

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO/A, EN SU PRIMER AÑO DE VIDA*

Juan Larbán Vera**

Para los profesionales del entorno cuidador del bebé

INTRODUCCIÓN A LA GUÍA

Mi propósito con la Guía que presento, es que sirva como instrumento vivo y dinámico de evaluación de situaciones de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista en el niño/a. El objetivo es conseguir que con las revisiones y actualizaciones que nos dicte la experiencia y práctica de su utilización, la detección, diagnóstico y tratamiento, se hagan en la medida de lo posible desde los 3 a los 12 meses de vida del niño/a, y como muy tarde, antes de los 3 años, que es cuando el funcionamiento autista del niño se consolida e interioriza pasando a formar parte de su personalidad. En el caso contrario, los tratamientos son más largos y menos satisfactorios.

El grupo de Estudios de los Trastornos del Espectro Autista, (TEA), del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras,

* Este texto es una condensación y resumen de la Guía en la que estoy trabajando desde hace varios años y que estoy ultimando para su publicación y posterior validación estadística. Ha sido especialmente preparado para su publicación en la revista "Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente".

** Juan Larbán Vera. Psiquiatra y Psicoterapeuta. E-mail: juan.larban@gmail.com

Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, en su informe sobre Demora Diagnóstica en los TEA, (2004), expone, entre otros, los siguientes y alarmantes datos que lamentablemente pienso que siguen vigentes hoy día:

1. Las familias son las primeras en detectar signos de alarma en el desarrollo de su hijo/a. Entre un 30%-50% de padres detectan anomalías en el desarrollo de sus hijos en el primer año de vida.
2. Desde que las familias tienen las primeras sospechas de que su hijo/a presenta un trastorno en su desarrollo hasta que obtienen un diagnóstico final pasan 2 años y dos meses de promedio.
3. La edad media en la que el niño recibe un diagnóstico de TEA es de 5 años.
4. El diagnóstico de los 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).

Este retraso en el diagnóstico y su correspondiente tratamiento se produce a pesar de que en el primer año de vida y como muy tarde entre los 18 y 24 meses, hay muchas señales que hacen sospechar que el desarrollo de sus hijos no es normal y esto les lleva a los padres a pedir ayuda. En muchos casos los padres han acudido a los profesionales que no han sabido reconocer los síntomas. A causa de ello, los niños pueden estar sin tratar o recibiendo tratamientos psicológicos más inespecíficos. El diagnóstico se realiza antes cuando hay déficit cognitivo grave asociado a malformaciones.

Todo esto ocurre sabiendo que los tratamientos que dan mejores resultados, (que cumplen entonces una función preventiva

primaria y evitan en muchos casos el desarrollo del funcionamiento autista), son los que se realizan durante el primer semestre y si no es posible, dentro del primer año de vida del niño. Un tratamiento psicoterapéutico adecuado basado en la interacción precoz padres-hijo, interrumpe el proceso evolutivo autista patológico (proceso de graves consecuencias) y permite al niño un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos.

Hasta ahora, las guías y escalas de evaluación del riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista en el niño sólo sirven para la etapa evolutiva de los 18 meses en adelante. Están basadas en los signos de riesgo en el bebé y no tienen en cuenta los signos de riesgo presentes en el entorno cuidador del bebé ni en el desarrollo de la interacción entre ambos (elemento fundamental en esta etapa precoz del desarrollo del psiquismo temprano del ser humano), interacción que mas allá de lo constitucional del bebé, puede ser generadora tanto de una evolución sana como patológica.

A PROPÓSITO DEL HIJO/A EN EL DESEO DE LOS PADRES

El ser humano está inserto en las mallas de la filiación, lo que hace que el hijo se inscriba en una cadena de deseos, fantasmas y mitos. Los padres transmiten no solamente un capital genético sino también una herencia cultural.

El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente. Forma parte de la realización de la familia y de la micro-estructura emocional que la constituye. Puede también enmascarar otros deseos; por ejemplo, el de comprobar su fecundidad y para ello quedarse embarazada o provocar un embarazo "no deseado". Puede ser también la expresión del deseo de encontrarse con su propia infancia. El deseo de tener un hijo está ligado a la pulsión de vida, al deseo de inmortalidad y a la transmisión transgeneracional o intergeneracional.

En cuanto a la transmisión de los contenidos psíquicos inconscientes 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 Intergeneracional* y la *Transmisión Transgeneracional*.

Hablamos de Transmisión Intergeneracional 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. Incorporación e interiorización, basada en la comunicación empática, de contenidos psíquicos inconscientes.

Por otra parte, hablamos de Transmisión Transgeneracional cuando la transmisión entre generaciones de contenidos psíquicos inconscientes está en el origen de brechas narcisistas, de cuerpos extraños intra-psíquicos, de objetos internos perseguidores y de círculos viciosos psicopatológicos (identificación al agresor e identificación proyectiva = Proyectar en el otro aspectos de sí mismo rechazados y negados).

En el primer caso se efectúa una transmisión intergeneracional de elementos psíquicos asimilables y elaborables, útiles e incluso indispensables para el desarrollo psíquico. En el segundo caso, se efectúa una transmisión transgeneracional de elementos y contenidos psíquicos inconscientes no elaborables (no dichos, fantasías inconscientes encriptadas y encapsuladas que actúan como cuerpo extraño, etc.) y 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.

La alianza parental facilita la función parental, que a su vez se ve facilitada por el intercambio interactivo entre los padres a propósito del bebé, incluso antes de su nacimiento. La in-

teracción padres-bebé es evolutiva cuando las identificaciones empáticas predominan sobre las identificaciones con el agresor y sobre las identificaciones proyectivas.

INTRODUCCIÓN AL DESARROLLO PRENATAL DEL BEBÉ

Vida intrauterina

Estudios recientes efectuados mediante la ecografía, han hecho posible la observación del feto en su ambiente uterino sin ser molestado. Han permitido también realizar una investigación longitudinal de la evolución intrauterina y postnatal de un número determinado de niños (Piontelli, 2002).

La información recogida, basada en las experiencias sensoriales y motrices del feto y su comprensión, tanto desde la perspectiva interactiva como psicoanalítica, permiten pensar que es posible la existencia en el feto de una rudimentaria vida mental antes de su nacimiento y desde el primer trimestre de vida intrauterina.

Parece entonces posible que ciertas formaciones patológicas y defensas puedan comenzar a desarrollarse en el feto. Esta posibilidad sería válida también en el caso del funcionamiento autista del niño/a.

Estos estudios sobre la conducta del feto sugieren también cierta continuidad entre aspectos de la vida prenatal y postnatal, en la evolución del desarrollo del niño/a.

Todo ello nos hace pensar que la interacción entre “herencia” y “ambiente” comienza mucho antes de lo que pensábamos y que ciertas experiencias prenatales pueden ejercer un efecto emocional profundo en el niño/a, especialmente si estos acontecimientos prenatales se ven reforzados por experiencias postnatales. Esto no significa que todo comportamiento extrauterino de los niños objeto de observación intrauterina ha de atribuirse a experiencias prenatales; la interacción postnatal con los progenitores juega también un importante papel.

Diversas investigaciones en este campo han demostrado que todos los sentidos humanos comienzan a ser operativos durante el segundo trimestre del embarazo y que el feto va

respondiendo a los estímulos auditivos, táctiles, de presión, térmicos, vestibulares, gustativos y dolorosos.

Dentro de los factores que pueden afectar la atmósfera intrauterina están las emociones de la madre, pudiendo afectar al feto las que son de gran intensidad y de larga duración.

De ahí la necesidad de que la madre durante la gestación esté bien cuidada y que ella se sienta bien cuidada por su entorno más próximo.

Los signos de alarma como factores de riesgo de posible funcionamiento autista en la vida fetal se corresponden con fetos pasivos, que presentan movimientos auto-sensoriales repetitivos y duraderos, así como una tendencia a no explorar su entorno uterino.

ENTORNO CUIDADOR DEL NIÑO/A

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

Entorno familiar

Las familias y padres, “señalados” en el pasado como “culpables” del sufrimiento y “enfermedad” de su hijo/a, han estado durante mucho tiempo “paralizados y como en estado de Shock” ante semejante “acusación” sin fundamento.

Afortunadamente, con el paso del tiempo y al amparo del “tejido” asociativo, la mayoría de las familias de afectados ha reaccionado y buscado una respuesta más adecuada del entorno profesional y social a su sufrimiento, así como a sus múltiples y complejos problemas que les toca padecer cuando se ven inmersos en el hecho dramático de asistir, con una profunda y

dolorosa sensación de impotencia e incompetencia al desarrollo en su hijo/a, de una “enfermedad” de las llamadas “raras” e incurables. Es más, las familias, han colaborado en la creación de recursos públicos, desarrollado servicios de atención y apoyo a su colectivo, y algunas de ellas, declaradas de utilidad pública, están prestando servicios complementarios, o sustitutivos, de los inexistentes en la red de salud pública.

En lo que respecta a los trastornos mentales severos en la infancia y en especial el funcionamiento autista precoz en el niño/a, las familias, y en especial los padres, se encuentran “desgarrados” por un conflicto que nace de su ambivalencia o de actitudes defensivas inconscientes de tipo disociativo. (Disociación: Desconexión entre cosas generalmente asociadas entre sí). Muchos de ellos fruto de su ambivalencia afectiva (Ambivalencia: Estado de ánimo, transitorio o permanente, en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos), se dan cuenta de las alteraciones en el desarrollo de su hijo/a, e incluso su posible gravedad, al mismo tiempo que esperan, como es lógico y legítimo, equivocarse en su percepción y que su hijo/a no padezca lo que intuyen que tiene.

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

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

Si no se reconoce y afronta el problema, asumiendo su parte de responsabilidad en el mismo, difícilmente se podrá resolver dicho problema.

Voy a transcribirles como ejemplo de lo dicho anteriormente, un fragmento de un documento editado por una asociación de familias de personas con autismo que muestra, como lo que les

he comentado antes sobre la causalidad lineal (hoy día superada por la visión interactiva y multifactorial) de estos trastornos, interpretada y posiblemente difundida de forma inadecuada en el pasado, “señalando” a las familias injustamente y, en especial, a los padres como “causantes” del trastorno, arrastra todavía consecuencias y heridas no cicatrizadas en ellos.

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

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

Entorno profesional

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

Si los profesionales no somos ni estamos suficientemente receptivos ante el sufrimiento y problemática de estos niños y sus familias o no estamos suficientemente formados para res-

ponder a este tipo de demandas (detección, diagnóstico y tratamiento precoces), nos podemos encontrar ante situaciones en las que bien sea por omisión o por actuación, con la mejor de las intenciones, en lugar de ayudarles, les perjudiquemos.

Entramos aquí, en la necesidad de formación continuada de los profesionales, que en el caso de esta Guía se ocuparían de la detección, diagnóstico y tratamiento precoces y que por orden e importancia de su intervención serían los servicios de pediatría de atención primaria, los equipos de educación maternal e infantil, los equipos de atención temprana y de salud mental infante-juvenil. Formación continuada concebida a la vez como una exigencia ética irrenunciable del profesional y como los “cuidados necesarios del cuidador profesional” para el mejor y más adecuado desempeño de su labor, así como para evitar el síndrome del “profesional quemado”.

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

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

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

Se evitarían así, no solamente muchos efectos perjudiciales que sin querer provocamos en las personas que nos piden ayuda y que de por sí se encuentran en situación de sufrimiento y vulnerabilidad, sino también que la necesidad de cuidarnos se convierta en la necesidad de “cuidarse de”, en el sentido

de protegerse defensivamente, de los que esperan de nosotros una ayuda personal (humana, de sujeto a sujeto), y profesional (objetiva, pero sin tratar al otro como mero objeto de estudio, de trato, de tratamiento).

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

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

Quizás, lo que hacía difícil o imposible dicha detección precoz antes de los 18-24 meses era el tipo de selección y de elección que se había hecho hasta ahora, tanto del objeto a investigar, como del método de su observación e investigación ya que estaba exclusivamente centrado en el niño/a.

La ideología rígidamente aplicada a la política sanitaria en el campo de la salud mental infanto-juvenil puede hacer que nos encontremos, como es el caso en España, con que la canalización de la demanda hacia los servicios de salud mental infanto-juvenil, que es realizada de forma exclusiva a través los servicios de atención primaria pediátricos, provoque que se pierdan en el camino un buen porcentaje de casos. Nos tendríamos que plantear seriamente la conveniencia de que la demanda de ayuda dirigida a los servicios de salud mental infante-juveniles también pueda hacerse directamente desde las familias y desde los equipos educativos y sociales.

Entorno social

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

Sociedad somos todos y cada uno de nosotros.

Tenemos una gran responsabilidad social consintiendo que en España se mantenga durante tanto tiempo el panorama de-

solador descrito por el informe del Instituto de Ciencias de la Salud Carlos III, resumido en la introducción de esta Guía, referente a los TEA, su detección, diagnóstico y tratamiento.

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

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

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

¿Hasta cuándo?

COMPETENCIAS PRECOCES DEL BEBÉ

Estas tres últimas décadas han supuesto un cambio importante en la forma de ver y observar al bebé en la interacción con su entorno. Uno de los pioneros que influyeron en este cambio fue Brazelton, década de los 80, pediatra norteamericano que contribuyó poderosamente en la difusión del concepto de competencia precoz del bebé y desarrolló para los pediatras escalas de evaluación del desarrollo del bebé en las que incluía la observación y valoración de las competencias precoces del recién nacido.

La visión que se tenía hasta entonces del bebé como un ser desamparado, poco competente e incapaz para desenvolverse en la vida cambió al observarlo desde la óptica de su extraordinaria potencialidad, hecha realidad a través de su interacción con el entorno cuidador.

Cada vez son más numerosos los estudios e investigaciones que muestran el extraordinario potencial evolutivo que tiene el ser humano para desarrollarse progresivamente como sujeto en su interacción con el entorno. Se podría decir que el ser humano nace “programado” para “reprogramarse” en la interacción con su entorno cuidador. (J. Manzano).

A PROPÓSITO DE LAS FUNCIONES PARENTALES Y DEL DESARROLLO POSTNATAL DEL BEBÉ

En el primer año de vida se constituyen y desarrollan los cimientos, los fundamentos del ser, del sí mismo en interacción con el otro, con su entorno cuidador, que lo “alimenta”. Paso previo a la constitución posterior del yo y de la identidad del sujeto.

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 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.

Como vemos, la persona que ejerce la función paterna juega también un importante papel en el desarrollo del hijo/a, 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/a, y en la interacción padres-hijo/a, 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/a, aumenta considerablemente la resiliencia del niño/a, y en caso de inicio y desarrollo de un funcionamiento autista, mejora también su pronóstico evolutivo.

El bebé discrimina desde los 4 meses la interacción con el padre de la que tiene con la madre. Juegos más arriesgados como el del avión o soltarlo hacia arriba para recogerlo en brazos suelen practicarlos los padres. Juegos que excitan y despiertan la atención de los bebés.

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 tridimensionalidad el espacio de la interacción dual madre-bebé.

La cuarta dimensión del espacio-tiempo en el que vive su experiencia y construye su mundo interno el bebé, la constituye 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.

En la interacción real padres-bebé se podría decir que los padres “hacen” al hijo en la medida (menor) en que el bebé a su vez va “haciendo” a los padres. Un bebé constitucionalmente “vivo y despierto” que reclama y atrae la atención de la madre puede en cierta medida hacerla salir de su repliegue o retirada relacional si está ligeramente deprimida.

Si el bebé tiene un tono vital apagado o es un bebé ansioso, hiper excitado y excitable, difícil de calmar y de consolar y entra en interacción con la persona que hace la función materna que está afectada por un proceso depresivo y/o ansioso grave, podemos comprender que las cosas se compliquen para ambos.

Lo mismo podríamos decir del caso de un bebé poco comunicativo y estimulante en interacción con un entorno cuidador poco receptivo y comunicativo.

Lo constitucional del bebé, puede mejorar y desarrollarse o bloquearse y desviarse en su desarrollo en función de la evolución de la interacción con su entorno cuidador y a su vez, de éste con el bebé.

El bebé en condiciones normales nace con un potencial de desarrollo extraordinario llamado “competencias del bebé”, pero, debido a su inmadurez al nacer, necesita para su plena evolución que la persona que ejerce la *función materna* se preste a brindarle los cuidados que necesita, pero también que le preste su aparato y funcionamiento psíquico en la medida que él va desarrollando paulatinamente el suyo propio.

En el caso del desarrollo del psiquismo temprano en el bebé, la constitución del mundo interno del potencial sujeto que es el niño/a, se logra en base a la progresiva interiorización e incorporación de la función cuidadora del entorno, del objeto-sujeto cuidador y de la interacción entre ambos.

El bebé humano es un ser social, muy sensible a las violaciones de sus expectativas en materia de interacción con su entorno cuidador.

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

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 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 con el hijo. (Ver Manzano, Palacio, Zilkha, 1999, en su libro *Los escenarios narcisistas de la parentalidad*).

Esta fantasía primaria inconsciente 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 un papel determinante en el futuro de la interacción padres-bebé.

Dicha fantasía se pone de relieve cuando se les pregunta a los padres qué sintieron y en quién pensaron al ver por primera vez a su hijo o al tener a su bebé por primera vez en 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 de forma durable en algunos casos la modalidad de la interacción que se establece entre ambos y con su bebé.

El fruto de estas proyecciones maternas y de esta 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.

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/a habla!, ¡el niño/a anda!

