida con el otro hacia un objeto-sujeto externo. Respecto al lugar y papel del tercero, hay que señalar que no es solamente y exclusivamente el papel del padre sino que este papel puede representarlo cualquiera de los dos padres en relación con los fantasmas de exclusividad de tipo fusional de su pareja con el bebé, (Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. 1993 y Palacio-Espasa, F. 2005).

El mundo psíquico del niño evoluciona normalmente desde un mundo dominado por la interacción, a un mundo dominado por la ínter-subjetividad primaria (relación diádica) en el primer semestre, y hacia la ínter-subjetividad secundaria (relación triádica), desde el segundo semestre (Trevarthen, C.; Hubley, P. 1978; Hubley, P.; Trevarthen, C. 1979). Este importante progreso evolutivo, el acceso a la ínter-subjetividad 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 ínter-subjetividad 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 si 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 etio-patogénicamente, ayudando a la madre, a los padres, a los cuidadores, a cambiar el tipo de interacción que en la relación con el bebé, 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.

FACTORES ESPECÍFICOS DE RIESGO EVOLUTIVO HACIA UN FUNCIONAMIENTO AUTISTA

Tal y como hemos visto hasta ahora, 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 la integración perceptiva de los flujos sensoriales que le llegan al bebé por diferentes canales sensoriales desde el objeto-sujeto relacional. Esta dificultad, potenciada por la imposibilidad de encontrar en la interacción, los necesarios momentos de ensimismamiento y de desvinculación relacional transitoria que permiten al bebé la autorregulación y equilibrio psicossomáticos, la integración sensorial de los estímulos percibidos y la regulación de la interacción con su cuidador, sería un factor de riesgo interactivo autistizante y también, de riesgo evolutivo hacia los trastornos psicossomáticos del lactante.

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

3- La interacción padres-bebé, puede ser un factor de riesgo interactivo autistizante cuando éste se halla afectado por una malformación o discapacidad sensorial y/o motora que dificulta de forma importante y durable la relación y comunicación con su entorno y cuando a su vez, esta situación, de forma duradera, no puede ser asumida por los padres. En este caso, dicha interacción sería un factor de riesgo que se convertiría progresivamente en específico (funcionamiento autista) al potenciar y ser potenciado por los anteriores.

En este caso de malformación o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé, la forma de ser investido por sus padres y entorno cuidador puede verse fuertemente condicionada por la herida narcisista que esto supone, por los sentimientos de culpa, por el desmoronamiento de la fantasía del hijo ideal, etc. El hijo real tendrá dificultades para ser investido en tanto y en

cuanto los padres no hagan el trabajo psíquico de duelo del hijo ideal, del hijo imaginario, siempre, mejor que el real. El duelo en este caso se hace más difícil para los padres porque este proceso de duelo que es progresivo en los casos de nacimiento sin discapacidad, se tiene que hacer de inmediato, sobre la marcha, y en condiciones traumáticas, cuando el bebé nace y/ o se desarrolla con algún tipo de malformación y/ o discapacidad. Si a pesar de la discapacidad de su hijo los padres pueden investirlo de forma adecuada, desarrollarán con él una interacción que les permita relacionarse más allá de las limitaciones que les impone la malformación y/o déficit del niño y lo que representa para ellos. Posibilitarán entonces el desarrollo de mecanismos de compensación en el niño, así como su desarrollo normalizado, y potenciarán los aspectos sanos y no afectados por el déficit en su hijo. Esto disminuye el grado de discapacidad y también el de minusvalía del niño además de potenciar el apego seguro e incrementar su resiliencia.

En todos los casos hemos visto el extraordinario e importante papel que juega la comunicación, comprensión y ayuda empáticas, tanto en positivo como en negativo, en la interacción entorno-cuidador-bebé.

