

Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente

(Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia
del Niño y del Adolescente)

Depósito Legal:

BI-1.383-95

ISSN: 1575-5967

Edita:

Sociedad Española
de Psiquiatría y
Psicoterapia del Niño
y del Adolescente.

Imprime:

Berekintza, S.L.
Heros, 7
48009 Bilbao

Director:

Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao)

Directora adjunta:

Ainara González Villanueva

Comité de Redacción:

Agustín Béjar Trancón (Badajoz)
Leticia Escario Rodríguez (Barcelona)
Pablo García Túnez (Granada)
Carmen González Noguera (Las Palmas)
Fernando González Serrano (Bilbao)
Juan Manzano Garrido (Ginebra)
Cristina Molins Garrido (Madrid)
Alicia Sánchez Suárez (Madrid)
Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián)
Ángeles Torner Hernández (Madrid)

Consejo editorial:

Fernando Cabaleiro Fabeiro
Marian Fernández Galindo
Alberto Lasa Zulueta

Evaluadores externos:

Dr. Francisco Palacio-Espasa (Ginebra).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Ginebra.

Dr. Miguel Cherro Aguerre (Montevideo).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad de Montevideo.

Dra. Paulina F. Kernberg (New York) †.

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de Cornell. New York.

Dr. Bernard Golse (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente Universidad René Descartes-París V.

Dr. Philippe Jeammet (París).

Prof. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Universidad de París VI.

Envío ejemplares atrasados:

Secretaría Técnica
C/. Monte Esquinza, 24-4.º izqda.
Madrid 28010
Telf./Fax: 91 319 24 61

Información y envíos de artículos:

Manuel Hernanz Ruiz
Heros, 19-6.º D
48009 Bilbao
mhernanz@cop.es

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

| | |
|---|---|
| MARÍA ESTHER DÍAZ RODRÍGUEZ | De la mirada, al pensamiento 5 |
| ALFONS ICART PUJOL | Tratamiento familiar de un niño hiperactivo 15 |
| PASCALLE VIDAL MURIEL LALANDE MICHEL RODIERE | La interrupción de tratamiento en los adolescentes seropositivos: ¿Una respuesta a la no-observancia terapéutica? ¿Qué está en juego para los adolescentes enfermos crónicos? 27 |
| BEATRIZ JANIN | Niños encopréuticos: la organización anal y sus perturbaciones 39 |
| JUAN LARBÁN VERA | Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida 63 |
| MERCÉ MABRES | Dependencia del Messenger 153 |
| MARÍA IGNACIO ROCA ALBERT MONTANER GALO | Cuidar a los cuidadores. Trabajo con un grupo de cuidadores de hogares para adultos con discapacidad intelectual y trastorno mental severo 167 |
| JOANA M.ª TOUS QUETGLAS | Recensión Bibliografía..... 183 |

Revista incluida en la base de datos bibliográficos del CSIC y en LATINDEX.

Publicación semestral dirigida a los profesionales de la Salud Mental de la infancia y la adolescencia. Está especializada en las temáticas relacionadas con la psicología clínica, la psiquiatría y la psicoterapia de niños y adolescentes, planteando desde un punto de vista psicoanalítico, actualizaciones teóricas tanto conceptuales como descriptivas de cuadros psicopatológicos, presentación de actuaciones clínicas, y debates sobre las situaciones actuales referidas a este campo.

Sistema de selección de los originales

- Publicación de ponencias presentadas en los Congresos anuales de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.).
- Selección de comunicaciones presentadas en los congresos de S.E.P.Y.P.N.A.
- Conferencias.
- Aportaciones libres.

Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.

JUNTA DIRECTIVA DE SEYPNA

| | |
|--------------------------------------|--|
| Presidente: | Juan Manzano Garrido (Ginebra) |
| Vicepresidenta-tesorera: | Cristina Molins Garrido (Madrid) |
| Vicetesorero: | Fernando González Serrano (Bilbao) |
| Secretaria: | Alicia Sánchez Suárez (Madrid) |
| Vicesecretaria: | Ángeles Torner Hernández (Madrid) |
| Vocales: | Agustín Béjar Trancón (Badajoz) Leticia Escario Rodríguez (Barcelona) Pablo García Túnez (Granada) Carmen González Noguera (Las Palmas) Xabier Tapia Lizeaga (San Sebastián) |
| Responsable de Publicaciones: | Manuel Hernanz Ruiz (Bilbao) |

DE LA MIRADA, AL PENSAMIENTO*

María Esther Díaz Rodríguez**

RESUMEN: P. es un niño de ocho años adoptado con casi cuatro. Desde su llegada a España, ha presentado trastornos de conducta que lleva a los padres a un recorrido de profesionales y lectura de libros sobre el TDAH. Vienen remitidos por la Inspección Médica donde los padres han solicitado cambio de especialista, y en concreto para esta Unidad. La demanda es de control farmacológico. Partiendo de los síntomas del niño, de los padres, y el tipo de demanda, reflexiono sobre la posibilidad de pasar de la acción al pensamiento.