Lo madurativo hace referencia a lo biológico y el concepto de desarrollo hace referencia a la interacción de lo madurativo con el entorno y viceversa. Ejemplo: La constitución y maduración normal del cerebro y del sistema nervioso facilita la comunicación y relación del bebé con su entorno. A su vez, una interacción adecuada del entorno cuidador con el bebé facilita y potencia el desarrollo cerebral y del sistema nervioso así como las múltiples, diferentes y complejas funciones que le corresponden.

En el caso de una interacción real y fantasmática generadora de desviaciones hacia la psicopatología, las cosas se complican, las situaciones se repiten, se confunden y se agravan. La evolución se para; lo que se abre se cierra; lo evolutivo se convierte en defensivo, regresivo y anti-evolutivo; lo patológico, de forma circular tiende a repetirse, a proyectarse, a cronificarse; no hay cambio; no avanzamos y acabamos siempre en el mismo sitio.

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 y/o entorno cuidador.

El estudio del continuo evolutivo de la interacción precoz entorno cuidador-bebé y en especial de padres-bebé, pone de relieve la presencia de factores de riesgo, en esta guía presentados como signos de alarma de evolución hacia un funcionamiento autista en el niño/a que no son elementos causales por sí mismos.

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.

Llegados a este punto, conviene señalar que 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 distintos signos de alarma hacia un determinado proceso evolutivo.

En la etiopatogenia de los trastornos mentales en el ser humano, incluido el autismo, pensamos que intervienen tanto los factores de vulnerabilidad (psico-biológicos), como los factores de riesgo (psico-sociales), en estrecha interacción potenciadora de los unos con respecto a los otros.

De la misma forma pensamos que los factores protectores de la salud mental (biológicos y psicosociales), interactuando entre sí, potencian la resiliencia y la salud mental del sujeto.

Los factores o indicadores de riesgo por sí solos no son elementos etiológicos ni etio-patogénicos. Los factores de riesgo aislados representan un débil potencial de riesgo. Sin embargo, su presencia acumulativa y repetitiva en la interacción precoz del entorno cuidador con el bebé y viceversa, lleva a desviaciones y malos resultados en términos de desarrollo, sobre todo si esto ocurre en los momentos sensibles de constitución en el bebé de una determinada función.

La gran capacidad de resiliencia 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. La acumulación de factores de riesgo hace fracasar su resiliencia.

Los signos de alarma que persisten con el paso del tiempo, son indicadores de un desajuste y un desencuentro relacional repetitivo, prolongado y no reparado en la interacción precoz madre-bebé.

Para avanzar en esta breve introducción y aproximación a la comprensión del desarrollo del bebé hasta los 12 meses de

vida y la detección precoz de factores de riesgo en su evolución hacia un posible funcionamiento autista, unas consideraciones sobre el hecho de que en la balanza interactiva que decide 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 resiliencia o resistencia del niño frente a las adversidades que la vida le depara obstaculizando su desarrollo normal.

En lo que respecta al entorno cuidador

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

Por otro lado, en esta balanza también influyen el potencial de cambio, la capacidad de pedir y aceptar ayuda y soporte externos, la capacidad de asumir su responsabilidad en la situación y de ejercer una función reparadora, etc.

Todos ellos son factores que pueden mejorar el pronóstico evolutivo y aumentar el grado y capacidad de resiliencia o resistencia del bebé, de los padres, de la familia y del entorno cuidador, frente a las adversidades de la vida.

Para la prevención y sobre todo la prevención primaria, en psicopatología como en otras ciencias es importante que los indicadores de riesgo tengan cierto carácter predictivo en cuanto a un determinado tipo de evolución, caso de que la situación de riesgo persista y no cambie.

No obstante, hay que subrayar que prevención no es predicción. Siempre hay un espacio para un posible encuentro evolutivo (Golse).

Sin embargo, no olvidemos que el dejar que dicho encuentro con posibilidades evolutivas y no repetitivas lo decida el azar o el paso del tiempo (que sin posibilidad de cambio es un elemento cronificador), es incrementar la situación de riesgo para el bebé.

Hay que tener en cuenta, además, que las actitudes del entorno cuidador facilitando u obstaculizando el desarrollo del bebé así como las capacidades o dificultades del bebé para comunicarse con su entorno no son algo constante e inmutable.

Esto supone admitir que el bebé, en situación de riesgo evolutivo hacia un funcionamiento autista, incluso en el peor de los casos, puede tener acceso a momentos en los que sea capaz de vivir, aunque sea de forma fugaz y transitoria, la experiencia de la intersubjetividad, es decir, la capacidad de compartir lo vivido con el otro.

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

La posibilidad o no, de que estas experiencias compartidas sean realidad en la interacción padres-bebé depende de múltiples factores imposibles de predecir y detectar en un “corte” transversal de la situación existencial del bebé pero son más difíciles de pasar desapercibidos cuando la observación y evaluación del riesgo evolutivo del bebé se hace en un continuo evolutivo que incluye la interacción entre bebé y entorno cuidador.

Sin negar la posible influencia de factores constitucionales y genéticos, cuya investigación es de obligado cumplimiento, no podemos sin más, estar a la espera de conocer los resultados de las pruebas biológicas realizadas sin intervenir terapéutica y precozmente sobre la interacción entorno-cuidador-bebé.

Esta intervención adecuada puede ser determinante para el futuro del niño y su familia.

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Estudios epidemiológicos recientes (1999) muestran una prevalencia en aumento. Una de cada 500 a 1.000 personas estaría afectada por autismo infantil. De 0 a 3 años, uno de cada 300 a 500 niños estaría también afectado. La prevalencia marcadamente creciente reafirma la necesidad de incrementar la prevención así como la detección y tratamiento lo más precozmente posible del funcionamiento autista en el niño.

Según nuestra experiencia, dicha prevalencia sigue en aumento y los trastornos de tipo autista así como los TMS (Trastornos Mentales Severos) en la infancia, se están convirtiendo en un problema de Salud Pública importante que requiere intervenciones preventivas y terapéuticas de carácter prioritario y urgente.

El día 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 TEA, 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 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 de carácter tóxico como por ejemplo el mercurio, pero muy poco o nada se hace para investigar la posible influencia de los factores de riesgo ambientales de origen relacional o interactivo que tienen que ver con aspectos culturales y psicosociales.

En el ámbito de los TEA, las intervenciones adecuadas, realizadas cuanto más precozmente mejor (prevención, detección,

diagnóstico y tratamiento), evitarían que los niños afectados no puedan acceder a funciones básicas y vitales para su desarrollo y la interacción con el otro como pueden ser: el acceso a la intersubjetividad, a la sociabilidad, a la comunicación y al lenguaje, en un momento crítico para el niño/a, en el que la plasticidad en el desarrollo cerebral, así como la curiosidad por el otro y lo otro, están en auge en los niños que tienen un desarrollo sano y normalizado.

LO GENÉTICO Y LO AMBIENTAL

Desde la genética se da un papel fundamental a la causalidad pluri-genética (red de genes) y multifactorial (factores múltiples y diversos) así como a la interacción del sujeto y de lo genético-constitucional con el entorno en cuanto a la aparición y desarrollo o no, de alteraciones (incluso morfológicas) y enfermedades genéticamente “predeterminadas”.

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

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

“Quizá los rasgos más heredables, si es que podemos hablar en estos términos, serían, por ejemplo, la habilidad en el conocimiento en que la herencia nos daría un 50 por 100, la tendencia a la extroversión sería un poquito más, un 54; así como la personalidad abierta, cordial, simpática, que llegaría a un 57 por

100; la tendencia al tradicionalismo, un 54 por 100: la tendencia a la neurosis la situaríamos en un 48 por 100 y la tendencia a la agresividad quedaría en un 38 por 100. Pues bien, con todo ello, que no es más que un juego, la posibilidad de que esos rasgos se desarrollen depende de usted. De su libertad, que la tiene, y de factores ambientales que influyan en que esas tendencias cristalicen”.

Estos tres párrafos que preceden a éste son declaraciones recientes del profesor Francis S. Collins, médico genetista y director a escala mundial del proyecto “Genoma” o si se prefiere, supervisor del proyecto más ambicioso de la ciencia moderna: ordenar, clasificar y conocer a fondo, todo el mapa genético del ser humano.

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, con el objeto encontrar respuestas a las preguntas que la genética pura y dura no puede responder, describe al conjunto de interacciones existentes entre los genes (genoma) y su entorno que conducen a su expresión fenotípica. (Fenotipo = Manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente). Dicho de otro modo: el material genético contenido en los genes se manifestará y se hará visible o no en función de la interacción con el medio. Algunos llaman a esta disciplina la epigenética, el segundo genoma o “el interlocutor entre genoma y ambiente”.

“La diferencia entre genética y epigenética probablemente puede compararse con la diferencia que existe entre escribir y leer un libro. Una vez que el libro ha sido escrito, el texto (los genes) será el mismo en todas las copias. Sin embargo, cada lector podría interpretar la historia del libro de una forma ligeramente distinta, con sus diferentes emociones y proyecciones, que pueden ir cambiando a medida que se desarrollan los capítulos” (Jenuwein, investigador austríaco). Lo escrito en los genes no solamente se manifiesta, “se lee o interpreta” en función de la interacción con el medio, sino que éste a su vez puede influir sobre lo genético transformando lo escrito en los genes.

“Hay que luchar contra el determinismo genético. El genoma nos da una tendencia a ser de cierta manera, pero es cómo

vivimos lo que hace que seamos de una forma determinada” dice Manel Esteller, director de epigenética del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (Madrid) y del Instituto Catalán de Oncología (Barcelona).

Sus investigaciones con personas genéticamente idénticas son conocidas en todo el mundo por su importancia y trascendencia. El investigador español ha estudiado a decenas de parejas de gemelos de distintas edades, y ha podido observar cómo la forma de vida va dejando sus huellas (a través de marcadores químicos) en forma de genes que se encienden y se apagan. (Lo epigenético sería el interruptor de la luz en este caso). Un solo dato ilustra bastante bien los hallazgos de Esteller: las diferencias en las marcas químicas presentes en los genes, cambios epigenéticos, de gemelos de 50 años son cuatro veces mayores que las que se pueden encontrar en gemelos de sólo tres años. Además, la disparidad aumenta a medida que aumentan las diferencias en el estilo de vida. “Cada vez hay más datos que sugieren que la epigenética sana se transmite a las generaciones futuras, y la alterada, también”, asegura Esteller.

De hecho, la epigenética, además de su impacto directo en nuestras vidas, remueve los cimientos de la mismísima teoría de la evolución. Parece que Charles Darwin no tenía toda la razón. Por su parte, el despreciado Jean-Baptiste Lamarck, un naturalista francés ligeramente anterior a Darwin, que de alguna manera ya había descrito la epigenética en el siglo XIX, debería obtener finalmente su lugar en el olimpo científico. Para Darwin, los cambios en el ADN que se dan en el proceso evolutivo son fruto del azar, mientras que Lamarck sostenía que se producen debido a la interacción con el medio ambiente y a la adaptación a él.

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

Lo que hacemos con lo genético; cómo vivimos, comemos, sentimos y pensamos, también influye en lo que somos. Estudios recientes demuestran que podemos introducir cambios en

nuestro genoma que pasarán a nuestros descendientes. La realidad es que no somos lo que está escrito en nuestros genes, sino lo que hacemos con ellos. La realidad es que podemos introducir cambios en nuestro genoma, y, lo que es aún más impactante, las modificaciones que introduzcamos pasarán a los hijos y a los nietos.

“Si pensamos siempre de la misma manera y nos comportamos de la misma manera, el cerebro no cambia. Lo que tenemos que hacer es forzar al cerebro a activarse de forma diferente. La idea biológica que subyace a esta afirmación es que es necesario romper los hábitos, proponerse actuar, pensar e incluso sentir de una manera distinta a la habitual. De este modo se estimula la creación de nuevas conexiones neuronales a la vez que se debilitan las que nos mantienen en el mismo círculo de repeticiones”. (Dispenza, bioquímico estadounidense especializado en el funcionamiento de la mente).

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

Los resultados de la investigación sobre la plasticidad neuronal ponen de relieve una vez más la estrecha interacción entre lo genético-constitucional-neuronal y la experiencia del sujeto en la interacción con su entorno y en este caso, con el entorno cuidador; experiencia capaz de modular y cambiar no solamente la huella psíquica, sino también la huella neuronal del sujeto que la vive. (Ansermet, Magistretti 2004).

Experiencia psíquico-neuronal que está en la base del aprendizaje y desarrollo humanos. Experiencias positivas para el desarrollo del bebé que facilitan la comunicación inter-neuronal y el desarrollo de su sistema nervioso, así como de su capacidad de comunicarse y relacionarse con su entorno y consigo-mismo y experiencias negativas o anti-evolutivas que impiden dicho

proceso comunicacional y relacional y por tanto su adecuado y normal desarrollo bio-psico-social.

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

Lo genético predispone pero no determina el porvenir del sujeto.

Pensamos que esto es así en el caso del funcionamiento defensivo de tipo autista en el niño. Los resultados de tratamientos precoces y adecuados lo prueban y confirman en muchos casos.

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

No podemos esperar sin intervenir terapéuticamente, ni a los resultados diagnósticos ni a la comprobación de su causalidad genética. Todavía menos a que aparezcan tratamientos genéticos y biológicos eficaces. La realidad es la existencia de una situación de riesgo que se puede cambiar y una evolución patológica y gravemente discapacitante que, en muchos casos, se puede evitar.

A PROPÓSITO DE LA GUÍA

Esta Guía nos “obliga” a ver, pensar y comprender el desarrollo del bebé y su posible desviación hacia un funcionamiento patológico de tipo autista en la medida en que vamos

acompañando y siguiendo la evolución del niño en interacción con sus padres durante su primer año de vida.

En un lado de la interacción estaría el bebé y en el otro los padres. Si a las dificultades para comunicarse y relacionarse con su entorno cuidador presentes en el niño/a, bien sea a través de su temperamento o de la presencia de un déficit o malformación, se añaden dificultades parecidas, presentes de forma repetitiva y durable en los padres tal y como las que describimos en la guía, podemos comprender la situación de riesgo evolutivo que esto representa para el bebé que es el miembro más necesitado y vulnerable de los dos elementos de la interacción.

Lo que ha sido más laborioso en la elaboración de esta Guía, ha sido el seleccionar aquellos factores de riesgo que presentes en los padres, dificultan, en su interacción con el bebé, su desarrollo sano y facilitan sin quererlo y sin poder evitarlo, el desarrollo del funcionamiento autista en su hijo/a.

Mas allá de la psicopatología de tipo narcisista presente frecuentemente en los padres y que en función de su gravedad determina la intensidad y carácter imperioso de las proyecciones que ejercen sobre su hijo impidiendo su reconocimiento como sujeto separado y diferente, hemos tenido que seleccionar aquellos aspectos de los padres que, presentes en la interacción con su hijo, dificultan e incluso impiden de forma duradera y repetitiva el acceso de éste al mundo de la intersubjetividad.

Por eso hemos elegido en la persona que ejerce la función materna, aquellos aspectos defensivos que dificultan o impiden desarrollar la capacidad de intersubjetividad; es decir, de compartir la experiencia tanto intencional, incluida la sensación de movimiento, como la emocional y la cognitiva con su bebé. Sería el caso de una depresión “desconectada o disociada de la vida emocional” y también, el caso de la presencia de dificultades que por exceso o por defecto imposibilitan la identificación empática, y los que impiden que el bebé, a través de la experiencia de ensimismamiento, pueda encontrarse progresivamente a sí mismo como sujeto.

En lo que respecta a la función paterna, hemos seleccionado aquellos aspectos que no solamente no apoyan ni sostienen la creación y desarrollo de la función materna, necesaria para el

desarrollo sano del bebé, sino que además la interfieren y obstaculizan, potenciando el desarrollo del funcionamiento autista en el bebé.

También hemos seleccionado en lo que respecta a la función paterna, aquellos aspectos que presentes en la interacción con la relación diádica madre-bebé, dificultan o impiden el ejercicio de la función paterna, necesaria para la triangulación y la inscripción del sujeto-bebé en el espacio tridimensional, familiar, grupal y social.

Por último, hemos dado especial importancia a aquellos aspectos presentes en el bebé tales como deficiencias y discapacidad, sobre todo de tipo sensorial y motor que dificultan la comunicación y relación con el otro así como la investidura adecuada de los padres hacia su hijo/a y el “trabajo” del bebé para conseguir que sus padres estén presentes y receptivos en la interacción, respondiendo adecuadamente a sus necesidades evolutivas.

¿QUÉ ES EL AUTISMO?

Etimológicamente, autismo proviene del griego *Auto*, de *Autós* que significa propio, uno mismo. Es curioso ver cómo 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 el poder 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, como podrán ver a continuación, 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 va también 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 y sobre todo comprenderse, el niño necesita que previamente, la persona que le cuida 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 de los que estamos hablando suelen carecer o poseer como un bien escaso, incluso cuando en algunos casos hacen una evolución considerada como favorable.

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.

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 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 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 (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).

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE AUTISMO

Fue el psiquiatra suizo Eugene Bleuler quien utiliza este término por primera vez en 1912. La clasificación médica del autismo no ocurrió hasta 1943, 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 exhibían características similares. El trabajo del Dr. Asperger, sin

embargo, 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 auto-estimulador y “extraños” movimientos de aquellos niños. Asperger notó, más bien, sus intereses intensos e inusuales, su repetitividad de rutinas, y su apego a ciertos objetos. Indicó que algunos de estos niños hablaban como “pequeños profesores” acerca de su área de interés, y propuso que para tener éxito en las ciencias y el arte, un poco de autismo puede ser útil.

Aunque tanto Hans Asperger como Leo Kanner posiblemente observaron la misma condición, 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 respectivamente. Lorna Wing consideró en su época que ambos síndromes podían formar parte de un continuo evolutivo.