AUTISMO Y PSICOSOMÁTICA DEL BEBÉ

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

En lo que respecta al bebé, hemos visto que la necesidad psicológica y biológica de desvinculación, de ensimismamiento, de un espacio-tiempo de soledad, de retirada parcial y transitoria de la interacción con el otro, es tan importante en el ser humano como la de vinculación con el otro. El bebé nace con una necesidad biológica y psicológica de autorregulación psicossomática que se hace realidad a través de un espacio-tiempo de

soledad y de ensimismamiento. La capacidad de ensoñación, de ensimismamiento, de elaboración y de integración, protege al niño y al adulto del desplazamiento hacia el cuerpo de las situaciones de tensión y conflicto, así como de los trastornos psicósomáticos que también se desarrollan por falta de esta capacidad de autorregulación psicósomática, (vulnerabilidad). La constitución de una matriz, de un continente psíquico que supone para el bebé la presencia de ese tiempo-espacio de soledad y su utilización creativa, es un proceso necesario para conseguir la autorregulación psicósomática y la integración de lo psíquico con lo corporal. Es también, un espacio necesario para la integración de los estímulos sensoriales que recibe, a través de canales sensoriales diferentes, tanto de su cuerpo y mundo interno como del exterior. Este espacio-tiempo de ensimismamiento, de soledad, es para el bebé un elemento importante para conseguir la constitución de un continente corporal y psíquico, (psicósomático). En él tienen cabida progresivamente las sensaciones, las emociones y consecutivos pensamientos que las acompañan, el contexto en el que son vividas, las actitudes y su intencionalidad, la huella de las experiencias vividas y compartidas, así como las representaciones de los objetos y su relación con ellos y en su contexto; todo ello es fundamental para la creación y adecuado desarrollo de su psiquismo temprano.

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

Vulneración interactiva; psicósomática, y autística.

Vulneración quiere decir, acción de vulnerar o ser vulnerado. El término vulnerar proviene del latín "vulnerare" que significa, herir, causar daño o perjuicio a alguien o a algo, infringir una ley o disposición. En el caso que nos ocupa, nos referimos a la vulneración de la resiliencia y de las expectativas del bebé en cuanto a sus necesidades evolutivas por parte del cuidador, situación que puede tener como consecuencia la aparición de trastornos psicósomáticos y autísticos. Si el bebé se ve privado de este espacio de ensimismamiento por un exceso de vinculación, de presencia y de intrusión por parte de la persona que ejerce la función materna o por los cuidados de una persona que no es sensible ni receptiva a esta necesidad, (falta de empatía emocional y cognitiva) o por un cuidador desconectado

emocionalmente de la interacción con él (empatía cognitiva pero no emocional) éste, va a tener que ensimismarse, replegándose sobre si mismo, aislándose del exterior, (trastorno autista por falta de empatía emocional y cognitiva) o ensimismarse, desconectando emocionalmente de la interacción con el otro en el caso de un trastorno psicossomático, (falta de empatía emocional pero no cognitiva) construyendo así los esbozos de lo que puede llegar a ser la barrera defensiva psicossomática o autista que evite la interacción emocional con el otro en el primer caso y la comunicación y la relación con el otro en el segundo caso. En ambos casos, el bebé se protege como puede del efecto caótico y desorganizador que tiene el entorno sobre él. Cuando el bebé, de forma activa, se protege del sufrimiento emocional y dolor psíquico vividos con una desconexión emocional, pero sin evitar la interacción con el entorno cuidador, nos encontramos entonces con una situación de riesgo de posible evolución hacia los trastornos psicossomáticos precoces en el bebé. Cuando el bebé se protege utilizando como defensa la evitación y el rechazo de la interacción, tanto a través de la mirada como a través de las dificultades que este presenta para ser calmado, o las dificultades que presenta para atraer su atención así como para lograr un buen ajuste corporal y tónico-postural en el regazo materno, cuando tiene tendencia a refugiarse en el sueño y se duerme en momentos tales como después del amamantamiento, -momentos en los que los bebés suelen estar muy atentos y presentes en la interacción con la madre-, entonces, estamos ante un posible riesgo de inicio de un proceso defensivo-autístico en el niño.

Factor específico de vulnerabilidad psicossomática y factor específico de riesgo autístico

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

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

La combinación, del apego inseguro (factor de riesgo inespecífico) junto con la dificultad duradera para desarrollar la capacidad de ensimismamiento (factor específico de vulnerabilidad psicosomática y a la vez, factor específico de riesgo de evolución autística) que sería como la “llave de paso” hacia la patología psicosomática precoz, podría ser también la llave de paso hacia el funcionamiento autista precoz en el bebé ya que potenciaría y agravaría la dificultad de compartir la experiencia vivida con el otro.

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

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

En los casos de traumatismo perinatal vivido por la madre como tal y con efecto traumatógeno para el bebé, (ya hemos visto cual es el efecto traumático acumulativo y repetitivo para el niño y sus consecuencias), el hijo se defiende del malestar, dolor emocional y sufrimiento psíquico que la situación interactiva genera en él mediante los mecanismos de

defensa primitivos de que dispone, originándose en él y teniendo como fuente sus defensas, los trastornos psicósomáticos y autísticos.