Palabras claves: hijo, padres, adopción, demanda, pensamiento.

Me entrevisto primero con *los padres de P.*, mientras él permanece en la sala de espera dibujando.

Al preguntarles sobre el proceso de adopción, el padre dice que estuvieron buscando un hijo por métodos habituales, no pudo ser, acababa de adoptar una tía, y empezaron los trámites.

* Comunicación libre presentada en el XX Congreso Nacional de Sepypna que bajo el título "Entre el pensamiento y la acción: abordaje terapéutico de los trastornos de conducta en el niño y en el adolescente" se desarrolló en Badajoz del 25 al 27 de octubre de 2007. Reconocido de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

** Psiquiatra-Jefa de Sección Complejo Hospitalario Universitario "Juan Canalejo" – A Coruña / Servicio Galego de Saúde

Intento con mis preguntas que puedan expresar vivencias y sentimientos.

Me relatan los trámites administrativos. Se casaron civilmente para facilitar la adopción, siguieron su vida y a los 14 meses los llamaron, “todo muy rápido y emotivo”, dice el padre; al ver la foto se pusieron “como motos”.

El padre, siempre había pensado más en tener hijos adoptados que biológicos, “porque hay muchos niños que se mueren de hambre”, y no le mueve, dice, “perpetuar los genes”.

Estuvieron pensando en adoptar un niño con síndrome de Down porque el padre tiene un hermano que trabajó en un centro de educación especial, y les decía que son los más cariñosos y agradecidos con los padres. La psicóloga de adopción les aconsejó que no, al ser el primero.

No se plantearon nada, dice la madre durante el tiempo de espera, ni pensaron en ello, hasta que marcharon a buscarlo. Se emociona al decir que al saber que se llamaba Francisco, ya le pusieron P. La madre entró en el avión, se relajó y pensó “que sea lo que Dios quiera”. Cuando vio por primera vez a P., le pareció muy feo; no le dijo nada al padre, no se parecía al de la foto, desnutrido, no hablaba, no subía por el tobogán.

Al llegar aquí empezaron todas las revisiones médicas. P. se mostraba muy inquieto, y el padre empezó a mirar en Internet y comprar libros sobre el TDAH. Precisa el padre que en España está infravalorado este trastorno, “en el colegio pegaba, les arrancaba las cosas de las manos a otros niños, inundó la clase... ha mejorado mucho desde entonces”. Le hicieron pruebas y les tranquilizó “saber que el cerebro recibía”.

Trae el padre un libro a la consulta, que saca y pone encima de la mesa. Aclara que él estuvo convencido de lo que tenía desde el principio, la madre no, y la familia tampoco. Hubo discusiones entre ellos. “Ya lo pone el libro que a los padres no los comprenden o piensan que lo están haciendo mal, que son blandos, primerizos... y un hijo a partir de los 3 años y 8 meses no sabes lo que trae detrás, no hay afinidad biológica”.

Discreparon en el diagnóstico, pero ahora están de acuerdo los dos; el padre me dice que sabe mucho del TDAH, “tanto o más que los médicos”, porque además lo tiene en casa, “es

como el diabético, que acaba sabiendo de su enfermedad más que el médico”, me mira y añade “o lo parece”.

Cuando intento indagar un poco más en sus vivencias sobre la adopción, contesta el padre que están aquí por el medicamento. Estuvo con él, sin él, después le dieron ellos otro distinto, con éste no rendía, lento, estaba agresivo, con berrinches, angustias, quería ir al colegio algún día por la noche para sumar y restar. Cambiaron los padres al primero que había tomado y bien, está más centrado, duerme bien, le interesa el colegio...

Aquí el padre formula otra demanda: ha leído que la hiperactividad cede con el tiempo, pero que el déficit de atención es para toda la vida, y afecta al estudio y la vida diaria. Quiere que P. conozca sus limitaciones, que sepa organizarse para aprender, “la facilidad que tiene para despistarse no es por que él quiera”... (y busca y busca en el libro), “se ve que no es voluntario”.

El padre lee en el libro que trae, “si me permite”, “lo que hemos sentido”, “desconocimiento del problema; los padres están solos, están empezando ahora las asociaciones, sientes la minusvaloración, y el problema al final son los padres”. Me enseña el libro de cerca, los fármacos que trae, la bibliografía extensa, estudios recientes.

Y hace otra demanda: que lleve un profesional la medicación; les entró miedo con el último medicamento, más a la madre. Y aunque se lo leen todo, y saben cómo hacer, dicen, “mejor un profesional”.

P. Y SUS PADRES

Cuando P. entra, el padre lo invita a sentarse entre él y la madre. Él se sienta al lado de la madre, se pasa a su regazo, ella le da un beso, y el padre saca el libro. Abrazos, besos de la madre, “mi chiquitín, eres mío”.

Habla el padre y P. sonriente le da vueltas a un dedo en la cabeza como si le estuvieran echando un discurso, un rollo.