En la actualidad se ha generalizado el término de Trastorno del Espectro Autista, TEA, 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.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO/A Y UTILIZACIÓN CLÍNICA DE LAS CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS VIGENTES: DSM-IV Y CIE-10

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 la clínica. Al introducir la noción de Trastornos del Espectro Autista (TEA) se ha intentado señalar la noción dimensional de continuo evolutivo más que de una categoría diagnóstica; sin embargo, en la comprensión y aplicación clínica de las clasificaciones diagnósticas se confunden ambas nociones con cierta frecuencia.

Veamos algunos ejemplos:

Hay bastantes niños con Síndrome de Asperger diagnosticados de TDAH (trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad) según el protocolo vigente que no discrimina suficientemente el diagnóstico diferencial entre uno y otro al no tener en cuenta el continuo evolutivo.

En el diagnóstico de TDAH, visto como síndrome, es decir, como un conjunto de síntomas, se incluyen, como en un “cajón de sastre”, tanto los niños con un funcionamiento psicótico, como por ejemplo, los afectados de psicosis disociativa, como los que padecen también dicho síndrome, sin tener en cuenta que puede ser una manifestación defensiva de tipo maniaco o hipomaniaco, y como tal, una de las manifestaciones clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad. El abordaje terapéutico, tanto en el aspecto psicofarmacológico como psicoterapéutico, es diferente en un caso y en otro. Sin embargo, desde la visión nosográfica y no estructural, (de la personalidad de base del niño/a), el tratamiento indicado puede ser el mismo para uno y otro.

Otros niños con Síndrome de Asperger están siendo diagnosticados de Trastorno de Lenguaje con la aplicación instrumental de su correspondiente tratamiento; de tipo farmacológico en el caso anterior y de tipo logopédico en este caso, dejando de lado y sin tratar el funcionamiento autista del niño con Síndrome de Asperger. Se diagnostican síndromes y se tratan síntomas pero la psicopatología de base queda sin diagnosticar y sin tratar. Se les proporcionan prótesis para andar por la vida, sin ayudarles a desarrollar las funciones psicológicas y relacionales básicas que les faltan.

Hay niños que mediante estos tratamientos de tipo instrumental consiguen acceder al mundo del lenguaje pero muchos de ellos siguen utilizando pensamiento, lenguaje y movimiento

de forma “rara” por lo desconectada del contexto en que se producen. Utilizan esas capacidades adquiridas como “objetos autísticos” además de no poder conseguir desarrollar suficientemente la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro y consecuentemente, la capacidad de empatía.

Cuando escuchas hablar de autismo y, sobre todo, si se utilizan como referencia clínica las clasificaciones diagnósticas mencionadas, se diría que dentro del Espectro Autista estamos en presencia de distintos síndromes relacionados con el autismo pero separados y diferenciados de él.

La visión, mas allá de los síntomas, que la experiencia clínica y la formación, me han ido proporcionando a lo largo de los años me ha llevado hacia un camino diferente en la comprensión del funcionamiento autista en el niño y en el adulto.

Cuando hablo de funcionamiento autista, me refiero a un funcionamiento defensivo, no evolutivo, no relacional ni comunicativo, de tipo psicótico, debido a la naturaleza profunda y primitiva del origen del trastorno y a la utilización y establecimiento de defensas muy primitivas y arcaicas. Estas defensas, que protegen a la vez que impiden el desarrollo del niño/a, a medida que se van estableciendo y consolidando, van generando y aumentando toda una serie de deficiencias, cognitivas, relacionales, emocionales, sociales y conductuales en el funcionamiento psíquico del niño al mismo tiempo que van constituyendo y formando parte de su personalidad.

Desde nuestra perspectiva, los diferentes síndromes relacionados con el autismo serían formas clínicas y modalidades evolutivas del funcionamiento autista en el niño/a.

El Síndrome de Asperger, también llamado “autismo de alto rendimiento”, sería una forma clínica evolucionada del funcionamiento autista en la que el niño desarrolla toda una serie de habilidades, sobre todo cognitivas y de lenguaje que funcionan como un instrumento protésico que le va permitiendo avanzar en ciertas áreas de su funcionamiento psíquico pero quedando sin resolver el problema de fondo de su funcionamiento autístico.

En el caso del Síndrome de Rett en el que como en el caso anterior parece existir una relación con alteraciones genéticas,

cabe preguntarse si lo autístico de este “cuadro” clínico no tendría que ver con la constitución y desarrollo de ese mismo tipo de funcionamiento defensivo de tipo autista.

El Trastorno Desintegrativo de la infancia lo veo más bien como un proceso autístico de carácter regresivo, secundario a una vivencia de pérdida de “objeto” (cuidados, cuidador) y de relación de “objeto”, en un momento evolutivo del niño, (de 12 a 36 meses, aunque más frecuente alrededor de los 15 meses), en que la representación interna del “objeto” perdido no está suficientemente constituida ni desarrollada, en un niño/a vulnerable (insuficiente constitución y desarrollo del vínculo de apego con la persona de referencia que lo cuida) y con puntos de fijación o núcleos autísticos que habían pasado desapercibidos hasta entonces.

Este movimiento evolutivo de carácter regresivo es de naturaleza defensiva. El niño/a, ante la vivencia de pérdida y sobre todo de un “encadenamiento” acumulativo de pérdidas, se repliega sobre sí mismo, se aísla, y se retira de la relación con el otro. Depende de la resiliencia del niño/a y de la reacción del entorno cuidador el que este movimiento regresivo sea transitorio o adquiera carácter de gravedad y permanencia.

En cuanto al Autismo Atípico, la experiencia clínica me ha llevado a considerarlo como la presencia de rasgos de la personalidad o núcleos de funcionamiento autístico en el niño, que va saliendo o ha salido parcialmente de su “encierro” autista. Estos niños pueden evolucionar hacia una apariencia de relativa normalidad pero con secuelas más o menos graves y permanentes. La más característica y frecuente es la dificultad de establecer una relación de empatía con el otro. Bastantes de estos niños, de adultos, presentan una organización “límite” de la personalidad, de carácter inestable, con afectación narcisista y posibles descompensaciones de tipo psicótico alternando con la sensación amenazante y casi permanente de hundimiento psíquico, de pérdida del sentimiento de continuidad de su existencia y de pérdida del sentido de realidad.

En su tratamiento psicoanalítico, estos niños y adultos, a través del vínculo transferencial nos permiten entrar en contacto con esos mecanismos de defensa y núcleos autísticos de los que hablábamos anteriormente.

FORMAS CLÍNICAS DE EVOLUCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO/A

Las formas de evolución clínica de la psicosis autista en el niño/a tienen distintos grados de gravedad en función del nivel de retraimiento y de desconexión que presente el niño. Dicho de otro modo, la gravedad depende del grado de intensidad, de duración y del carácter masivo de sus defensas autistas.

La coraza defensiva con la que intenta protegerse el niño/a 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 los momentos de apertura a la interacción y en la interacción con el entorno de los que hablamos más adelante y que representan el acceso, aunque fugaz y transitorio en los casos más graves, a cierto grado de comunicación intersubjetiva con el otro.

La psicosis autista del niño/a puede evolucionar de más a menos gravedad, según el tipo de funcionamiento defensivo predominante en el niño.

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

Las formas clínicas de evolución del funcionamiento autista en el niño/a, que describimos esquemáticamente a continuación, conviven en mayor o menor grado unas con otras. Es el carácter predominante de un determinado sistema defensivo el que las define de forma “artificial” para entendernos entre profesionales.

No obstante, el tener en cuenta esta convivencia de formas clínicas, unas más graves junto con otras menos graves, puede ayudarnos a realizar pronósticos más finos y ajustados, teniendo en cuenta no solamente los aspectos psicopatológicos, sino también los más sanos tanto en el niño como en los padres, así como en la interacción entre ellos y su bebé.

La evolución más grave y de peor pronóstico es la que se orienta hacia una psicosis autista con predominio de un déficit psíquico y social.

En el caso del niño que evoluciona hacia una **psicosis autista deficitaria**, cuando la armadura defensiva que se va de-

sarrollando en el proceso autístico, aislándolo al mismo tiempo que protegiéndolo y encerrándolo, se “abre a la comunicación o cede ante el deseo incipiente de comunicarse con el entorno”, el niño/a, en su vinculación fugaz y transitoria con el objeto, destruye las representaciones de los objetos de su interés o deseo así como las vivencias afectivas asociadas, sin incorporarlas a su mundo interno. En los casos mas graves, destruye también las posibles conexiones y relación con el objeto. No aprende porque no inviste y además no incorpora, y en caso de hacerlo, no guarda o no retiene lo incorporado. No queda la huella del objeto en la memoria. Hay en estos casos una identificación adhesiva con los objetos.

Identificación adhesiva: De la misma forma que el niño en estos casos utiliza la mirada de forma periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, así se relaciona también con los objetos y personas; con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva tiene por objeto, entre otros, evitar la separación y diferenciación con el “objeto”, con el otro. Cuando el niño/a autista pasa del funcionamiento defensivo con utilización de la identificación adhesiva a la utilización de la *identificación proyectiva*, está comunicando-se con nosotros aunque de forma primitiva, como lo haría un bebé con quien le cuida. *Nos hace sentir para hacernos saber lo que le pasa* (Eulalia Torras). Por eso es tan importante en el trabajo psicoterapéutico con estos niños el prestar sumo cuidado y atención a lo que despiertan en nosotros para saber, a través de lo que sentimos, cómo se pueden sentir ellos sin saberlo. En estos casos de utilización de la identificación proyectiva con predominio sobre la identificación adhesiva, la evolución es más favorable.

Otra evolución posible es la que conduce hacia una **psicosis autista disociativa** con predominio de este mecanismo de defensa. Cuando el niño/a sale de sus defensas autistas, el objeto externo de su interés es investido de forma fugaz, parcial y transitoria de modo que la relación con el mismo es fragmentada y dispersa. El niño utiliza la identificación disociada y fragmentada que vive en su relación con los objetos como mecanismo de defensa contra la fusión y a la vez contra el proceso autístico.

Son defensas que puestas en marcha por el niño generan esta desorganización, fragmentación y dispersión de su psiquismo y conducta.

El paso evolutivo menos grave y el más favorable es el que lleva hacia una **psicosis simbiótica**. El niño/a, con la ayuda del entorno cuidador familiar y/o profesional, pasa de una relación disociada, fragmentada y parcial con el objeto a una relación más global y de fusión parcial con el mismo (simbiosis). El objeto externo está más o menos identificado y diferenciado (cosa que ocurre en el niño sano entre el 4º y 8º mes de vida).

No es así con la imagen interna del objeto externo que se halla fusionada y confundida con su self (sí-mismo). La identificación y relación con los objetos es fusional. Los momentos de separación en estas circunstancias son menos catastróficos pero no menos intensos en sufrimiento para el niño que es capaz de sentirlo más. (Sentir de sensación y en este caso, también de sentimiento).

Otra evolución posible del funcionamiento psicótico autista del niño/a es la que lleva hacia una **disarmonía evolutiva**. En una misma línea de desarrollo conviven aspectos más evolucionados con otros, poco o nada desarrollados. Esto suele suceder en el paso evolutivo siguiente, que es el que conduce hacia una diferenciación interna del objeto incorporado y del self pero siguiendo con una relación de dependencia anaclítica y simbiótica con el objeto externo. “Sin el objeto, sin el otro, sin lo otro en que me apoyo, no soy nada, me pierdo. Mi mundo se hunde, desaparece y yo con él”. Es la relación de dependencia adictiva de la *organización o trastorno límite de la personalidad* que evoluciona en la mayoría de los casos con importantes fallas y vulnerabilidades narcisistas. (Personalidad en la frontera, en el límite, entre la psicosis y la neurosis).

Dependencia anaclítica: El otro es investido como necesario para la supervivencia física y psíquica de forma adictiva (pasional, exclusiva y excluyente).

Para lograr avanzar todavía más hacia una evolución normalizada del bebé y posteriormente del niño/a, hace falta que éste pueda desarrollarse, en el seno de la interacción con su entorno cuidador (familiar, profesional y social), dentro de un proceso

dinámico y evolutivo que lo vaya aproximando hacia una **organización de su psiquismo de tipo neurótico**.

Entendemos por neurótico, según la teoría y clínica psicoanalíticas, el polo más evolucionado de la personalidad del ser humano. Su psicopatología sería la consecuencia de fallos en su constitución.

Hacia lo neurótico se evoluciona, dentro de la constitución y desarrollo del psiquismo temprano (hasta los 3 años) del ser humano cuando se va consiguiendo alcanzar de forma progresiva una serie de hitos o metas evolutivas básicas que resumidamente serían las siguientes:

1. Acceso a la Intersubjetividad o capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro tanto en lo cognitivo como en lo emocional, intencional y de sensación de movimiento.
2. Que el proceso de Separación-Diferenciación-Individualización haya avanzado lo suficiente en el niño/a, a través de su interacción con el entorno cuidador como para constituirse como sujeto en su relación con el otro.
3. Lograr también un grado suficiente de separación-diferenciación entre la representación mental interiorizada del otro y la de sí-mismo.
4. Que el niño/a no solamente esté suficientemente separado y diferenciado tanto del "objeto" externo como del interno, sino que también sea capaz de darle cierto grado de autonomía al objeto-sujeto cuidador.
5. Que pueda acceder a un espacio tridimensional en la relación con los otros. Es decir, que sea capaz de integrar suficientemente el lugar del tercero, el espacio a tres o dicho de otra forma, que el niño/a, pueda interesarse, interiorizar e integrar lo otro, no solamente como diferente, sino también como diferente al tú y yo, dentro del nosotros. Conseguir esto supone el paso hacia lo grupal y lo social.
6. Que consecutivamente a todo esto, el niño/a pueda inscribirse como sujeto en un tiempo lineal, con un antes y un después; es decir, que pueda inscribirse en su propia historia o biografía, construida siempre en función y en relación con el otro y los otros.
7. Acceso al lenguaje no-verbal y, sobre todo, verbal.

Alcanzar la constitución y desarrollo de estas bases en el funcionamiento psíquico del ser humano le permite vivir las pérdidas y lo que le falta, como algo que si bien puede ser doloroso, no es vivido como algo que pueda comprometer la existencia del sujeto o su integridad psíquica.

Que el niño/a consiga construir estos “cimientos” esenciales para su sano desarrollo depende también de la capacidad del entorno cuidador de incluirlo en una interacción que facilite su evolución en el sentido comentado.

En cuanto al pronóstico, basándonos en los perfiles evolutivos de salida del funcionamiento autista del niño/a, ver publicaciones de Manzano y Palacios, 1983. Lasa, 1989. Pedreira, 1995.

A PROPÓSITO DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO/A

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

El funcionamiento autista del niño tendría que ver con fallos básicos, invasivos y generalizados en la constitución del ser humano como sujeto (con subjetividad), y por tanto, en la vivencia de Intersubjetividad (experiencia subjetiva compartida). Estas cuatro necesidades bio-psicológicas básicas serían:

- 1. Necesidad de un vínculo de apego seguro con la persona significativa que le cuida** y con la que se establece y desarrolla una interacción de dependencia, de pertenencia y confianza mutuas, a través de la cual el bebé va regulando progresivamente el miedo y la curiosidad.
- 2. Necesidad de un espacio de desvinculación y de ensimismamiento**, con la retirada relacional parcial y transitoria correspondiente. Espacio-tiempo “de soledad” a través del cual, el bebé va consiguiendo la autorregulación

psicosomática, la integración cuerpo-psique y también la integración de los estímulos tanto internos como externos. Lo consigue, por ejemplo, cuando está ensimismado en el momento de tomar el pecho o el biberón, y también, cuando cierra los ojos tras una interacción emocionalmente intensa con quien le cuida. El bebé utiliza el parpadeo como una forma de cortar o segmentar el flujo de estímulos para así regularlos e integrarlos mejor (Golse).

- 3. Necesidad de Intersubjetividad** que es la capacidad de compartir la experiencia tanto intencional como emocional y cognitiva, además de la sensación de movimiento con el otro. Su desarrollo está en la base del aprendizaje humano, del acceso al simbolismo y del lenguaje verbal. Depende de la capacidad de identificación empática del cuidador con su bebé, de ponerse en su lugar, “como si” estuviese en su interior pero de forma parcial y transitoria para no confundirse con él. Proceso interactivo que a su vez facilita el desarrollo progresivo de dicha capacidad en el bebé, facilitándole la relación intersubjetiva con el otro. Se podría decir que la capacidad de intersubjetividad permite regular la intimidad del sujeto en su relación con el otro.

Dicho de otro modo:

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

Para la construcción de la imagen de sí mismo con la correspondiente integración de su esquema corporal, proceso necesario para constituirse como sujeto, el bebé necesita verse y reconocerse a través de la actitud y de la mirada empática del otro que le cuida sin confundirse permanentemente con él y posteriormente, de forma progresiva, también ante el espejo (6-18 meses). Com-

prenderemos el obstáculo importante que supone para el desarrollo de esta función en el niño/a, básica también para lograr acceder a la experiencia subjetiva compartida, la evitación de la comunicación y, sobre todo, la evitación y rechazo de la mirada en la interacción con el otro.

4. Necesidad de desarrollar la capacidad de resiliencia

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

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

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

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

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

La lectura atenta de la Guía que les presento nos muestra cómo, de qué manera y en qué momento se va produciendo de forma progresiva la desviación del proceso que lleva desde un funcionamiento sano hacia el funcionamiento autista en el niño/a, a través del estudio de la evolución de la interacción precoz padres-bebé.