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

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

EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

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).

Últimamente se están utilizando escalas de evaluación para precisar el diagnóstico de autismo en un proceso similar a cuando anteriormente se empleaban los tests proyectivos (costumbre que lamentablemente ha ido siendo abandonada tanto por los profesionales de la psiquiatría como por los de la psicología quienes habitualmente, tras un periodo importante de formación en psicopatología y de prácticas supervisadas, se encontraban en condiciones de utilizarlos con las garantías suficientes) para precisar un diagnóstico psicopatológico. Me temo que esta práctica diagnóstica, de mucho valor si se efectúa por profesionales adecuadamente formados no solamente en la utilización de dichas escalas sino también en psicología evolutiva y en psicopatología del desarrollo, pueda ser desvirtuada y mal utilizada de forma que primen los intereses económico-estadísticos sobre los de un diagnóstico clínico efectuado con garantías suficientes para el paciente y su familia. La realidad clínica que voy percibiendo me va confirmando lamentablemente en estos temores ya que se está hablando de la creación de equipos inter-disciplinares que serían rápidamente y específicamente formados en la utilización diagnóstica de estas escalas pero poco o nada se dice del tipo de preparación-formación psicológica y psicopatológica que van a tener.

LA INTERVENCIÓN TEMPRANA, TERAPÉUTICO-EDUCATIVA Y REHABILITADORA, EN EL TRASTORNO AUTISTA

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-, tiene 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 prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento de los signos de alarma presentes en el niño y de los factores de riesgo presentes en la interacción con él sería posible 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 el diagnóstico, 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 ínter-subjetividad- como factores precoces de riesgo interactivo que propician la evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

Detección y diagnóstico

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 Muratory, profesores de psiquiatría infantil en 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. 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 anteriormente al referirnos a la evolución regresiva del funcionamiento autista en el niño, (Maestro, S.; Muratory, F. et al. 1999, 2001, 2002, 2005.; Muratory, F. 2008).

Hay que destacar además, el importante trabajo clínico y de investigación efectuado en el servicio de pediatría (neonatología y neuropsiquiatría) del hospital de Sagunto en España, llevado a cabo por destacados profesionales de la neuropsiquiatría, 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 psicopatológicos 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, b; 2010).

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 triada 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.

Tratamiento

Conviene saber que antes de los tres años, y cuanto antes mejor, el tratamiento preferente y el que da mejores resultados es el psicoterapéutico centrado en la interacción padres-bebé, ayudando a cambiar el estilo interactivo que alimenta el trastorno autista e impidiendo que el funcionamiento autista se instale en el psiquismo temprano del niño, (prevención secundaria) y todo ello, siempre teniendo en cuenta en un sentido más amplio el entorno cuidador del bebé, para evitar el grave riesgo de cronificación que corre el niño afectado por esta patología, (Larbán, J. 2008; Palau, P. 2010). 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 cuanto mayor sea la edad del niño. Las intervenciones a partir de esta edad, y cuanto más tarde peor, pertenecerían al ámbito de la prevención terciaria, es decir, implicarían intervenciones inter-disciplinares y multi-profesionales y tendrían como objeto, no solamente el tratamiento sino también la rehabilitación psicosocial de las secuelas y para evitar la cronificación del trastorno autista en el niño.

La formación de los profesionales

La formación de los profesionales tendría que proporcionarles una buena comprensión global e integradora de lo que es el proceso de maduración y desarrollo normal-sano del bebé y del niño pequeño para poder detectar sus desviaciones hacia una evolución psico-patológica. También tendría que darse, una adecuada formación en psicología y psicopatología del bebé y del niño pequeño que incluya la experiencia basada en la práctica clínica y no solamente en la formación teórica. Además, una adecuada formación en observación de bebés inspirándose en el método desarrollado por Esther Bick, (Miller, L.; et, al. 2002). En su libro "La atenta observación de bebés", destacados profesionales de la Tavistock Clinic de Londres, -donde Esther Bick ha desarrollado este original método de trabajo que Martha Harris abrirá en 1960 a todas las profesiones médico-sociales-, a través de ocho ejemplos de observación de bebés en su medio natural que es la familia, los autores muestran cómo la experiencia de observar atentamente el desarrollo emocional del bebé puede ayudar a