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

Llegados a este punto, tenemos que decir que muchos son los padres de niños con autismo que tienen con ellos una vinculación de apego seguro.

El apego seguro incrementa la resiliencia en el niño/a.

La combinación del apego inseguro con la dificultad duradera para desarrollar la capacidad de ensimismamiento que sería como la “llave de paso” hacia la patología psicósomática precoz, podría ser también la llave de paso hacia el funcionamiento autista precoz en el bebé, ya que potenciaría y agravaría la dificultad de compartir la experiencia vivida con el otro.

La imposibilidad duradera de acceder a la intersubjetividad sí que sería un factor de riesgo específico de una posible evolución hacia un funcionamiento autista en el niño/a.

A través de la lectura de la Guía podemos ver cómo el bebé puede pasar de una posición evolutiva de ensimismamiento, lo que algunos autores han llamado “Posición autística normal”

(Marcelli), hacia una posición anti-evolutiva duradera, de carácter defensivo y autístico. Esta “posición autística sana o normal” que es preferible llamar de Ensimismamiento, para no confundir los términos, es considerada en términos de desarrollo como evolutiva, adaptativa, sana y normal, comparándola con las posiciones evolutivas llamadas “Esquizoparanoide” y “Depresiva”, descritas por Melanie Klein, a las que precedería.

El niño/a que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento hacia una actitud de retirada relacional duradera 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 como signo característico de dicho funcionamiento defensivo autístico.

Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, caso de persistir los factores de riesgo en la interacción. Este funcionamiento defensivo y no evolutivo impide en el bebé el desarrollo de la intersubjetividad y, por tanto, el desarrollo de la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro. También podemos decir que dicho proceso autístico disminuye considerablemente la resiliencia del niño/a 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.

Podríamos decir que el proceso autístico en el niño/a puede manifestarse clínicamente de forma progresiva, regresiva y/o fluctuante entre ambos.

Dicho proceso “autístico” se va desarrollando con el aumento progresivo en el niño de un funcionamiento defensivo anti-relación, anti-comunicación y anti-integración (desmantelamiento sensorial) que como acabamos de ver, incrementa a su vez un componente deficitario en el área de la interacción social que al hacerse cada vez mayor, agrava y refuerza el funcionamiento defensivo autístico del niño/a, originando así un círculo vicioso de difícil salida.

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 no integración de la sensorialidad hace a los niños que desarrollan un funcionamiento autista, hipersensibles a los ruidos como, por ejemplo, el procedente de un aspirador que *le llega* amplificado por no estar integrado con otros estímulos procedentes, por ejemplo, de la presencia y voz tranquilizadora de la madre. Para protegerse de este tipo de intrusión desorganizadora y devastadora para él, intentará aislarse sensorialmente y auditivamente, “haciéndose” el sordo (oye pero no atiende).

Importancia del *Desmantelamiento Sensorial* como mecanismo de defensa “anti-integración” del bebé:

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, desarrollando actitudes y conductas 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, el desmantelamiento sensorial de los estímulos percibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos.

EVOLUCIÓN HACIA EL FUNCIONAMIENTO AUTISTA

La incapacidad del niño para desarrollar distintas funciones evolutivas esenciales para su maduración y desarrollo así como para su relación con el entorno, debida a factores constitucionales y a la imposibilidad del entorno cuidador de facilitarle y posibilitarle dicha tarea, coloca al niño en una posición de desamparo, dolor e indefensión.

Las vivencias intolerables y no integrables ni elaborables de tipo catastrófico, tales como la anihilación y disolución, la no

sensación de existir, llevan al niño a protegerse con mecanismos de defensa de tipo psicótico (rechazo, negación y sobre todo denegación del otro, de la existencia del otro y de su necesidad de la relación con el otro para desarrollarse como sujeto) y de tipo autista (barrera anti-comunicación, anti-relación y anti-integración) que lo aíslan progresivamente cada vez más de su entorno, encerrándolo en una especie de fortaleza vacía.

Vacío y ausencia de límites que lo llevan a la auto-estimulación sensorial y a la búsqueda de la invariancia e inmutabilidad para negar su existencia y su presencia. Negar la existencia del otro separado y diferente de él. Evitar conectar con el mundo del otro, con el mundo emocional del otro por su impredecibilidad. Evitar la conexión con algo que pudiera tener un significado que lo podría introducir en el mundo de la subjetividad, del pensamiento y de lo simbólico.

Al no poder tolerar el vacío, pues ellos parecen ser y sentirse por momentos el vacío y en el vacío, no pueden vivir la ausencia del objeto, condición necesaria para acceder a su representación mental. Las defensas que lo protegen le encierran a su vez en un funcionamiento patológico cronicante que impide su desarrollo.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE UNA POSIBLE EVOLUCIÓN HACIA UN FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL BEBÉ

Hasta los tres meses de vida.

– SIGNOS DE ALARMA

Cada asterisco, un punto.

1. *** Ausencia de sonrisa intencional o social.
 - (Posible ausencia de Intersubjetividad = Capacidad de compartir la experiencia vivida).
 - No es la sonrisa beatífica de satisfacción de una necesidad fisiológica. Es la primera señal interactiva, relacional y comunicacional, con carácter intencional, expresada por el bebé. Se presenta a partir de la 6.^a semana. Si a los 3 meses no aparece en el bebé en la interacción con su cuidador, nos encontramos ante una situación

de riesgo de comienzo de funcionamiento autista. La sonrisa intencional es un signo de paso de la imitación a la identificación.

2. ** Frecuentemente está con la mirada fija, ausente y como desconectado del exterior. Aislamiento más que ensimismamiento. Ve pero no mira. La mirada no es instrumento comunicativo y de intercambio emocional. No sigue con la mirada. Ausencia de mirada profunda y central. Mirada huidiza, de evitación y periférica. El niño no se refleja como en un espejo en la mirada de quien lo cuida ya que evita y rechaza mirarlo.
3. * * El niño se muestra muy bueno, muy fácil de tratar, duerme mucho y es muy tranquilo. No pide con su llanto cuando se supone que tendría que tener hambre.
4. * * Oye, pero no atiende cuando se le solicita o se le llama. Sordera ficticia. El niño puede pasar del aislamiento sensorial auditivo a una hipersensibilidad dolorosa ante un ruido inesperado (aspirador, truenos, portazo, etc.).
5. ** No reclama, no pide llorando o su llanto es apagado e inexpresivo. No comparte. No hace con el otro. (Posible ausencia de Intersubjetividad).
6. * * Ausencia de movimientos anticipatorios como estirar los brazos al ir a cogerlo o pidiendo ser cogido. No hace gestos anticipatorios que comuniquen una demanda de relación.
7. * Poca o nula curiosidad exploratoria de sí mismo, del otro y de su entorno. No utiliza las manos ni para explorar, ni para coger, ni para recibir, solamente para auto-estimular sus sensaciones.
8. * Existe una falta de balbuceo o bien el balbuceo es muy limitado. En la interacción con el cuidador no imita los sonidos cuando éste le habla.
9. * Hay hipersensibilidad y baja tolerancia a la frustración con ausencia de progreso en la capacidad de esperar la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, como por ejemplo el hambre. Una vez saciado parece no necesitar más (relación, comunicación, caricias, juegos, etc.) y se duerme o se retrae aislándose.

10. ** Ausencia o muy poca autorregulación del tono muscular corporal. Existencia de hipertonia y/o hipotonía manifiesta al manipularlo y sobre todo al intentar acogerlo en el regazo. Expresa un desajuste profundo y duradero en la interacción cuidador-bebé a través de la función real y simbólica del regazo materno. (*Ver funciones del regazo materno*). Se produce una evolución hacia el rechazo a ser cogido en brazos.
11. * Trastornos del sueño con irritabilidad y con dificultades para ser consolado en los brazos de quien lo cuida. Posible desajuste relacional, en la interacción bebé-entorno cuidador que en caso de prolongarse en el tiempo aumentaría el riesgo.
12. * * Malformación y/o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé, con dificultades para la relación y comunicación y con repercusión negativa y durable sobre su entorno. Duelo difícil o imposible del hijo ideal al encontrarse los padres con un hijo real que a causa de su malformación y/o discapacidad les provoca serias dificultades para investirlo.
13. ** Se da el caso de que la persona que ejerce la función materna, en la interacción con su bebé parece depresiva y presenta defensas de desconexión emocional y sensorial (“anestesia” para no sufrir más) alternando con períodos de agitación psicomotora o hiperactividad (defensas hipomaniacas). Estado psíquico persistente y/o con tendencia a la agravación.
14. ** Se da el caso de que la persona que ejerce la función materna, en la interacción con su bebé tiene dificultades importantes y durables para identificarse empáticamente con el bebé y responder así adecuadamente a sus necesidades vitales y evolutivas.
15. ** En la interacción padres-bebé la persona que ejerce la función paterna no puede apoyar, contener, limitar y sostener la relación diádica de maternaje madre-bebé con el consiguiente riesgo de ausencia de la triangulación relacional necesaria para el adecuado desarrollo del bebé.

– REGAZO MATERNO

La persona que ejerce la función materna ofrece al bebé su regazo que es su continente corporal y material en el que el niño puede sentirse acogido, contenido, sostenido y protegido. Le ofrece también, como continente psíquico, su propio funcionamiento mental “prestándosele” mientras va desarrollando el suyo. Adaptándose dicho regazo a las necesidades de espacio y de movimiento del bebé, le permite tomar conciencia de sí mismo y de sus límites. En él y con él, desarrolla el sistema de percepción propioceptiva (percepción de su situación corporal en relación con el espacio y objetos que le rodean). Sistema de percepción básico y frecuentemente alterado en algunos trastornos psicóticos (cenestopatías) y fóbicos (claustrofobia y agorafobia).

La autorregulación del tono muscular se logra también en función de esa capacidad adaptativa de acogida que en la interacción con el bebé en su regazo va consiguiendo la madre a través de un diálogo tónico-postural recíproco con su hijo. Trastornos de hipertonia, hiperactividad y excitación posteriores, así como la hipotonía e inhibición pueden tener su origen en esta interacción disfuncional precoz.

Este continente corporal, psíquico y físico que ofrece la madre a su bebé es la matriz sobre la que el hijo va creando y desarrollando su propio continente corporal así como la percepción de sí mismo.

En el plano simbólico, el regazo materno estaría representado por ese lugar externo y/o interno que el ser humano busca para encontrarse consigo-mismo.

Con la aparición de signos de alarma vemos que se va orientando la evolución hacia una evitación y rechazo activo de la comunicación y relación del bebé con su entorno cuidador. Al mismo tiempo, la tendencia al aislamiento y desconexión sensorial se hace cada vez más evidente.

La ausencia de capacidad de cambio del entorno cuidador en la interacción con el bebé potencia el riesgo y agrava el pronóstico de una posible evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

El regazo materno (continente físico) y el psiquismo de la madre, “prestado” a su bebé, con su capacidad de ensoñación y de

elaboración, permiten al bebé construir su propio continente corporal y psíquico, con sus límites entre lo interno y lo externo, desarrollando la percepción de su envoltura corporal (piel) y su envoltura psíquica (yo-piel) a medida que su evolución le permite diferenciarse y separarse progresivamente del otro, tanto en la realidad externa (objeto real) como en la realidad interna (representación interna del objeto externo). Esto se produce gracias a la toma de conciencia de su relación y comunicación con un objeto significativo (persona que ejerce la función materna) que interiorizado, pasa a ser simbolizante y así, por desplazamientos sucesivos y progresivos, desarrollar la función simbólica que es a su vez, simbolizante (de fuera-dentro) y simbolizadora (de dentro-fuera).

Importante papel de los “*Osciladores Adaptativos*”.

Son como unos “relojes biológicos” de los que está dotado precozmente el ser humano, que se desarrollan en la interacción con el medio cuidador y que permiten una sincronización armónica y un ajuste relacional óptimo que incluye los movimientos e intenciones de un sujeto con respecto al otro.

Cuando hablábamos del diálogo tónico-postural que tiene lugar en el regazo materno entre la madre y su bebé, hacíamos referencia sin nombrarlos a estos osciladores adaptativos que recientes investigaciones en el ámbito de las neurociencias han puesto de manifiesto.

– INTERPRETACIÓN-PUNTUACIÓN-EVALUACIÓN-DETECCIÓN. HASTA LOS TRES MESES DE VIDA

Los signos marcados con más asteriscos son indicadores de posible evolución autista. Los tres asteriscos del signo de alarma n.º 1 (ausencia de sonrisa intencional) indican de forma específica la presencia de un posible y grave riesgo evolutivo ya que señalan en el bebé la ausencia de inter-relación e inter-subjetividad en la interacción con su entorno cuidador. La acumulación de signos presentes en la exploración del bebé acentúa y agrava el riesgo. La potenciación de los signos de alarma con los del entorno agrava todavía más la situación de riesgo por su tendencia a la repetición, persistencia y posible cronificación patológica de y en la interacción padres-bebé.

La presencia de varios signos de alarma en el bebé justifica una exploración más detallada y/o frecuente por parte del profesional evaluador que realiza la detección (Pediatra, Enfermeras pediátricas, Educadores infantiles, Equipos de Atención Temprana) y/o la derivación hacia un profesional o equipo especializado (Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil y Equipos de Salud Mental Infante-Juvenil), para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento lo antes posible.

La presencia de varios signos de alarma en la exploración del bebé y en la interacción con su entorno hace necesaria inexcusablemente la exploración en el medio especializado tanto más cuantos más signos de alarma estén presentes, por suma-ción, potenciación y persistencia.

Su persistencia, conforme más nos acercamos al final del tercer mes de vida, agrava la situación de riesgo del bebé, pues indica una evolución defensiva hacia el aislamiento y la no vinculación, en lugar de hacerlo hacia la vinculación, relación y comunicación cada vez más importante con el entorno.

En la evaluación de riesgo y en cuanto a los signos de alarma en la evolución del niño hasta tres meses, éste será tanto mayor cuanto más nos acerquemos al máximo de puntos de la escala. A más puntos existe más riesgo. A más riesgo, más necesidad de seguimiento, exploración y evaluación más completas y profundas por parte del pediatra o derivación a un servicio especializado.

El retraso psico-motor en estos tres primeros meses de vida del bebé puede ser consecuencia de un proceso depresivo o de un proceso de evitación relacional. Podemos acercarnos a un diagnóstico diferencial analizando la agrupación de signos de alarma, así como su persistencia y potenciación en la interacción con el entorno.

La participación activa del bebé en el proceso de evitación de la relación y comunicación, tanto más visible cuanto más nos acercamos a los tres meses, sería el indicador más fiable para realizar un diagnóstico diferencial hacia una evolución posible de tipo autista en el niño.

– VALORACIÓN DEL RIESGO Y ACTITUD A TOMAR POR EL PROFESIONAL QUE HACE LA DETECCIÓN

Posible puntuación de corte para proceder a la derivación según la puntuación obtenida en los signos de alarma presentes en la evolución del bebé hasta los tres meses de vida.

A título informativo y orientativo:

Puntuación de 5 a 10 puntos, exploración más detallada y frecuente a efectuar por el profesional evaluador que realiza la detección: (Pediatras, Enfermeras pediátricas, Psicólogos infanto-juveniles, Educadores infantiles) y Servicios de Atención Temprana.

Puntuación superior a 10 puntos, derivación hacia profesional o servicio especializado (Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil) y Servicios Especializados (Salud Mental Infanto-Juvenil), tanto más necesaria conforme nos acercamos al máximo de 27 puntos de la escala de evaluación.

Hasta los seis meses de vida.

– SIGNOS DE ALARMA

Cada asterisco, un punto.

1. * * * * Ausencia de sonrisa intencional. No participa en la interacción emocional. (Ausencia de Intersubjetividad). La aparición de la sonrisa intencional evidencia en el bebé tanto el desarrollo de la integración sensorial como de su relación con el objeto además de ser el inicio del intercambio emocional y de una relación inter-subjetiva con el otro.
Importancia de las neuronas espejo.* (VER AL FINAL DE ESTE APARTADO).
2. * * * Poca o nula curiosidad exploratoria. No reclama la presencia de cuidadores ni de objetos. No juega con su cuerpo ni lo explora (manos pies, etc.).
3. * * * Ve, pero no mira. No reconoce a quienes lo cuidan. Rechaza el contacto visual.
4. * * * Oye, pero no atiende cuando se le solicita o llama. No responde a la demanda de contacto.
5. * * * * El niño se muestra muy bueno, muy fácil de tratar, duerme mucho y es muy tranquilo. En estas con-

diciones es muy probable que el bebé se refugie en el sueño como mecanismo de retirada relacional y recurra a mecanismos de auto estimulación sensorial cuando está despierto, tales como regurgitaciones o balanceos en lugar de reclamar la atención de su cuidador.