comprender mejor el proceso de desarrollo del ser humano. Comprender mejor permite comunicar mejor y adquirir mayores y mejores habilidades para el abordaje y manejo de situaciones que constituyen lo cotidiano de los profesionales de la salud, de los servicios sociales, de la enseñanza, en su trabajo con los niños, los adolescentes y sus familias. También es un libro muy interesante para los padres que deseen ampliar su comprensión sobre el desarrollo de los bebés. Por último, sería necesaria una formación específica que incida sobre intervenciones psicoterapéuticas basadas en el vínculo, en la interacción precoz padres-bebé. Intervención psicoterapéutica que como hemos visto implica tanto la interacción real como la fantasmática (fantasía inconsciente) que se desarrolla entre los padres y el hijo.

La intervención psicoterapéutica centrada en la interacción entorno cuidador-bebé

Si es efectuada dicha intervención lo más precozmente posible, como por ejemplo la que se podría hacer desde los servicios de neonatología hospitalarios, permitiría no solamente ver el “nacimiento” del riesgo evolutivo hacia un funcionamiento defensivo-autístico en el bebé sino que con la intervención adecuada, se podría impedir en muchos casos, su evolución psicopatológica. En estos casos de intervención psicoterapéutica muy precoz, la posibilidad de movilizar, revisar, recordar y actualizar tanto en la madre, como en los padres, las vivencias que han podido tener un efecto traumático para ellos tanto en el momento del embarazo, del parto, del puerperio como las derivadas de la propia maternidad y paternidad, se hace mucho mayor y mejor. Las defensas que obstaculizan el desarrollo de una interacción sana y evolutiva así como los conflictos psíquicos que inconscientemente se reviven, se proyectan sobre el bebé y se actúan en la interacción con él, (Cramer, B. 1990) por ser recientes y no cronificados, son susceptibles de movilización y modificación a través de una adecuada intervención psicoterapéutica que ayude a cambiar el estilo interactivo. Además, la situación de crisis psicológica que viven los padres en estos momentos iniciales de su experiencia como padres y el hecho de vivir el inicio de una interacción repetitiva, problemática y frustrante con su bebé, los hace más receptivos al sufrimiento que viven y su disponibilidad para pedir y recibir ayuda, así como para aprovechar la ayuda que se les ofrece, es mucho mayor que cuando el trastorno interactivo y las actitudes defensivas se instalan y se cronifican en ellos, entre ellos, y con su hijo.

Como ejemplo de lo dicho anteriormente, paso a darle la palabra a una madre, atendida recientemente por Pascual Palau y por mí, cuando su bebé tenía 2 meses.

Testimonio de la madre de un bebé de dos meses con inicio de funcionamiento autista

“Tengo un bebé que actualmente tiene 4 meses y 10 días. Mi hijo nació de un embarazo que se desarrolló con normalidad hasta último momento, pero en una ecografía de control que me realizaron a las 37 semanas de gestación se me informó que el bebé era demasiado pequeño para la edad gestacional, debido a un deficiente pasaje de sangre a través del cordón umbilical. Por ese motivo quedé internada y se me realizó, sin preparación alguna, una cesárea de urgencia. El bebé nació con un peso de 2 kilos y 160 gramos y tuvo que permanecer unos días en cuidados intermedios dado que estaba con hipoglucemia y no regulaba bien la temperatura. Yo no podía ir a verlo porque estaba muy dolorida por la operación. A las diez horas de nacido el bebé me pude levantar y con mucho esfuerzo ir a la sala donde estaba para conocerlo. Allí estaba mi bebé en una cuna, conectado a un suero y a un monitor y no había nadie que me explicara que le pasaba a mi hijo. Al otro día volví a ir y esta vez me explicaron que el bebé no se alimentaba correctamente. Por este motivo comenzaron a alimentarlo por sonda. A los cinco días, cuando comenzó a alimentarse un poco con biberón lo llevaron a mi habitación, pero el bebé seguía rechazando la alimentación y cuando consultábamos con alguna enfermera nos decía que le insistiéramos con el biberón y el pecho, cosa que hacíamos sin lograr que se alimentara bien. Toda esta situación generó tanto en mi esposo como en mi mucha tensión y frustración. Estando ya en casa empecé a notar comportamientos extraños en el niño. No nos miraba a la cara ni al padre ni a mi, no sonreía, lloraba muchísimo y estaba siempre alterado y nervioso. Al observar estos comportamientos intenté obtener información de qué podía estar pasándole. Los pediatras con los que consultaba no me prestaban demasiada atención y atribuían mi preocupación a la ansiedad de una madre primeriza. Fue entonces que busqué en Internet información sobre a qué podrían responder esos síntomas, y encontré un artículo de un profesional español de la psiquiatría y psicoterapia infante-juvenil donde explicaba que esos podían ser síntomas tempranos de autismo. Esto me asustó muchísimo y decidí ponerme en contacto con dicho profesional para solicitarle que me ayudara con mi bebé, ya que en ese artículo él explicaba que actuando a tiempo podría evitarse que el comportamiento autista se instalara en el niño.

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

Hoy por hoy mi bebé es un niño alegre, y tanto su papá como yo nos sentimos realmente felices de que haya recibido la ayuda que necesitaba para salir de la situación en que estaba inmerso, y que pueda crecer y desarrollarse como un niño normal. Antes de pasar por esta experiencia no tenía idea de lo mucho que puede afectar a un bebé el estado de ánimo de sus padres y de lo importante que es estar alerta a los signos que muestra el niño para poder actuar a tiempo. En nuestro caso, realmente fue increíble el cambio que tuvo nuestro hijo una vez que recibimos el asesoramiento profesional adecuado". Daniela.

Comentario: En este relato que es su testimonio, Daniela nos muestra la importancia de los acontecimientos traumáticos perinatales vividos y no asimilados como situación de riesgo para el desarrollo de una interacción patógena, en este caso de tipo defensivo-autístico, entre una madre y su bebé. En el caso de Daniela y su hijo, han jugado un importante papel traumático para la madre y traumatógeno para su bebé, la cesárea de urgencia, la estancia

de su hijo en cuidados intermedios, y sobre todo la forma en que se produce el primer encuentro con su hijo, así como los consejos erróneos dados por el personal sanitario a la madre en cuanto a las condiciones de amamantamiento de su bebé.

Hay que señalar un dato significativo que Daniela no comenta en su testimonio y que tiene un efecto traumático para ella así como traumatógeno para su hijo contribuyendo además a aumentar y agravar el sufrimiento de ambos y el desarrollo patológico de la interacción madre-bebé. Se trata del hecho de que la madre, tras su estancia en la clínica maternal y al regresar a su casa, decide no salir de casa, es decir, encerrarse en ella, -como si de una condena se tratase-, para así, “cuidarse mejor de su hijo”, permaneciendo durante 20 días en esta situación de aislamiento que abandona al constatar el empeoramiento tanto de la relación con su hijo como de sus síntomas de inicio de funcionamiento defensivo-autístico.

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

Vemos de forma sorprendente cómo un bebé de tan corta edad, (dos meses al inicio de la intervención psicoterapéutica), puede, al ser ayudado adecuadamente, cambiar su posible destino patológico e incluirse, a través de un desarrollo sano y normalizado, en un “por-venir” mucho mejor. En este caso, el hijo de Daniella presentaba a los dos meses y medio de edad casi todos los signos de alarma que indicaban un inicio de funcionamiento autista tal y como constan en la guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista del niño

en el primer año y en su correspondiente escala de evaluación del bebé hasta los tres meses de vida, (Larbán, J. 2008).

El modelo relacional de comprensión y abordaje del autismo

Según el modo relacional de comprender el autismo, (que va más allá del modelo deficitario-cerebral imperante hoy día, que requiere para su tratamiento de medidas instrumentales frecuentemente no relacionales que se podrían llamar ortopédicas por la utilización que se hace de ellas, y que en ciertos casos permiten un avance en la sintomatología del niño afectado pero sin resolver nada de lo que concierne a su psicopatología autística que ya hemos visto es fundamentalmente de base relacional), las intervenciones terapéutico-educativas más tardías, -que se corresponderían con medidas de prevención terciaria, es decir; tratamiento para evitar la cronificación y rehabilitación de los déficits que se desarrollan como secuelas del funcionamiento autista- sean de tipo logopédico, psicomotor, psicoeducativo o psicofarmacológico, tendrían que coordinarse, integrarse, y sobre todo, supeditarse a una dinámica relacional, privilegiando las interacciones emocionales y lúdicas, contando con la participación activa de los padres en el tratamiento, así como de todos aquellos profesionales que forman el entorno cuidador del niño.