6. * * * * Ausencia de progresos en el desarrollo de la capacidad de espera. Hipersensibilidad y baja tolerancia a la frustración. Ausencia de la capacidad de anticipación y atención.
7. * * * No reclama, no pide llorando. No hace con el otro. Ausencia de reciprocidad. No Inter-subjetividad.
8. * * * Ausencia de movimientos anticipatorios. No hay deseo de relación.
9. * * * Rechaza el contacto. No participa en la interacción cuando se le habla con sonidos tales como gorjeos y lalos. No le gusta, no ríe cuando le hacen cosquillas.
10. * * * Ausencia o muy poca autorregulación del tono muscular corporal. Rechazo a ser cogido en brazos.
11. * * * Malformación y/o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé con dificultades importantes en la relación y comunicación y con repercusión negativa y duradera sobre su entorno.
12. * * * * La persona que ejerce la función materna parece estar depresiva. Presenta defensas de desconexión emocional y sensorial (“anestesia” para no sufrir más) alternando con períodos de agitación psicomotora o hiperactividad (defensas hipomaníacas). Estado psíquico persistente y/o con tendencia a la agravación.
13. * * * * La persona que ejerce la función materna presenta dificultades importantes y duraderas para identificarse empáticamente con su bebé y responder así adecuadamente a sus necesidades vitales y evolutivas.
14. * * * * En la interacción padres-bebé, la persona que ejerce la función paterna no puede apoyar, contener, limitar y sostener la relación diádica de cuidados (maternaje) madre-bebé. La triangulación relacional (madre, padre, bebé) necesaria para el adecuado desarrollo del bebé parece estar ausente. La situación de riesgo se

agrava si la persona que ejerce la función paterna tiene de forma inconsciente y repetitiva conductas intrusivas y descalificadoras hacia la relación madre-bebé con el consiguiente estado de conflicto e inseguridad que eso supone para la vinculación de apego seguro que el bebé necesita en esta etapa de su desarrollo.

15. * * * Ausencia de interacción lúdica en la relación padres-bebé. Inexistencia de un espacio juego espontáneo y sin reglas pre-establecidas. Inexistencia de juego creativo en el que las reglas se van poniendo y desarrollando a medida que se va jugando: Juego de los cinco lobitos, atrapa el bichito, Cu-Cu... Tac-Tac. Los juegos de presencia-ausencia, soporte material y lúdico para la simbolización, están ausentes en estos niños que no juegan aunque se les solicite para ello. No juegan ni chupetean el pezón de la madre o la tetina del biberón.
16. * * Ausencia de vinculación lúdica progresiva con algún objeto del entorno que sustituyendo a quien le cuida, le proporciona seguridad, le tranquiliza y le sirve de compañía en su ausencia. Al representar y simbolizar la función materna ausente, el niño puede desplazar progresivamente esa cualidad a otros objetos y situaciones, creando un espacio transicional en el que 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. Los niños con riesgo de funcionamiento autista sólo utilizan objetos, si los buscan, como fuente de excitación auto-sensorial, relacionándose con ellos de forma repetitiva y estereotipada. No son objetos a descubrir, explorar y jugar con ellos. Este tipo de vinculación con objetos –no madre– se inicia al final del 1.^{er} semestre y se desarrolla sobre todo en el 2.^o semestre de vida del niño.
17. * * Dificultades persistentes con la alimentación. Ausencia de placer, ilusión y sentido en el acto de comer. Frecuentemente utilizan los alimentos como estímulo auto-sensorial, guardándolos en la boca. Relación con la

alimentación muy rara y perturbada. Unas veces comen con gran voracidad y otras no comen. Frecuentemente no chupan ni succionan.

18. * * * Trastornos del sueño con irritabilidad, con dificultades para ser consolado en los brazos de quien lo cuida. Esta dificultad para consolarlo puede indicar dificultades de ajuste relacional entre el bebé y su entorno cuidador así como dificultades de contención y mal funcionamiento de la barrera para-excitación.

Le cuesta dormir y se despierta con facilidad debido a su baja tolerancia a la frustración y su intolerancia a los cambios ambientales. También pueden pasar de dormir mal y poco a dormir en exceso.

19. * * * * Apariencia de felicidad y de no frustración debido a su estado de no diferenciación en la relación con el otro. Si el otro no existe como diferente, no hay frustración.

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

21. * * Ausencia de placer en el baño. No juega, no chapotea.

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

23. * * Conductas agresivas y auto-agresivas cuando se interrumpe su aislamiento y aparente estado de felicidad.

Si agrupamos los signos de alarma presentes en la evolución del niño conforme nos acercamos a sus seis meses de vida, vemos como casi todos van convergiendo hacia un mismo punto: el funcionamiento defensivo autista.

– NEURONAS ESPEJO

La investigación en neurociencias ha puesto en evidencia que la capacidad de relacionarse y comunicarse con empatía con el otro tiene su correlato anatómico-fisiológico en redes neuronales llamadas “neuronas espejo”, en alusión a la relación especular que se establece con el otro a través de la empatía, que sería la capacidad de ponerse en el lugar del otro sin confundirse con él.

Es como si el sujeto observador, pudiese vivir de forma “virtual”, la experiencia del otro en la interacción que mantiene con él. Gracias a esta capacidad, a la vez neurológica, (neuronas espejo), y psicológica (empatía), el ser humano, en etapas muy precoces de su desarrollo psíquico, puede predecir y anticipar las intenciones y respuestas del otro y de esta forma, facilitar el ajuste y adaptación recíprocos en la interacción entre ambos. El acceso a la capacidad de compartir la experiencia vivida con el otro, se ve así enormemente facilitado por el desarrollo de la empatía que a su vez, de forma interactiva, permite un mayor y mejor desarrollo de las redes neuronales llamadas neuronas espejo y éstas a su vez, con su desarrollo, facilitan y potencian la empatía.

Esta posibilidad y facultad está frecuentemente ausente y a veces, también, profundamente alterada en el niño/a, con funcionamiento autista.

– INTERPRETACIÓN-PUNTUACIÓN-EVALUACIÓN- DETECCIÓN HASTA LOS SEIS MESES DE VIDA.

Como vemos en el cuadro descrito de los signos de alarma en la evolución del niño hasta los seis meses de vida, la importancia y gravedad del riesgo de funcionamiento autista se ve reflejada en las puntuaciones elevadas que provienen no solamente del aumento de la especificidad de los indicadores señalados (más asteriscos), sino también del aumento de su número y de su persistencia con el paso del tiempo.

Para efectuar una labor de prevención primaria y evitar la estructuración y consolidación del funcionamiento autista del niño que, como vemos, se puede iniciar hacia el final de su primer semestre de vida, es necesario que la detección, derivación

y comienzo de un tratamiento especializado se realice lo más precozmente posible dentro de este período de tiempo.

De los 3 a los 6-12 meses, con la ayuda del entorno cuidador, el bebé va pasando de un funcionamiento narcisista primario (investidura hacia sí mismo) a un funcionamiento narcisista secundario (investidura del exterior, hacia los objetos externos). El ser humano va así oscilando de una relación con predominio narcisista a otra con predominio objetal, según su evolución y la evolución de sus necesidades.

Los signos de alarma con más puntuación (más asteriscos) son indicadores bastante fiables y específicos de una posible evolución hacia el funcionamiento autista o proceso autístico.

La ausencia de sonrisa intencional a los seis meses de edad indica la falta de relación Inter-subjetiva y en el bebé, la falta de espacio interno (continente) donde poder crear y desarrollar sus primeras representaciones mentales de ese primer objeto con el que se relaciona que es la persona que le cuida y ejerce hacia él y con él, la función materna.

Sería un proceso abortado de interiorización, es decir: fracaso en la interacción en la que la capacidad materna de identificación con su hijo propicia a su vez el desarrollo en él de dicha capacidad de identificación respondiendo emocional e intencionalmente a su madre o entorno cuidador. Por eso los indicadores 11, 12 y 13, referentes al entorno cuidador con dificultades que no facilitan dicho proceso, tienen también las puntuaciones más elevadas.

El signo de alarma n.º 5, referente a la incapacidad del niño de esperar, de transformar su necesidad en deseo, tiene que ver también con el proceso de simbolización. Lo que permite esperar al niño es el desarrollo de la capacidad de realizar "alucinatoriamente" la experiencia de satisfacción de su necesidad como ocurre por ejemplo con el hambre.

Gracias a la presencia y constancia de un ritmo de cuidados vitales y básicos pautados, como en el caso del sueño, alimentación, higiene, etc., el niño puede ir interiorizando ese ritmo (continente) y el objeto pecho o biberón que hace desaparecer el dolor por hambre. Esto ocurre en la medida en que el encuentro entre la necesidad del niño y su satisfacción, se realizan en

el momento adecuado gracias a la capacidad de identificación empática de la persona que ejerce la función materna. Así, el niño puede por un lado anticipar la respuesta de satisfacción y por otro, apoyarse en las huellas de la memoria que experiencias anteriores de satisfacción han dejado en su interior para calmarse y anticipar la experiencia de satisfacción. Es el caso del bebé que cuando oye a la madre movilizarse para alimentarlo, la sigue con la mirada, se calma y babea como si estuviese ya al pecho o tomando el biberón. La respuesta, no simultánea, pero sí a tiempo dentro de un marco rítmico, regular y estable, permite al niño anticipar creativamente desde su interior la respuesta esperada y la experiencia de satisfacción.

Tras el pecho u otros cuidados, los juegos que espontáneamente hace una madre con su bebé (cinco lobitos, cucú-tac-tac, atrapa el bichito) de forma lúdica y placentera, sorprendiendo a su bebé, “engañándole” y presentándole un objeto y una sensación, por ejemplo, cosquillas, justo al lado y un poco antes o después de cuando y como él lo esperaba, permiten el desarrollo de la capacidad de atención y expectación ante lo diferente e incluso ante lo inesperado en el bebé sano. Todo el proceso descrito está profundamente perturbado en el niño que desarrolla un funcionamiento autista con ausencia de la capacidad de anticipación y atención.

Esta experiencia de satisfacción, con una fase de anticipación (antes de) y otra de atención (después de) con la expectación ante lo que pueda ocurrir, hace que el niño sano participe de los juegos, desarrollando capacidades esenciales para la evolución de la función simbólica, y también para conciliar en su mundo interno la necesidad de estabilidad con el deseo de cambio. Además, le permite al niño la interiorización de una experiencia repetida en la que hay un antes y un después. El tiempo circular de la repetición se abre para él y da paso a la percepción e interiorización de un tiempo lineal con un antes y un después.

El signo de alarma n.º 18, (con cuatro asteriscos y 4 puntos) es característico de la estructuración defensiva autista con el aislamiento que lleva a la negación de la existencia del otro, a un estado de no diferenciación y de aparente no frustración.

El signo de alarma n.º 19 (con cuatro asteriscos y 4 puntos) es característico del funcionamiento defensivo autista. A través de la auto-sensorialidad, de la sensación que le producen los movimientos estereotipados repetitivos e invariables, el niño sólo es lo que siente (de sensación, no de sentir ni de sentirse, vivencias a las que no tiene acceso). Se podría decir que en ese momento el bebé “es sólo sensaciones”.

Se repite siempre lo mismo durante un tiempo donde para él no existe el tiempo lineal con un antes y con un después, sólo el tiempo circular donde no hay cambio, sólo repetición. Tampoco hay para él un espacio tridimensional, sólo superficie plana, sin límites ni profundidad, tal y como él se percibe y percibe los objetos de su entorno debido a esa falta de continente corporal y psíquico todavía por desarrollar y donde solamente lo tangible existe.

La creación de un espacio-tiempo internos que haga de continente psíquico en el niño, tiene que ver con estas experiencias y su interiorización. Falta de ese continente, las representaciones mentales no tienen cabida y el niño no tiene acceso al simbolismo ni desarrolla la capacidad simbólica.

La necesidad de invariancia, de inmutabilidad que tiene el niño con funcionamiento autista tiene que ver con la negación de la temporalidad, del cambio, y con la necesidad de un control omnipotente y obsesivo sobre los objetos para intentar conseguirlo.

– VALORACIÓN DEL RIESGO Y ACTITUD A TOMAR POR EL PROFESIONAL QUE HACE LA DETECCIÓN

Posible puntuación de corte para proceder a la derivación según la puntuación obtenida en los signos de alarma presentes en la evolución del bebé hasta los seis meses de vida.

A título informativo y orientativo:

Puntuación superior a 10 puntos, la situación de alarma se convierte en situación de riesgo.

Conforme más nos acercamos a la puntuación máxima de 72 puntos nos vamos encontrando en situación de grave y máximo riesgo que requiere la derivación urgente a un profesional o servicio especializado (Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil) y Servicios Especializados, (Salud Mental Infanto-Juvenil).

De seis a doce meses de vida.**– SIGNOS DE ALARMA PRESENTES EN EL BEBÉ**

Cada asterisco, un punto.

1. * * * Hipotonía. Retraso en la adquisición de la sedestación y bipedestación. Se suele corresponder con una inhibición psicomotora. Por ser un signo compartido con una evolución depresiva y con otros retrasos en el desarrollo psicomotor, lo ponemos con dos asteriscos. No es específico de una posible evolución autista.
2. * * * Ausencia de “gateo” o si está presente, el niño/a, lo hace, pero con dificultades visibles en la coordinación del movimiento debido a problemas con el tono muscular. Como no es específico de una posible evolución hacia un funcionamiento autista lo hemos puesto con tres asteriscos como el anterior.
3. * * * * “Gateo raro”, estereotipado, en el que es difícil ver el componente intencional del movimiento del niño/a, ya que lo utiliza, solamente, o también, como fuente de autoestimulación sensorial. Es un signo más específico que el anterior de posible funcionamiento autista.
4. * * * * Dificultad en el ajuste postural. Aquí sí que se hace evidente, a esta edad, la conducta de evitación y de rechazo de la relación y comunicación con el otro.
Se hace evidente el desencuentro con el regazo materno, con lo que significa y representa en lo real y en lo simbólico para el niño y para la persona que ejerce la función materna. Su persistencia agrava el pronóstico.
5. * * * * Siguen las dificultades con la relación y comunicación visual. Siendo el rostro, su mirada y la actitud de la persona que le cuida el espejo en el que el niño va percibiendo y construyendo poco a poco su propia imagen podemos comprender las dificultades que el niño va a tener para reconocerse posteriormente ante el espejo real y en su relación con el otro.
6. * * * * Ante el espejo, no siente curiosidad por su imagen, la evita e incluso rechaza el mirarla. Es un signo específico de funcionamiento autista. Sin embargo, como esta ca-

pacidad de interesarse, verse y reconocerse a través del espejo para incorporar en su mundo interno la imagen y la representación mental, a la vez real e idealizada de sí mismo, se desarrolla entre los 6 y 18 meses, hemos puesto en esta evaluación de los 12 meses, tres asteriscos.

7. * * * * Indiferencia a los sonidos y/o reacciones paradójicas a los sonidos: Impresión de sordera, pero se interesa por ejemplo por la música o experimenta la sensación de pavor ante ciertos ruidos.
8. * * * Continúa con trastornos y dificultades con la alimentación, sobre todo con los cambios hacia algo nuevo. El mericismo y la rumiación (regurgitaciones alimenticias repetidas) constituye una modalidad de estimulación auto sensorial equivalente al balanceo, golpeteo de cabeza, aleteo de manos, etc.
9. * * * Los trastornos del sueño, aunque inespecíficos de la evolución hacia un funcionamiento autista, expresan en el caso de un exceso de sueño una modalidad de aislamiento y repliegue que junto con otros signos anti relación y anti comunicación van en el sentido de las defensas autistas. El déficit de sueño, si el niño aunque despierto, está con los ojos abiertos pero con la mirada perdida y ausente largo tiempo también podría indicar un funcionamiento defensivo autista. Tanto más a estas edades, en que la necesidad de ensimismamiento es menor.
10. * * * A esta edad el niño con funcionamiento autista puede experimentar estados de miedo e incluso pánico ante ciertas situaciones desconocidas o determinados ruidos. Situaciones y ruidos que “penetran” por las brechas de su armadura defensiva y lo desorganizan y asustan.
11. * * * * El aislamiento y repliegue afectivo lleva al niño a una indiferencia ante los sonidos o a una excesiva sensibilidad ante algunos de ellos cuando penetran su barrera defensiva.
12. * * * * Ausencia de conductas relacionales con el otro; como por ejemplo:
 - a. El niño/a gatea sin girarse para comprobar la presencia de la madre o del educador/a.

- b. El niño/a no lanza objetos esperando que el adulto los recoja. En el niño sano esta actividad se convierte en un juego que le permite ser parte activa en el proceso de separación y encuentro que de forma simbólica repite y reproduce el niño con la ayuda de la madre al separarse de los objetos que lanza al suelo y volver a encontrarse con ellos cuando la madre los pone de nuevo en sus manos. Juego simbólico de presencia-ausencia de la madre y del objeto que la representa.
- c. Cuando hace una acción, no se gira para mirar, esperando el asentimiento complaciente del adulto.
13. * * * * No señala para formular demandas. El niño con funcionamiento autista no señala para comunicar que le falta algo ni que lo necesita porque sus defensas le impiden la diferenciación-separación y le protegen de la toma de conciencia de la ausencia, de la falta del otro o de lo otro. La relación e identificación adhesiva con el otro y con lo otro que no es él, lo lleva a un estado de no diferenciación y de no necesidad comunicativa. Al no poder tener conciencia de que le falta algo (sensación intolerable para él), no puede pedirlo. Al evitar y rechazar la comunicación con el otro, no le demanda, no le pide.
14. * * * * No participa en los juegos interactivos e imitativos de cinco lobitos, palmas-palmitas, etc. Ya hemos visto que la falta de interés y de participación en estos juegos tiene que ver con su incapacidad relacional y comunicacional así como su consecutivo y posterior rechazo como mecanismo de defensa. Incapacidad y rechazo hacia lo que estos juegos tienen de simbólico (presencia-ausencia), de sorpresa ante el cambio inesperado, etc.
15. * * * * No muestra extrañeza ni parece extrañar a la madre ante un adulto desconocido. La no diferenciación le impide y le evita el sentir extrañeza ante el desconocido y también extrañar a la madre pues para él no hay separación de ella.
16. * * * * Ante un adulto desconocido, el niño reacciona con llanto y pánico difícil de calmar y contener por la madre o su cuidador habitual. En este caso la reacción de pánico

y llanto indica un esbozo de diferenciación y amenaza de separación para el niño con el consiguiente riesgo de ausencia y de pérdida de la persona que le cuida.