Stanley Greenspan, (1941-2010) psiquiatra infantil estadounidense e investigador del vínculo emocional del bebé con su entorno cuidador y sus tempranas alteraciones psicopatológicas, incluido el autismo, ha escrito recientemente en colaboración con Serena Wieder, un interesante e importante libro en el que de forma muy clara, sencilla y didáctica, apoyándose en múltiples ejemplos y situaciones de la vida cotidiana nos permite comprender mejor desde una perspectiva vincular y emocional, el funcionamiento autista del niño. La filosofía del tratamiento de Greenspan hace hincapié en crear vínculos emocionales entre el adulto y el niño. Como destacada autoridad mundial sobre el trabajo clínico con bebés y niños que presentan problemas emocionales y de desarrollo, su trabajo ha tenido un gran impacto en el tratamiento del autismo, cuya aplicación del método creado y desarrollado por él y conocido popularmente como el método "Floortime", -que implica una participación activa de los padres- gira en torno a un concepto denominado "tiempo de atención básica compartida" en el que se trata entre otros objetivos, de estimular y potenciar el desarrollo e integración de la

percepción sensorial, así como de la capacidad de ínter-subjetividad, mediante la interacción lúdica y emocional entre el niño afectado y sus cuidadores ,(Greenspan, S; Wieder, S. 2008).

Es muy importante trabajar con estos niños las transiciones de una actividad a otra para ayudarles a interiorizar el sentido de continuidad existencial dentro de la discontinuidad relacional, (Viloca, L. 2003).

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. Los hospitales psiquiátricos de día o 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 puede 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.

Es fundamental el deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño o en un sentido amplio con la persona 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 de él que los nuestros; esta actitud, 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-adulto, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de ayuda y 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 ínter-dependencia recíproca,

además de una colaboración y respeto mutuos. La base de esta alianza terapéutica en un sentido amplio sería la comprensión empática con las características antes descritas, que permite al terapeuta o al que presta ayuda, comprender lo que siente y lo que piensa el otro "como si" estuviese en su interior. A su vez, este proceso interactivo, permite sin pedírsele, que el otro a su vez, intente comprendernos de la misma forma. Aplicado más específicamente a la relación terapéutica, la alianza terapéutica supone que la comprensión empática del sufrimiento, del problema, de la forma de ser del paciente, produce de forma progresiva e interactiva, la comprensión también empática del paciente hacia la forma de ser, la actitud, y el método de trabajo del terapeuta.

Con respecto a la empatía y la comprensión empática, cabe destacar al escritor británico Marc Haddon, especializado en literatura para niños y adolescentes. Trabajó durante un tiempo con personas que tenían deficiencias físicas y mentales, lo que le ayudó a crear su primera novela, "El curioso incidente del perro a medianoche". En este interesante relato de intriga se vive en primera persona a través de su personaje principal, la aventura e investigación (la muerte del perro de la vecina) llevada a cabo por Christopher, un adolescente afectado por síndrome de Asperger. El autor escribe la novela de forma que podamos identificarnos con el personaje central y comprenderlo *como si* estuviésemos en su lugar. Un detalle significativo; los capítulos del relato no están numerados de la forma habitual sino siguiendo el orden de los números primos, uno de los intereses obsesivos de Christopher que destaca en matemáticas, (Haddon, M. 2004).

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

Viñetas clínicas

1ª- José es un niño de 12 años que padece de 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, músico-terapia o

psico-motricidad, con la importante limitación que ello representa. El equipo que se ocupa de él, plantea la cuestión de cómo conseguir que deje la actividad de auto-estimulación 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 progresivamente del aislamiento autista que padecía.

2ª- Ana es una niña de 10 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, en situaciones similares, Ana se replegaba sobre si 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”, etc., la

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

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

CONCLUSIONES

Ante la detección de una situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista del niño, no podemos esperar a que sea mayor para hacer el diagnóstico, tampoco podemos esperar sin intervenir terapéuticamente, ni a los resultados diagnósticos ni a la comprobación de su causalidad genética que también debe investigarse. Todavía menos, esperar a que aparezcan tratamientos genéticos y biológicos eficaces. La realidad es la existencia de una situación de riesgo que se puede cambiar y una evolución patológica y gravemente discapacitante, que en muchos casos, se puede evitar. 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. 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

Abraham, N.; Torok, M. (2005): *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires. Amorrortu.

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

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

Boddaert, N.; Chabane, N.; et al. (2004): Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism: a voxel-based morphometry MRI study. *Neuroimage*, 23, p, 364-369.

Bowlby, J. (1972): *Cuidado maternal y amor*. México. Fondo de Cultura Económica.

Bowlby, J. (1998): *El apego*. Paidós Ibérica.

Brazelton, T. B. (1989): *El saber del bebé*. Editorial Paidós, Barcelona.

Buchholz, Es. ; Helbraum, El. (2000): Un modèle développemental et psychobiologique du besoin de temps de solitude chez l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 1, p, 286-307.

Bydlowski, S. ; Graindorge, C. (2007) : Naissance et développement de la vie psychique. EMC, (Elsevier Masson SAS, Paris), *Psychiatrie*, 37, p, 160-A-10.

Bydlowski, M. (1991) : La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freud*. 32:2-9.

Bydlowski, M. (1997): *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris. PUF

Bydlowski, M. (2000) : *Je rêve un enfant: l'expérience intérieure de la maternité*. Paris. Odile Jacob.

Chabane, N. (2005): Autism severity and temporal lobe functional abnormalities. *Ann Neurol*, 58, 3, p, 466-469.

Ciccone, A. (1997) : Empiètement imaginaire et fantasme de transmission. *Le générationnel*, p. 151-185.

Cramer, B. (1990): *De profesión bebé*. Barcelona. Urano.

Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. (1993): *La pratique des psychothérapies mères-bébés: Études cliniques et techniques*. Paris. PUF.

Eiguer, A.; Carel, A.; André-Fustier, F. (1998): *Lo generacional. Abordaje en terapia familiar psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu.

Fivaz-Depeursinge, E. (2005). "La communication intersubjective du bébé dans le triangle primaire". *Psychothérapies*, XXV, 4, p, 235-239, Ed. Médecine et Hygiène, Genève.

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

Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1983): Fantômes dans la chambre d'enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, p, 57-98.

- Freud, S. (1939). "Moisés y la religión monoteísta" XXIII, Esquema del psicoanálisis, y otras obras, (1937-1939), (Buenos Aires/Madrid, Ed. Amorrortu, 1980).
- Frith, U. (1989): *Autismo*. Madrid. Alianza.
- Gallese, V. (2001): "The shared manifold' hypothesis from mirror neurons empathy" *J. Consciousness Stud*, 8, p, 33-50.
- Gervais, H.; Belin, P.; Bodaert, N.; et al. (2004): Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, 7, 8, 801 -802, *Neurol.* 58 (3): p, 466-469.
- Golse, B. (2000). Le maternel et le féminin au regard de la bisexualité psychique. *La psychiatrie de l'enfant*, XLIII, 1, p, 110-126.
- Golse, B. (2004). *Du corps à la pensée*. Paris. PUF.
- Golse, B.; Robel, L. (2009) : Pour une approche intégrative de l'autisme infantile. *Recherches en Psychanalyse*, [En ligne], 7 | 2009, mis en ligne le 01 juin 2009. Consulté le 28 juin 2010.
URL: <http://recherchespsychanalyse.revues.org/index146.html>
- Greenspan, S. I.; 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.
- Grandin, T. (2006): *Pensar con imágenes. Mi vida con el autismo*. Barcelona. Alba.
- Haddon, M. (2004): *El curioso incidente del perro a medianoche*. Barcelona. Salamandra.
- Hochmann, J. (1990): L'autisme infantile : déficit ou défense ?, en: *Soigner, éduquer l'enfant autiste ?*, p, 33-55. Paris. Masson.
- Huble, P.; Trevarthen, C. (1979): Sharing a task in infancy, In: *Social Interaction During Infancy: New Directions in Child Development*, Vol. 4, ed. I. C. Uzgiris. San Francisco: Jossey-Bass, p, 57-80.
- Kaës, R. (1993): *Le Groupe et le sujet du groupe*. Paris. Dunod.
- Kahn, M. (1963): El concepto de trauma acumulativo, en *La intimidad del si-mismo*, p, 47-66. Madrid, 1980. Saltes.
- Kandel, E. R. (2001): The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, p, 1030-1038.