Situación y vivencia que puede ser intolerable para el niño y que puede llevarlo según sea su evolución y la reacción de su entorno cuidador para consolarle y tranquilizarle, a una continuidad progresiva de su proceso de apertura o hacia un movimiento regresivo con refuerzo de sus defensas y barrera autista en la que puede encerrarse de nuevo.

Depende también una u otra evolución, de la fortaleza del vínculo que el niño puede empezar a tener con quien le cuida. Ver ampliación de este aspecto más adelante, cuando abordemos la comprensión de lo que llamamos “angustia del extraño” que vive el niño sano y las situaciones clínicas de autismo secundario, consecutivas a pérdidas y separaciones traumáticas cuando el vínculo de apego todavía frágil y no interiorizado se rompe de forma durable e irrecuperable para el niño.

17. * * * * No responde cuando se le llama por su nombre. Hemos visto que sin continente psíquico no hay contenido, no hay representaciones mentales de los objetos ni de las personas ni de sí mismo. Porque no se reconoce, no responde a su nombre.
18. * * * * No hace ni reproduce sonidos que indiquen un comienzo de comunicación pre-verbal. De nuevo vemos aquí que la incapacidad de comunicar, de *comunicarse*, lleva al niño con funcionamiento autista a rechazar y negar la necesidad de relacionarse, de comunicarse no verbalmente con el otro. Esto conlleva la imposibilidad de adquirir una comunicación pre-verbal que lleva al niño con desarrollo sano a iniciarse en la comunicación verbal con el otro.

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

que lo sustenta tiene que ver con el ritmo, la alternancia, la reciprocidad y la correspondencia.

19. * * * No aparecen las primeras palabras comunicativas, como por ejemplo: “a..j..o”, “m..a..m..a”, “p..a..p..a”, etc., que progresivamente, en la interacción con quien le cuida se convierten en “ajo”, “mamá”, “papá”. En la misma interacción, la madre contextualiza y da sentido a las palabras de su hijo convirtiéndolas en mamá y papá. El hijo las repite y las integra en la interacción, dándoles sentido y posteriormente descubriendo su significado gracias a las reacciones de la madre en su relación con él.

Este indicador lo hemos puesto con tres asteriscos y no con cuatro porque este signo es compartido por otros niños con retraso en la adquisición de lenguaje que no tienen funcionamiento autista.

20. * * * Tiene unas relaciones interpersonales apagadas, con bajo tono vital. Como este signo es compartido con los niños que evolucionan con otros procesos no autistas como por ejemplo, procesos depresivos, retrasos mentales, etc. hemos puesto tres asteriscos y no cuatro como en los otros signos más específicos del funcionamiento autista.
21. * * * * No expresa emociones ni reclama atención. Otro signo que indica no relación y no comunicación emocional. Ya hemos visto la dificultad de estos niños para conectar el sentir de sensación con el sentir de sentimiento y el por qué de ello.

A esta edad, su carencia por incapacidad se hace más evidente. Las defensas activas anti-emoción en la relación con el otro lo hacen todavía más patente en la interrelación del niño con su entorno cuidador y acentúan la ausencia de relación íntersubjetiva con el otro. Los aspectos emocionales son muchas veces imprevisibles y desconcertantes, una razón más para que el niño con funcionamiento autista los evite y rechace.

22. * * * * Utiliza los objetos de forma estereotipada. No juega con ellos ni los explora. Ya hemos visto el cómo y el por

qué de esta actitud no lúdica, no exploratoria y de utilización no simbólica, cuando hablábamos anteriormente del espacio, los objetos y los fenómenos transicionales. A esta edad, esta incapacidad, reforzada por las defensas autistas se hace más evidente, más patológica y con mayor nivel de riesgo de instalación en un funcionamiento autista. Por eso ponemos este indicador, a esta edad del niño, con cuatro asteriscos.

23. * * * * Presencia de una malformación o discapacidad sensorial y/o motora en el bebé que dificulte de forma importante y durable la relación y comunicación con su entorno. Situación no asumida por los padres. Ya hemos visto lo que esto supone como situación de riesgo para el niño. El riesgo es tanto más grande de evolución hacia un funcionamiento autista cuanto más dificultades tengan los padres para asumir esta situación y hacer el duelo del hijo ideal para aceptar el hijo real.

Si los padres pueden investirlo en 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 del niño así como su desarrollo normalizado y potenciarán los aspectos sanos y no afectados por el déficit. Esto disminuye el grado de discapacidad y también el de minusvalía.

– SIGNOS DE ALARMA PRESENTES EN LOS PADRES

Cada asterisco, un punto.

24. * * * * La persona que ejerce la función materna sigue deprimida y desconectada; incapaz de comunicar empática y emocionalmente con el bebé.

Ya hemos visto lo que esto supone para la madre, para la interacción madre-bebé y para este último. Por persona deprimida entendemos no solamente una persona triste y con estado de ánimo deprimido. Esto podría generar un estado depresivo en el bebé pero no un proceso autístico. Si la persona depresiva o deprimida, de

forma inconsciente, desconecta de sus sentimientos para protegerse de su sufrimiento; si sufre de una imagen deteriorada o desvalorizada de sí misma; si tiene un bajo nivel de autoestima; si se siente incompetente y culpable, si no logra conectar emocionalmente con el bebé ni restablecer la relación con él mediante mecanismos adecuados de reparación; entonces la interacción que establece esta persona que ejerce la función “madre” con el bebé, sí que representa un riesgo elevado de evolución hacia un funcionamiento autista en el niño.

La dificultad de la persona cuidadora de referencia para mostrar, expresar y compartir sus vivencias emocionales con el bebé, impide a su vez que éste pueda desarrollar la capacidad de identificación empática y gracias a ella, comunicarse emocionalmente y compartir la experiencia vivida en la interacción, con ella. El riesgo aumenta si la persona con este tipo de depresión, niega su estado psíquico y no reconoce sus dificultades para comunicarse emocionalmente con el otro. Si por otra parte, el bebé no tiene la vitalidad y necesidad de comunicarse con su cuidador, comprenderemos el riesgo que implica para el bebé, el desarrollo duradero de una interacción de este tipo. Por eso, la persistencia de este tipo de interacción añade el riesgo de cronificación, de no cambio, razón por la que hemos puesto cuatro asteriscos a este signo de alarma.

25. * * * * La persona que ejerce la función materna sigue con su incapacidad para comunicarse e identificarse empáticamente con el bebé, sin confundirse con él. En el caso de un déficit importante de empatía, tiene la sensación de vivir con él desencuentros frecuentes, repetitivos y duraderos y en el caso de un exceso importante de empatía tiene la creencia de conocerlo tan bien que “lo adivina”, anticipándose excesivamente y de forma no realista a las necesidades del bebé debido al hecho de confundirse inconscientemente con él. Para estas personas, adivinar a su bebé es vivido sin el entrecomillado ya que frecuentemente en su mundo interno hay una fanta-

sía inconsciente de fusión-confusión con el otro que es actuada mediante identificación proyectiva, (negación-proyección en el cuidador, e identificación con lo proyectado en el niño/a), sobre el bebé. Esto hace que al no tener dudas sobre las necesidades del bebé, no se esté suficientemente atento al hecho de verificar lo acertado o no de nuestra respuesta en función de la del bebé.

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

En ambos casos el bebé puede tener tendencia a protegerse con defensas autistas ante un defecto o exceso de estímulos. En el primer caso de carencia de estímulos, se protegería, refugiándose en la autosensorialidad, procurando él mismo una autoestimulación sensorial. En el segundo caso, se aislaría y desconectaría de la relación con el otro como una forma protegerse de proyecciones narcisistas, constrictivas para el bebé, que le impiden separarse y diferenciarse del otro. En la realidad clínica, ambos extremos, con la consiguiente dificultad para regular la empatía interactiva, base del desarrollo de la intersubjetividad, reguladora esta última a su vez de la intimidad del sujeto y entre sujetos, pueden fluctuar de un polo al otro, con las consiguientes dificultades para el bebé.

26. * * * * La persona que ejerce la función paterna sigue ausente, muy poco presente y/o presente de forma fre-

cuentemente intrusiva y descalificadora, interfiriendo, no apoyando e influyendo negativamente en la relación de maternaje con el bebé.

Si a las dificultades de relación de maternaje y a la falta de apoyo se añaden las dificultades, descalificaciones, rivalidades y conflictos, generados por la problemática psíquica y/o conductual del padre o de la persona que ejerce la función paterna, podemos comprender lo delicado de la situación y el riesgo que ello implica. La duración de estas dificultades y problemas así como su persistencia con el paso del tiempo indican un riesgo de cronificación de la interacción de pareja y de la interacción padres-bebé con agravación del riesgo de evolución autista para este último. Aunque no es un factor de riesgo específico, potencia y agrava el riesgo de los que sí lo son. Por eso marcamos este signo de alarma con cuatro asteriscos.

– INTERPRETACIÓN-PUNTUACIÓN-EVALUACIÓN-DETECCIÓN. DE 6 A 12 MESES.

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

El diagnóstico diferencial con un proceso depresivo puede realizarse en esta etapa con más precisión que en la anterior.

La capacidad de identificación empática, de adaptación del entorno cuidador a las necesidades vitales y evolutivas del bebé, hace, que éste, durante sus primeros meses de vida, se instale, se acomode, en el mundo, haga de este mundo, “su” mundo, un mundo a su medida, que él puede ir incorporando a pequeñas dosis.

El bebé puede hacer *suyo* el mundo al que nace en la medida en que la persona que ejerce la función materna le preste su funcionamiento psíquico para que lo conozca, al mismo tiempo

que para que se conozca (a sí mismo). Además, se lo pone a su alcance, alimentando la sensación fusional de completud y de omnipotencia (Winnicott). Esta experiencia facilita posteriormente el paso progresivo del bebé de su mundo, al mundo del otro y al mundo externo.

El bebé, a partir del tercer mes de vida podrá desplazar progresivamente sus investiduras de sí mismo, (relación narcisista), hacia el otro, (relación de objeto).

El proceso de separación y diferenciación del bebé, se desarrolla de finales del primer trimestre a finales del tercer trimestre y en él, con la aparición de la *angustia del extraño*, muy evidente a partir del séptimo mes, se nos indica que el vínculo de apego y su investidura están arraigados y consolidados y también que la relación de objeto investido lo es con un vínculo de pertenencia hacia quien lo cuida, por parte del bebé.

De ahí que la reacción del bebé, reacción emocional de protesta, de sufrimiento o de rechazo ante la posibilidad de separación de quien lo cuida, sea tan intensa y desplazada hacia el extraño que quiere cogerlo en brazos por ejemplo.

El niño reacciona angustiado y a veces violentamente, con miedo hacia el extraño y con temor a que se lo lleve, cuando en realidad el miedo que tiene lo es a perder a la madre y lo que ésta representa, al separarse de ella.

Lamentablemente, todo esto no ocurre en el caso del niño que desarrolla un funcionamiento autista, cuando se encuentra "ausente, encerrado y aislado" en su fortaleza "vacía".

A través de los signos de alarma y de su agrupación, podemos ver una confluencia todavía mayor hacia la posible evolución autista del niño/a.

Por ejemplo:

- A. Los signos de alarma (nº 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 17 y 21), presentes en el niño nos indican claramente su incapacidad de relación íntersubjetiva con el otro y su rechazo de la misma.
- B. Los signos de alarma (nº 18 y 19) presentes en el niño, muestran su imposibilidad de acceder al mundo de la comunicación con el otro y defensivamente, el rechazo a intentarlo. Vemos como esto se produce tanto en el área

de la comunicación no verbal como pre-verbal y consecutivamente se refleja también en la ausencia de comunicación verbal.

- C. Los signos de alarma, (nº 14 y 22), presentes en el niño nos permiten ver como tampoco hay una utilización exploratoria y lúdica del juego en la relación con el otro y consigo mismo; tampoco con los objetos de su entorno. Ausencia de espacio, objetos y fenómenos transicionales tan necesarios para acceder al funcionamiento mental simbólico y por lo tanto también al mundo del lenguaje. El signo de alarma (nº 3), indica la falta de un claro sentido intencional de sus movimientos y su utilización estereotipada como estímulo sensorial.
- D. Los signos de alarma, (nº 15 y 16), presentes en el niño, indican la ausencia y/o deficiencia de vinculación con el otro que le cuida y por tanto ausencia o presencia poco investida de una relación significativa y significativa para él.
- E. En cuanto a los signos de alarma (nº 1, 2, 8, 9, 10, 19, y 20), así como los números (15 y 16), por sí solos, y a diferencia de los anteriores; sobre todo por su agrupación y potenciación recíproca en el sentido de las defensas anti-relación y anti-comunicación del niño evolucionando hacia un funcionamiento autista, no son indicadores específicos de riesgo de evolución autista. Su agrupación con los otros hace, que así, lo sean.

Los signos de alarma agrupados en los apartados A, B y C, son indicadores específicos bastante fiables de grave y alto riesgo de evolución autista en el niño.

- F. Si a la presencia de estos indicadores específicos mencionados, añadimos una malformación o deficiencia (somática y/o mental) que dificulte de forma importante y duradera la relación y comunicación con su entorno, con lo que esto representa de limitación y dificultad añadida para el niño y de limitación y dificultad de investidura, de relación y de comunicación hacia el niño por parte de los padres, comprenderemos fácilmente el grave riesgo añadido que esto representa para la evolución del niño.

Si estos indicadores específicos de riesgo de evolución autista no están muy presentes en el niño pero los padres siguen teniendo dificultades en asumir el problema que para ellos representa la malformación y/o deficiencia de su hijo, la situación de riesgo evolutivo hacia otras patologías, sobre todo narcisistas, sigue estando presente para el niño/a.

Los signos de alarma (nº 24, 25 y 26) presentes de forma continuada en los padres o entorno cuidador habitual del bebé, agrupados y potenciando, además de cronificando, la evolución autista del niño, convierten la situación en muy alto y grave riesgo evolutivo para el bebé. Por eso se les ha dado la puntuación de cuatro asteriscos.

– VALORACIÓN DEL RIESGO Y ACTITUD A TOMAR POR EL PROFESIONAL QUE HACE LA DETECCIÓN

Posible puntuación de corte para proceder a la derivación según la puntuación obtenida en los signos de alarma presentes en la evolución del bebé hasta los 12 meses de vida.

A título informativo y orientativo:

Puntuación superior a 40 puntos de los cuales y a modo de ejemplo, un mínimo de 35 puntos pertenecen a la evaluación del bebé y un mínimo de 5 puntos a la evaluación del entorno cuidador familiar, procede la derivación a un profesional o servicio especializado, (Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil) y Servicios Especializados, (Salud Mental Infanto-Juvenil).

La derivación se hace tanto más necesaria y urgente cuanto más nos acercamos a la puntuación máxima de 95 puntos.

COMPRENSIÓN DEL DESARROLLO DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO Y EN LA INTERACCIÓN PRECOZ PADRES-BEBÉ O ENTORNO CUIDADOR Y BEBÉ

1. La interacción entre una persona que ejerce la función materna que sufre de un proceso depresivo crónico, con desconexión emocional y con grandes dificultades para

comunicar y comunicar-se empática y emocionalmente con el bebé que tiene que cuidar.

En la interacción real, el bebé va a intentar conseguir la atención y comunicación con la madre. Ésta no puede responderle. El bebé insiste, protesta, llora y reclama. No hay respuesta emocional ni identificación empática. La madre no puede. El bebé se desespera, lo sigue intentando con rabia, cada vez más frustrado, llora, es difícil de calmar y de consolar. Sin respuesta, el bebé se repliega sobre sí mismo, se aísla, se ausenta, no responde, desconecta. A la madre le cuesta mucho, tras esta experiencia, el incluir y hacer participar de nuevo a su bebé en la interacción.

Podemos imaginar cómo tras experiencias como ésta, vidas de forma repetitiva y acumulativa, se agrave el riesgo de que el repliegue sobre sí mismo y la retirada relacional de tipo depresivo y reactivo, puedan evolucionar hacia un repliegue defensivo de tipo autista, menos grave y de mejor pronóstico que el funcionamiento autista primario (progresivo) y el secundario (regresivo), con evitación y retirada relacional, aislamiento y desconexión en el bebé.

En situaciones experimentales, (rostro de la madre sin expresión), sin que esta situación sea repetitiva y durable, a la madre le cuesta mucho conseguir de nuevo la relación y comunicación con su bebé. Podemos imaginar fácilmente la constitución en el bebé de un funcionamiento con defensas autistas, caso de persistir esta situación descrita, en un momento evolutivo en que necesita del otro, presente y participe en la interacción, para constituirse y desarrollarse como sujeto.

Sabemos que un objeto en movimiento atrae más la atención del bebé que uno inmóvil. También sabemos cómo el bebé se siente atraído de forma muy precoz por las expresiones y los gestos del rostro humano, así como su intencionalidad. El bebé está además especialmente preparado para captar los 54 gestos comunicativos diferentes del rostro humano. Podemos imaginar las dificultades que tendrá el bebé para desarrollar todo ese potencial si el rostro de quien le cuida permanece inexpressivo de forma duradera.

Si a esto añadimos que en la interacción fantasmática, la madre, sin querer, proyecta sobre el niño la imagen de algo in-

animado, mortífero, vacío, ausente, algo inexistente salvo para los cuidados físicos, podemos comprender cómo y por qué el niño va a intentar protegerse defensivamente, aislándose y evitando así su identificación con lo proyectado.

Para ello, el bebé, también desconecta sensorial y emocionalmente menos cuando se agarra, se engancha a un estímulo sensorial que le permite ser solo eso, sensación, que lo protege de otra mucho más angustiada como es la angustia de anihilación, la vivencia de disolverse, desaparecer, dejar de existir.

Los sentimientos exacerbados de culpa provocan en la madre intentos de relación reparadora, que sin conseguirlo, agravan la situación, aumentando en el niño la ansiedad y la sensación de amenaza catastrófica. Estos intentos pueden convertirse también para el niño en elementos intrusivos, angustiosos y persecutivos, reforzando sus defensas y funcionamiento autístico como mecanismo de protección.

La necesidad del bebé de apoyarse en algo rítmico y pausado, algo que le da seguridad y confianza en cuanto a la presencia del objeto ausente, que no desaparece, se ve seriamente perturbada y el bebé se ve obligado a crear, reproducir y repetir esos ritmos pausados a través de lo sensorial como por ejemplo las regurgitaciones repetitivas del bebé pequeño y los balanceos del bebé algo mayor.

La madre en esta situación, absorbida por su necesidad de no sentir, (de sensación y de sentimiento) de evitar sus emociones para no sufrir, se encuentra también incapacitada para jugar con su hijo. Jugar, juegos que fuera de una situación así, las madres reproducen espontáneamente, facilitando a su hijo el desarrollo de la capacidad de tolerar, con atención y placer, lo imprevisto, lo inesperado, la ausencia ahí donde se espera la presencia y la presencia ahí donde se espera la ausencia.

Juegos que con distintos nombres y algunas variantes se realizan en todas las civilizaciones y culturas: el de la búsqueda del bichito sobre el cuerpo del bebé, o el de los cinco lobitos, (moviendo las manos e invirtiendo la parte de la mano que se le presenta frente a él en el juego), y también el juego del Cu-Cú, Tac-Tac (tapando un objeto o tapándose la cabeza cuando el

bebé es un poco más mayor), juegos de presencia y ausencia del objeto que no desaparece.

En el 2º trimestre y en el mismo sentido de lo expuesto, la madre juega espontáneamente con su bebé a *hacer como si* estuviese enfadada, triste, etc. Con este juego la madre potencia y desarrolla, sin saberlo, la capacidad de percibir y diferenciar lo aparente de lo real, introduciendo a su bebé, sin pensarlo ni proponérselo, en el enriquecedor mundo del juego simbólico.

La no introducción de un área de juego en la interacción madre-bebé o entorno cuidador-bebé, puede ser también un signo importante de alerta hasta los 3 meses y de alarma al acercarse a los 6 meses de vida del niño-a.

Este espacio de juego creativo y sin reglas predeterminadas lo va llenando el bebé con otros objetos que ocupan progresivamente el lugar de la madre y de la relación con el entorno cuidador, sustituyéndolo y representándolo, primero, externamente y luego internamente. Por desplazamiento, el bebé va invistiendo distintos objetos y fenómenos transicionales, pasando del primer objeto simbolizante y significativo, a diferentes y diversos objetos simbolizados pero conservando el significado y la función primitivas de la relación con el primer objeto investido, la madre.

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. Potencia y desarrolla la necesidad bio-psicológica de un espacio-tiempo de soledad, y de ensimismamiento, que el bebé necesita para poner en marcha los mecanismos de Autorregulación Psicosomática, de Integración Psique-Soma y para desarrollar la Función de Integración de los Estímulos internos y externos, convirtiéndose progresivamente este proceso en la capacidad creativa de estar a solas consigo mismo (ensimismamiento) sin sentirse solo, vacío y desamparado.

2. La interacción de la persona que ejerce la función materna con el bebé, cuando ésta presenta dificultades importantes y durables para identificarse de forma empática con él.

Vamos a ver con más detalle lo que representa para la interacción madre-bebé y para la posible evolución autista de este último, la presencia de forma durable de esta incapacidad en la persona de la madre o de la persona que ejerce la función materna con el bebé.

Cuando la persona que ejerce la función materna se halla afectada de forma que le es difícil e incluso imposible y de forma durable el identificarse de forma empática con el bebé, la interacción entre ambos se convierte en un espacio repetitivo de desencuentros frustrantes para ambos. Desencuentros que sin posibilidad reparadora pueden hacer sufrir mucho a la persona cuidadora y llevar al bebé a protegerse del malestar originado por la frustración de dichos desencuentros con defensas autísticas, además de refugiarse en su aislamiento y engancharse a la autossensorialidad.

Puede también ocurrir que haya un exceso de empatía y como consecuencia de ello, una confusión entre uno y otro, con las consiguientes dificultades para la percepción de los límites, para separarse y diferenciarse. “Lo que yo quiero es lo que él quiere”. El bebé se ve envuelto en el deseo, en la necesidad del otro y no puede salir de ahí. Esta creencia “confusional” del cuidador es lo que le lleva luego en su actitud a no dudar sobre sus percepciones, a no estar suficientemente atentos a los mensajes del bebé para ir adecuando y ajustando sus percepciones y reacciones a las de él. Se corre entonces el riesgo pretender saber exactamente lo que desea y necesita el niño anticipándose a sus necesidades sin darle opción a expresarlas ni a desear comunicarse.

Cuando falta o falla en el entorno cuidador la capacidad de identificación empática, la respuesta adecuada a las necesidades del bebé no llega o llega a destiempo y de forma inadecuada. El juego interactivo de presencia-ausencia entre madre y bebé, proceso adaptativo mutuo y a la vez integrador de la experiencia vivida y compartida entre ambos, se convierte así, en un lugar de desencuentros frustrantes y perturbadores, de fatales consecuencias para ambos y para todos. Lo evolutivo se convierte progresivamente en defensivo, anti-evolutivo y crónico-cronificador. El bebé en estas condiciones de no identi-

ficación que se hace recíproca, si es durable, no puede investir, incorporar, interiorizar la figura, relación y función maternas en su mundo interno. No podrá por consiguiente representarla, reconocerla ni recordarla.

En esta interacción primitiva, básica y esencial para la constitución como sujeto del ser humano, éste no podrá a su vez, si la situación no cambia, verse, representarse, reconocerse ni recordarse. Nos encontramos entonces con una ausencia en el bebé de relación intersubjetiva y una ausencia de representación mental del otro y de sí mismo.

En condiciones facilitadoras del desarrollo, la madre o la función materna, gracias a esa capacidad empática de identificación con el bebé, le habla como a una persona capaz de entenderla, atribuyendo significado y sentido a las expresiones no verbales de su hijo. Intuye, comprende, elabora lo que le puede pasar o quiere decir su bebé y le responde desde su intersubjetividad aportando a la interacción un material elaborado, que filtrado de elementos ansiógenos, incomprensibles e inquietantes, consuela y tranquiliza a su bebé y le mantiene presente en la interacción.

Su comunicación no verbal, muy expresiva e incluso exagerada, contribuye al mantenimiento de la atención de su bebé en ella y en la interacción. La capacidad de la madre, a través de un movimiento psico-emocional regresivo, de hablarle desde una posición interna de *cómo si* fuera el bebé, ayuda también extraordinariamente a la instauración de este proceso de comunicación desde una subjetividad a otra, creando así la relación inter-subjetiva.

Cuando en función de lo que es y sobre todo de lo que representa inconscientemente para la madre y para los padres su bebé, (interacción real y fantasmática) éstos lo tratan de forma que las identificaciones proyectivas predominen sobre las identificaciones empáticas, las posibilidades y condiciones para el desencuentro en la interacción se ven poderosamente aumentadas y ampliadas.

La necesidad de la madre-padres de proyectar sobre ese escenario fantasmático interactivo sus propias vivencias y fantasías inconscientes en función de lo que representa y le recuerda su bebé, puede alejarla de la percepción del hijo real y de la

realidad de la interacción con él. Se corre entonces el riesgo de que el hijo/a “exista” en función de las necesidades de la madre o entorno cuidador en lugar de lo contrario, es decir, de que la madre o entorno cuidador existan en función de las necesidades del bebé.

Lo proyectado por la madre-padres sobre el bebé, en su interacción con él no es un material psíquico elaborado gracias a su capacidad de ponerse en el lugar de él (capacidad de “reverie”, de ensoñación, según Bion). Es un material psíquico propio de la madre-padres que tiene que ver con su pasado y con personajes de su pasado, encarnados, proyectados y actuados de forma inconsciente sobre su bebé y en la interacción con él.

Puede ser en estos casos un material inconsciente de la madre-padres que perteneciendo a aspectos de su pasado e historia personal, son negados más que reprimidos por ella y son inconscientemente proyectados como “cuerpo extraño”, que tiene a su hijo como destinatario. Lo negado, así proyectado, es tratado como ajeno y debe ser mantenido como ajeno en el otro, que lo acoge por identificación. Lo que aquí comentamos como factor de riesgo de funcionamiento psicótico autístico se correspondería en el libro antes mencionado de “Los escenarios narcisistas de la parentalidad” con un funcionamiento narcisista “disociado” en los padres y basado en la negación como es el caso de las proyecciones parentales vividas esencialmente como persecutorias o muy dañadas.

En estas condiciones, la posibilidad de darse cuenta, de *identificar-se* con su bebé, es decir, de identificar en su hijo lo de ella (la función materna) y también de cambiar, de no repetir, de reparar, se hace cada vez más lejana y ajena y los desencuentros interactivos madre-bebé cada vez más dolorosos, frecuentes y frustrantes.

En este contexto proyectivo más que identificativo, en la interacción precoz madre-bebé puede ocurrir que el bebé se someta al imperativo de esa realidad que se le proyecta desde el entorno cuidador. Se convierte entonces en ese bebé demasiado bueno y tranquilo que pasa casi todo el tiempo durmiendo o “distráido” en su cuna; ese bebé tan apreciado por algunos

padres y que tanto nos preocupa a los profesionales y al que hacemos alusión incluyéndolo como bebé-riesgo de funcionamiento autista en los indicadores o signos de alarma.

Bebé que los padres pueden necesitar así de forma inconsciente. Sin embargo, para nosotros los profesionales, el bebé está sometido en este caso a una carencia y ausencia de estímulos externos que pueden llevarlo al aislamiento y desvinculación relacional así como a refugiarse en la auto-sensorialidad como forma de evitar la grave depresión-sideración del bebé que en algunos casos lleva a la muerte.

En este tipo de situaciones e interacciones, el bebé puede superar estos graves obstáculos, sometiéndose precozmente al principio de realidad, conformándose, resignándose y adaptándose al entorno cuidador y a sus necesidades, a costa de prescindir e incluso negar o dejar de lado sus necesidades evolutivas propias. El derecho y el deber de un bebé sano en interacción con un entorno cuidador sano y receptivo, es el de reclamar, gritar y chillar, para ser oído y atendido, sin tener en cuenta las necesidades de los padres. Esta fuerza de reclamo del bebé sano en sus primeras semanas de vida provoca y desarrolla en los padres y entorno cuidador una capacidad de adaptación, receptividad y respuesta máximas.

Situación que va cambiando, tras el correspondiente ajuste relacional recíproco, hacia un comienzo de cooperación, de participación relacional y comunicacional del bebé, (sonrisa intencional) así como a una disminución progresiva de ese espacio-tiempo en el que su entorno cuidador no podía dejar de pensar constantemente en él.

Para este niño, el sentimiento de continuidad de su propia existencia, elaborado a partir de la capacidad simbólica y de simbolización, de crear en su interior la representación de lo ausente, (base y esencia del lenguaje), en la adolescencia, se rompe y se produce para él una caída sin fin en el abismo de la nada interna, con la ausencia necesaria del entorno cuidador habitual, del que el adolescente tiene que empezar a saber prescindir.

Situaciones evolutivas de riesgo a causa de un exceso de presencia del otro-ajeno y extraño en el mundo interno del sujeto a costa del propio, del sí-mismo.

Una de las tareas esenciales que tiene que hacer el bebé ayudado por la madre y facilitado por la función materna, es la organización e integración de la sensorialidad. La regulación y filtrado elaborativo de los estímulos sensoriales internos y externos que llegan como percepción a la conciencia del bebé, a través de sensaciones cuya vía de entrada son los órganos de los sentidos, corresponde a la función materna, (barrera para-excitación) en gran medida y sobre todo durante los 3 primeros meses de vida del niño.

La situación de riesgo para el bebé proviene tanto de un exceso de estímulos no integrables, lo que le lleva a protegerse con el aislamiento, como de un déficit de estímulos que le lleva a refugiarse en la auto-sensorialidad y en el sueño.

El bebé nace con una necesidad biológica y psicológica de autorregulación psicósomática que se hace realidad a través de un tiempo-espacio de soledad y de ensimismamiento. La capacidad de ensoñación, de ensimismamiento, de elaboración y de integración protege al niño y 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.

Falla la constitución de esa matriz, de un continente psíquico que supone para el bebé la presencia de ese tiempo-espacio de soledad y su utilización creativa para conseguir la autorregulación psicósomática y la integración psique-soma, de lo psíquico con lo corporal. Espacio necesario también 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.

Si el bebé se ve privado de este espacio por un exceso 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, va a tener que ensimismarse, aislándose del exterior y construyendo así los esbozos de lo que puede llegar a ser la barrera autista para evitar el efecto caótico y desorganizador del entorno sobre él.

Existe una evolución desde el ensimismamiento (evolución normal) al aislamiento defensivo (riesgo de evolución autista). El

niño que evoluciona hacia un funcionamiento autista pasa progresivamente del ensimismamiento al aislamiento defensivo con evitación relacional y emocional para llegar al rechazo y posteriormente, a la negación y denegación *de la realidad y de la necesidad* de la relación y comunicación con el otro y del otro. (Funcionamiento defensivo psicótico y autístico).

Como decíamos anteriormente, el bebé necesita tanto de un espacio de desvinculación (ensimismamiento) como de una vinculación con el otro para desarrollarse normalmente. En el caso de un déficit de vinculación y de estímulos sensoriales, el bebé puede aislarse autísticamente apoyándose y refugiándose en la auto-sensorialidad (regurgitaciones repetidas, mirada fija en el vacío, durmiendo excesivamente, etc.) para evitar la sensación de anihilación (caer en la nada, pérdida de la sensación de existir).

Como vemos, de la capacidad de identificación empática de la persona que ejerce la función materna con estas necesidades del niño, (presencia y ausencia), así como de la capacidad de filtrar y elaborar tanto los estímulos externos como internos que vive el niño, haciéndolos, en el intercambio relacional, más digeribles e integrables para él, depende el desarrollo de la función de integración de la sensorialidad del bebé.

Éste sería un ejemplo muy evidente de cómo la interacción precoz padres-bebé se situaría en la intersección de lo biológico (constitucional y genético) con lo ambiental. Nos muestra también como una función potencial del niño, para desarrollarse normalmente, necesita de la función facilitadora y potenciadora del entorno cuidador para hacerla realidad.

La sensorialidad propioceptiva, olfativa, gustativa, auditiva y táctil y algo más tarde la visual debido a su complejidad, percibida a través de diferentes canales, requiere un trabajo de integración que va haciendo, que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial con la madre pasa a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé gracias a las respuestas de la madre.

Las sensaciones que al inicio el bebé no comprende, poco a poco van cobrando sentido para él. Se podría decir que el bebé va sabiendo de qué va, a qué corresponden y por tanto puede integrarlas como una experiencia global. Por ejemplo; un ruido

brusco que asusta al bebé es elaborado por la madre que le devuelve a su hijo una respuesta tranquilizadora a través de su voz, mirada, caricias, posición y tono corporal, etc.

Así, poco a poco el bebé no solamente integra su sensorialidad sino que la vive en su relación emocional con el otro.

Un momento privilegiado para la integración sensorial del bebé es la experiencia de amamantamiento. La interacción, también emocional, permite al bebé pasar de la sensación al sentimiento y de sí mismo al otro. El riesgo de quedar atrapado en un funcionamiento autista queda así evitado.

La integración sensorial de la mirada, por su complejidad en estos casos, merece que nos detengamos un poco más. Con su mirada, en el primer mes de vida, el bebé percibe sobre todo el contorno de los objetos y personas (formas, continente). A partir de la segunda o tercera semana de vida va desarrollando una mirada central que se fija sobre todo en el rostro de la madre, su contenido, (triángulo formado por ojos y boca).

A partir del primer mes de vida el bebé va desarrollando la mirada profunda en consonancia con la profundidad de la mirada de la madre, tanto cuando lo mira y lo ve, en su exterior como en su interior, como cuando la madre está ensimismada y en una actitud de ensoñación.

El bebé se siente atraído por el misterio que esconde esa mirada, esa mirada que mira y ve más allá de él, esa mirada de la madre que le desvela y revela su interés por un lugar donde no está él; mirada viva, no ausente ni vacía, (como ocurriría en el caso de una depresión desconectada), dirigida hacia el otro, lo otro, (objeto de ilusión, de interés y de deseo) de la madre que no es él. Lugar y espacio para el otro, para el ausente, más allá de la interacción a dos, del nosotros a dos, del tú y el yo.

La triangulación, es decir, la presencia del tercero, introduce la tridimensionalidad, un espacio con profundidad, continente con perspectiva y con límites, a diferencia del espacio plano y sin límites que perciben y en el que se perciben los niños con grave funcionamiento autista. Por eso para ellos solo existe lo tangible y también por ello son incapaces de ver e imaginar lo que hay tras el objeto (ausencia de continente y por tanto de representaciones mentales, de imágenes internas de objetos) y

en el objeto. La triangulación de la interacción permite también en el bebé el desarrollo de la capacidad de observación e introspección, además de introducirlo progresivamente en lo familiar, en lo grupal y en lo social.