- Larbán, J. (2008): Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, p, 63-152.
- Lasa, A. (1993): Sobre los fundamentos del psiquismo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, p.5-12.
- Lasa, A. (2005): Sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de la infancia y la adolescencia (autismo, psicosis infantiles y trastornos generalizados del desarrollo). Declaración del Presidente de SEPYPNA (Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente) en el XVIII Congreso Nacional de SEPYPNA, A Coruña, 20-22 de octubre de 2005. URL: <http://www.sepyrna.com/declaraciones/>
- Maestro, S.; Casella, C.; et al. (1999): Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, Vol. 32 (6): p, 292-300.
- Maestro, S.; Muratory, F.; et al. (2001): Early Behavioural development in Autistic Children: The first two years of live through home movies. *Psychopathology*, 34, p, 147-152.
- Maestro, S.; Muratory, F.; et al. (2002): Attentional Skills During the First 6 Month of Age in Autism Spectrum Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 41, 10, p. 1-6.
- Maestro, S.; Muratory, F.; et al. (2005): How young children treat objects and people: an empirical study of the first year of the first year of life autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 4, p, 383-396.
- Manzano, J.; Palacio, F.; Zilkha, N. (1999): *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*. Bilbao. Altxa.
- Manzano, J.; et al. (2002): *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid. Necodisne,
- Meltzer, D. (1974): Adhesive identification, In *D. Meltzer, Sincerity and Other Works*, edited by A. Hahn, London: Karnac, 1994, p.335-350.
- Meltzer, D. (1975): *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires. Paidós 1984.
- Meltzer, D: (1990): *La aprehensión de la belleza*. Buenos Aires. Genérico.
- Miller, L.; Rustin, Ma.; et al. (2002): *L'observation attentive des bébés*. Paris. Hublot.

- Muratory, F. (2008): El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria. *Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 12, p, 39-49.
- Palacio-Espasa, F. (2005): La psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé. *Psychothérapies*, 3, p, 135-144.
- Palacio-Espasa, F. (2007): *Depresión de vida, depresión de muerte. Articulaciones entre la parte psicótica y neurótica de la personalidad*, p, 46-48.
- Palau, P. (2009, a): El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿Afectación neurobiológica? *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 73, p, 41-60.
- Palau, P. (2009, b) : Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé, *Actualités Psychosomatiques*, 12, p, 21-42.
- Palau, P. (2010): Psicopatología y autismo en el niño pequeño. Interacción, afectos y audición. *Revista de psicoterapia y psicopatología*, 74, p, 39-70.
- Ramon y Cajal, S. (1909-1911): *Histologie du système nerveux de l'homme et des vertébrés*. Paris. A. Maloine.
- Rizzolatti, G.; Fadiga, L.; Gallese, V. et al. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain. Res. Cogn. Brain. Res.*, 3, p, 131-141.
- Rizzolatti, G.; Arbib, M. A. (1998): "Language within our grasp" *Trends Neurosci.* 21, p, 188-194.
- Robel, L.; Ennouri, K.; et al. (2004): Discrimination of face identities and expressions in children with autism: same or different?, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 4, p, 227 -233.
- Ruiz-Flores, Bistuer, M. (2010): Lo mío es genético. *Prensa Pitiusa. Artículo de opinión*, (n-160), p, 20, y (n-161), p, 20.
- Segoviano, M. (2008): Transmisión Psíquica Escuela Francesa. *Psicoanálisis e Intersubjetividad*, N° 3.
- Simas, R.; 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, p, 339-356.
- Stern, D. (1991): *El mundo interpersonal del lactante*. Buenos Aires. Paidós.
- Stern, D. (1999): *Diario de un bebé*. Buenos Aires. Paidós.

- Stern, D. (2005): Le désir d'intersubjectivité. Pourquoi? Comment? *Psychothérapies*, XXV, 4, p, 215-222.
- Streri, A. (1991): *Voir, atteindre, toucher*, Paris, P.U.F.
- Streri, A. et al. (2000): *Toucher pour connaître*, Paris, P.U.F.
- Trevarthen, C.; Hubley P. (1978): Secondary inter-subjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year, In: *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language*, ed. A. Lock. London: Academic Press, p, 183-229.
- Viloca, L. (2003): *El niño autista: Detección, evolución, y tratamiento*. Barcelona. CEAC.
- Waddington, C. H. (1956): Genetic assimilation of the bithorax phenotype. *Evolution*, 10, p, 1-13.
- Waddington, C. H. (1980): *Biología, hoy*. Barcelona. Teide.
- Winnicott, D. (1945) *Desarrollo emocional primitivo. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Editorial Laia, España, 1979.
- Winnicott, W. D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires. Paidós.
- Winnicott, W. D. (2002): *Realidad y juego*. Madrid. Gedisa.