Estadio del Espejo: Cuando el proceso de integración sensorial de la mirada está bastante avanzado, el bebé puede empezar a verse y reconocerse en la actitud y en la mirada del otro que le cuida y más adelante, entre los 6 y 18 meses, también puede verse y reconocerse a sí mismo ante el espejo. Ante la mirada y actitud empática de quien le cuida y posteriormente ante el espejo, el bebé se va viendo como un ser unido e integrado, más allá de su percepción de un cuerpo, su cuerpo, todavía fragmentado y descoordinado. Gracias al reflejo que le proporciona el otro a través de una doble mirada, la real que lo ve con sus importantes limitaciones y también la ideal que lo ve como un ser completo y único, el bebé puede incorporar e interiorizar, a través de la identificación con la representación mental que el otro, su cuidador tiene de él, una percepción, una imagen, tanto real como idealizada de sí mismo, (Winnicott). Con esa base que le proporciona el otro, el bebé podrá posteriormente ante el espejo, experimentar la vivencia de júbilo (Lacan), al verse y reconocerse ante una imagen a la vez real e ideal de sí mismo. Este estadio evolutivo, sería un elemento fundamental y básico en la construcción de un narcisismo sano y equilibrado en el niño/a.

Para terminar este apartado, recordemos como el predominio en la balanza interactiva de las identificaciones empáticas sobre las proyecciones inclina la balanza a favor de un desarrollo sano y cómo en el proceso inverso, las proyecciones inconscientes, sobre todo de tipo narcisista, imperiosas, invasivas y masivas, además de continuadas, colocan al niño que intenta protegerse de ellas en situación de alto y grave riesgo de evolución hacia un funcionamiento autista ya que entre otras cosas le impiden verse y reconocerse a través del otro como sujeto separado de él. Por su riesgo de cronificación añadido, ponemos cuatro asteriscos en este signo de alarma.

La intensidad, el carácter masivo, constrictivo e imperioso de estas proyecciones (tanto más patógenas cuanto más deformantes del hijo real y de la interacción con él), obligan al niño a

identificarse con ellas y empezar a ser alguien que no es o rechazar esas proyecciones llegando incluso a la ruptura de la comunicación y al rechazo de la comunicación-relación en estos casos defensivos extremos como es el funcionamiento autista.

3. Ausencia de apoyo a la relación entre la persona que ejerce la función de madre y el bebé con presencia de una actitud o conductas intrusivas y descalificadoras de la persona que ejerce la función paterna hacia la relación de maternaje madre-bebé.

Ya hemos visto al explicar el desarrollo postnatal del bebé, la importancia de la función parental y dentro de ésta, las características y la importancia de la función materna y paterna.

Hemos señalado cómo 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 tridimensionalidad el espacio de la interacción dual madre-bebé.

La presencia paterna excesiva, intrusiva y descalificadora provoca desorden, conflicto y rechazo en la interacción madre-bebé. Con esta actitud del padre, la madre se siente con frecuencia incompetente para cuidar a su hijo y los problemas pueden agravarse y cronificarse.

La participación del padre, en sintonía con la madre permite el adecuado ejercicio de la función parental.

Para esta cuestión de los cuidados adecuados del bebé, la integración de la bisexualidad psíquica de los padres, ambos padres, juega un papel de primer orden.

Se trata tanto de la integración armónica de lo masculino y femenino como de lo maternal y paternal, fruto de la experiencia vivida con sus propios padres y del devenir de sus identificaciones introyectivas primitivas.

Cuando opera la Introyección Identificativa, basada en la capacidad de empatía, en la interacción precoz entorno cuidador-bebé, incorporamos e interiorizamos aspectos del otro que nos sirven de base para crear una representación mental interna de él. También interiorizamos la relación con esos aspectos o ese otro con el que nos identificamos.

En los cuidados del bebé, lo masculino y femenino así como lo materno y paterno que en el aspecto psicológico van más allá

de la identidad biológica o sexual de los padres, interactúan con el bebé, creando en él ese espacio interno donde la bisexualidad psíquica puede crearse y desarrollarse.

Este aspecto integrador, supone que la función materna pueda ejercerse desde lo masculino y que la función paterna pueda ejercerse desde lo femenino. Esto supone grandes ventajas para el bebé y para el desarrollo armónico de la función parental.

El que una madre ejerciendo su función materna pueda poner límites sin que tenga que hacerlo forzosamente a través del padre o el que un padre pueda ejercer la función materna, sin dejar de ser padre y sin esperar que sea siempre la madre quien ejerza esta función, permite una ampliación y potenciación de las posibilidades evolutivas tanto del bebé como de los padres.

Facilita tanto la integración de lo diferente del otro como la creación de ese lugar interno donde haya cabida para el otro y también para el tercero que, por extensión, representaría lo familiar, lo grupal y lo social en el mundo interno del bebé.

En lo que respecta a lo armónico o discordante de la función parental o los factores de riesgo de evolución hacia un funcionamiento defensivo psicótico de tipo autista en relación con el grado de disfunción parental y familiar, no vamos a extendernos aquí pues consideramos que esta observación y evaluación debería realizarse por un especialista o en un servicio especializado de salud mental infanto-juvenil.

Para concluir este apartado, unas palabras a propósito de otro elemento importante a tener en cuenta a la hora de evaluar en un servicio especializado el riesgo evolutivo del bebé. Se trata de la capacidad bio-psicológica de *resiliencia*, capacidad más o menos grande del niño de resistir a los efectos nefastos para su desarrollo de situaciones vitales traumáticas, patológicas y patógenas.

Distintos factores intervienen en la resiliencia de un niño. Por ejemplo, es menos patógeno para un niño el participar con toda su familia en una atmósfera discordante e inefectiva, que ser la diana de proyecciones negativas. Es protector para el niño el tener una buena relación con un padre en una familia que se caracteriza por la discordia. Es protector para el niño poder

conocer la perturbación e incluso la enfermedad mental de uno de los padres cuando ésta existe, etc.

4. Interacción padres-bebé 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 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. Herida narcisista, sentimientos de culpa, 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 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.

Sin la ayuda adecuada, la discapacidad, más allá de los mecanismos de compensación que el niño pueda poner en marcha, puede llegar a ser un serio obstáculo para el desarrollo psíquico, así como para el desarrollo de una interacción evolutiva padres-bebé. La derivación hacia un especialista o servicio especializado, tanto de la discapacidad como de salud mental infanto-juvenil, se tendría que hacer, cuanto antes mejor.

COMUNICACIÓN CON LOS PADRES

¿Qué hacer con la información obtenida? ¿Cómo comunicarles a los padres la situación de riesgo y la necesidad de una derivación hacia un profesional o dispositivo asistencial especializado?

Como se ha mostrado, es posible darles a los padres un mensaje esperanzador si se realiza una detección y diagnóstico precoces, (primer semestre de vida o como muy tarde, segundo semestre), de un posible funcionamiento autista en el niño. Es po-

sible la detección precoz y es posible la prevención primaria si el entorno cuidador familiar y profesional no dejan pasar el tiempo en espera de la confirmación diagnóstica de una eventual causalidad biológica. Hipótesis que tranquiliza momentáneamente a los padres pero que funciona como pan para hoy y hambre para mañana.

Es posible la prevención primaria si contamos con profesionales y servicios adecuadamente motivados, formados y dotados para realizar también tratamientos adecuados y precoces.

Sin negar el posible, que no suficientemente probado, componente causal biológico o genético, el reconocer la influencia y responsabilidad del entorno cuidador familiar, profesional y social, nos lleva a una actitud reparadora. *El sentimiento de culpa lleva a buscar la expiación a través del castigo. El sentimiento de responsabilidad lleva hacia la reparación del daño causado.* Es este sentimiento de responsabilidad el que tenemos que despertar para reconocer, afrontar y superar el problema que en el caso que nos ocupa es la situación de riesgo en el bebé a causa de una interacción inadecuada entre el entorno cuidador y el niño. Interacción patológica que se puede detectar precozmente y en muchos casos ayudar a cambiarla en un sentido evolutivo y no cronicante.

Tenemos que pensar que los padres en su interacción patológica con su hijo son responsables pero no culpables. No hay intención de dañar conscientemente a su hijo. Las proyecciones patógenas son inconscientes y no intencionales. Funcionan como un "sálvese quien pueda". Son proyecciones que para los padres tienen el sentido inconsciente de las pulsiones de auto conservación. Es decir, hay un sentido inconsciente de protegerse a sí mismo más que de dañar al otro.

Es de suma importancia la elaboración de la historia clínica como referente que nos ayude a situar la información clínica obtenida en el contexto familiar y social del bebé.

La problemática narcisista que puede estar en la base de la interacción patológica padres-bebé, se ve agravada por la herida narcisista que viven estos padres permanentemente ante el hecho de su vivencia de incompetencia y de incomunicación con su hijo.

Dolor y sufrimiento intolerables que puede llevar a los padres a la negación del problema o a la búsqueda de soluciones “milagrosas” y externas o ajenas a la propia interacción que mantienen con su hijo.

Sin culpabilizarles, los profesionales les tenemos que ayudar a ver, reconocer y afrontar su parte de responsabilidad, cuidándoles y protegiendo su narcisismo pero sin entrar en complicidades que refuercen las defensas de evitación y negación que no harían más que retardar la solución del problema agravándolo y cronificándolo.

Las dificultades para entender y comprender a su hijo/a, provocan en los padres que se muestran receptivos con sus dificultades e incluso con su incapacidad de comunicarse con él, una situación similar a la que Winnicott describe como “Preocupación Maternal Primaria” que sería algo así como “El estado mental especial de la persona que ejerce la función materna, que durante las primeras semanas o los primeros meses, no puede dejar de pensar en su bebé o dicho de otro modo, no puede quitárselo de la cabeza”. Estado mental que en el caso del desarrollo sano, “alimenta” y refuerza la capacidad empática de la persona que ejerce la función materna para comprender a su bebé y responder así de forma cada vez más adecuada a sus necesidades, facilitando su sano desarrollo.

En el caso de los padres con un hijo afectado de TMS, y en especial de funcionamiento autista, este estado mental especial se convierte para ellos y para su bebé en una fuente de dolorosos y frustrantes desencuentros repetitivos que se van transformando progresivamente en defensivos y antievolutivos. Este resultado negativo, refuerza sentimientos dolorosos e intensos de culpa que no consiguen ser canalizados hacia una actividad reparadora de los fracasos repetitivos en la comunicación e interacción padres-bebé.

No por ser ineficaz su esfuerzo para comprenderlo, los padres dejan de estar pendientes todo el tiempo de su bebé para tratar de entenderlo.

Se podría hablar entonces de una dependencia extrema, sobre todo de tipo mental que el bebé con TMS y en especial con autismo, genera por identificación proyectiva en sus padres.

Estado psíquico que además de consumir energía psíquica en cantidad considerable, dificulta la investidura de los padres hacia actividades e intereses que más allá de los cuidados de su hijo/a, serían “saludables” para ellos como podrían ser; relación de pareja, actividades con amigos, actividades sociales, etc. Esto los encierra todavía más en un círculo vicioso que refuerza lo patológico, al mismo tiempo que merma lo saludable, tanto en ellos, como en su hijo/a.

Llegados a este punto conviene indicar que un importante porcentaje de niños con funcionamiento autista desarrollan una Vinculación de Apego Seguro con sus padres.

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

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

En lo que respecta a la derivación hacia un especialista (Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil) o servicio especializado, (Salud Mental Infanto-Juvenil), es de suma importancia considerar que es una decisión que hay que preparar bien y contando con un mínimo de implicación de los padres para que se haga con garantías de éxito. La comprensión y aplicación del concepto de alianza terapéutica nos puede ayudar mucho en esta situación y en cualquier otra que requiera la colaboración del paciente y su familia en nuestros proyectos terapéuticos para ellos.

Alianza terapéutica.

La podríamos definir como: La capacidad de identificación empática parcial y transitoria que vive el terapeuta en relación con el sufrimiento y problema del paciente y su familia, que permite a su vez de forma interactiva, una identificación empática similar del paciente y familia hacia la actitud y trabajo terapéutico del terapeuta.

Actitud empática del profesional, de los padres, que facilita a su vez que el otro la tenga y desarrolle también con nosotros.

En una situación tan delicada como ésta, puede estar indicado que la derivación se haga con un apoyo que permita a los padres invertir al profesional especializado a través, y en presencia del profesional cuidador que procede a la derivación.

En cuanto a los profesionales y dispositivos asistenciales especializados es evidente que tienen que tener los recursos y formación adecuados para atender este tipo de demandas.

TRATAMIENTO ADECUADO Y PRECOZ DEL FUNCIONAMIENTO AUTISTA EN EL NIÑO/A

Formación de los profesionales.

Para que la detección precoz del funcionamiento autista en el niño, realizada desde el primer nivel asistencial formado por pediatras, enfermeras pediátricas, profesionales de “escuelitas” y guarderías infantiles y equipos psicopedagógicos de atención temprana constituya una eficaz y real prevención primaria, el tratamiento precoz realizado desde el segundo nivel asistencial, (psiquiatras-psicoterapeutas infanto-juveniles y equipos de salud mental infanto-juvenil), debería ser realizado por profesionales específicamente formados y manteniendo una estrecha relación, colaboración y coordinación con el primer nivel asistencial a lo largo de todo el proceso.

Como se desprende del proceso explicado hasta ahora en la guía, los profesionales implicados en la detección deberían realizar una formación y entrenamiento específicos para la adecuada utilización de las escalas de evaluación de los factores de riesgo y los encargados de efectuar el diagnóstico y el tratamiento precoz del funcionamiento autista del niño, deberían tener una formación que incluya los siguientes aspectos:

Una buena comprensión global e integradora de lo que es el proceso de maduración y desarrollo normal y sano del bebé y del niño pequeño para poder detectar sus desviaciones hacia una evolución patológica.

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.

Este aspecto relativo a la experiencia y a la práctica en la formación de profesionales, es válido también para lo indicado en el párrafo anterior sobre la evolución del niño sano.

Un método de observación y formación muy bueno y adecuado que cuenta con el aval de bastantes años de aplicación tanto en la formación de profesionales de la salud mental infanto-juvenil como en tareas de prevención, es el creado y desarrollado por Esther Bick.

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

Se requiere además 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 (inconsciente) que se desarrolla entre los padres y el hijo.

Con la adecuada supervisión y un buen programa de formación básica y continuada las tareas de detección y prevención podrían desarrollarse en tiempos diferentes, junto con las de diagnóstico y tratamiento precoz a realizar por otros profesionales mas específicamente y ampliamente formados.

No se tendría que esperar a que los profesionales estén totalmente formados para poner en marcha un proyecto de estas características. Proyecto que tanta falta nos hace y en el que el tiempo no actúa precisamente a nuestro favor. Mucho menos a favor de las familias y niños afectados.

El paso del tiempo sin las actuaciones preventivas y terapéuticas adecuadas no hace más que cronificar la patología precoz y agravarla.

Las detecciones tardías (a partir de 3 años) implican en estos casos un gran esfuerzo psicoterapéutico-rehabilitador, intensivo y continuado, con altos costes económicos y sociales, y con resultados tanto menos satisfactorios cuanto más tarde se realiza la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

VALORACIÓN DEL RIESGO Y CONSECUENTE ACTITUD A TOMAR POR EL PROFESIONAL

En cuanto a la valoración del riesgo y consecuente actitud a tomar por el profesional que realiza la investigación y exploración, tenemos que tener en cuenta lo siguiente:

La escala de evaluación de riesgo de esta guía se halla todavía en fase de elaboración y experimentación.

Por consiguiente, la cifra precisa (llamada de "corte") de la puntuación mínima requerida para proceder a la derivación del niño y sus padres hacia un profesional o equipo especializados que procedan a la verificación diagnóstica y posterior y rápido tratamiento, no puede darse más que a título orientativo.

La práctica de su utilización en fase experimental y sus resultados pueden ayudarnos a fijar con mayor precisión la puntuación necesaria para proceder a la derivación del 1^{er} nivel asistencial al 2^o nivel especializado.

Esta fase previa de elaboración y experimentación puede ayudar a introducir, en esta guía para profesionales, otros aspectos hasta ahora no tenidos en cuenta y/o corregir otros que se muestren incompletos o inadecuados.

Mientras se desarrolla esta fase de elaboración-experimentación y reelaboración de esta guía, se puede proceder a la formación de los profesionales implicados, tanto del 1^{er} nivel asistencial como del 2^o.

De esta forma, los profesionales implicados pueden ser parte activa del proceso de elaboración y de la puesta en marcha, así como de la posterior aplicación de esta guía y sus correspondientes escalas de evaluación, desde el inicio de dicho proceso.

Si superada la fase experimental, se decidiera aplicarla de forma generalizada, tendríamos una buena parte del camino recorrido ya que podríamos contar para ello con un grupo de profesionales que tendrían una base clínica y formativa suficiente para empezar.

Es importante tener en cuenta que estudios recientes muestran que a los seis meses, en un 85 % de bebés se puede detectar y diagnosticar la posible evolución hacia un funcionamiento autista de carácter progresivo. Quedarían excluidos del

seguimiento evolutivo y evaluativo propuesto en esta guía, el 15 % restante de niños/as que entre los 15 y 24 meses pueden presentar un funcionamiento autista de tipo regresivo, anteriormente llamado “autismo secundario”, que se presenta frecuentemente como reactivo y asociado a una cascada de pérdidas importantes.

Para evitarlo, proponemos que a los 18 meses se emplee la escala de evaluación de factores de riesgo llamada “m-Chat” que ha sido adaptada para su utilización en España o la que ha elaborado, también para esa edad, el equipo terapéutico-educativo del Centro “El Carrilet” de Barcelona, bajo la dirección de la Dra. Viloca y publicada en 2003 y en su libro *El niño autista*.