El padre aclara que a veces el niño no sabe distinguir si habla en broma o no. Saca el libro, P. le llama “abuelo chota”, y el padre dice que no le importa que le llame así, el niño tiene claro

que él es su padre y él también, en casa los límites están todos muy claros, ya lo pone el libro.

Lo definen como alegre, hablador, sociable, bromista, se quiere salir siempre con la suya pero cada vez menos, a veces tiene pataletas, llora, y los insulta. “Y soy feo”, insiste varias veces P.

Añade el padre, que si lo dejan pensar se da cuenta de las cosas.

Comunica sentimientos, les dice muchas veces que los quiere.

Para dormir, le leen un cuento, el padre, la madre o los dos. La madre se mete dentro de la cama y el padre también, él se esconde dentro, hacen como si hubiera un bicho, los pellizca, “un juego” dice la madre. Duerme con un osito.

En el colegio defiende a las niñas, querencia por los bebés, buen fondo, “te voy a cuidar de mayor”, le dice a la madre...

Muy querido por la gente mayor, le gusta estar con ellos y los hace reír.

P., que en este momento está jugando con los cacharros preparando comida, se acerca para decirle a la madre que esto que está contando de que defiende a las niñas es secreto.

Le gusta ayudar, impaciente, quiere respuestas inmediatas, curioso, pregunta todo... y se olvida de lo que tiene que hacer, por eso se lo dejan escrito en una pizarra.

La madre me insiste en si quiero el informe que trae de la adopción.

P.

Se va a jugar, se acerca, se pone en medio de los padres, se columpia en las sillas. Abraza al padre y éste le dice “estos juegos para cuando estemos solos”; se va entonces a hacer comidas.

Alegre y atento, interviene de forma espontánea aportando datos.

Tiene un lenguaje de menor edad que la cronológica, en la pronunciación, hace frases cortas sin todos los elementos, vocabulario escaso, tono mimoso. A medida que transcurre la

consulta va desapareciendo el tono mimoso e infantil, habla más alto. Ya al final la voz es potente, y la construcción prácticamente de su edad.

Hace comidas, juega con los animales salvajes y domésticos, unos contra otros, los transporta en el tren... No quiere dibujar y dice que no le gusta leer.

Acaba jugando con unas cajas en las que mete y saca figuras de animales y geométricas. Me da las llaves de éstas, y me pide que las guarde hasta el próximo día que venga, enseñándome dónde quedan las cajas escondidas. No quedan a la vista.

Cuenta que va a hockey, futbito, fútbol, piscina, patinaje y solfeo.

Y de mayor va a ser muchas cosas: policía, cantante, profesor, payaso.

Abrazado a la madre, ésta le coge la mano, lo acaricia, se suelta él.

Le gusta ver películas de *Los Tres Mosqueteros*, *Aladín*, *Batman*, *Superman*, y unos dibujos que “están en el 7”, que su madre no le deja.

Adopta un gesto y actitud teatral, haciendo gracias, movimientos, gestos de supuesta comicidad, pero cuando le explico el tema de la cita próxima, y día que nos veremos, se muestra serio, atento, se hace cargo de la tarjeta de la cita. Es cuando más se aproxima físicamente a mí.

REFLEXIONES

Las dificultades para poder trabajar la relación entre P. y sus padres quedaron claras antes de la primera consulta, cuando la madre trató de saltarse las normas de cambio de especialista. Y mi intervención terapéutica por tanto, centrada en “hacer pensar a los padres” la relación con su hijo, comenzó antes de que acudieran a la primera cita.

Había ansiedad, impulsividad, hiperactividad e inatención. Estaban actuando los síntomas que traían como diagnóstico de su hijo.

A medida que transcurre la consulta con los padres, compruebo que al insistir en las preguntas en torno a la adopción de P., se va produciendo en el relato un tránsito de las “acciones” administrativas hacia las vivencias. Ponen palabras a fantasías personales, alguna reflexión, desconocida hasta ese momento por el otro miembro de la pareja, surge el “pensamiento”. Pienso que P. conoce esta forma de funcionamiento de sus padres y por eso insiste en un comportamiento que les permita ponerse en contacto.

Es como si no pudieran “mirarse”. La mirada aparece como un hilo conductor en el posible tratamiento con los padres; cuando el padre me mira directamente y lo miro, duda de su discurso, dudan ambos de un saber que traen, en donde no hay espacio para su hijo, ni para ellos como padres. Se abre un hueco en la certeza, se da entrada al otro como semejante, y asoma tímidamente el Otro referencia de un saber.

Está presente todo el tiempo la mirada, mirar, mirarse y ser mirado.

Cuando insiste la madre en si quiero los informes de la adopción para dejarlos en el historial, cuando su hijo le reprocha que me cuente lo que era secreto entre ambos, es como si no pudiera sostener, contener, guardar, lo que es propio y personal de ellos, como si lo que se supone un deseo de los padres de construir junto a su hijo un proyecto de familia, que define las identidades familiares, necesitase de otros miembros, de otras personas que contengan a esos padres y les ayuden a encontrar su identidad.

Por esto y por utilizar el libro como un tercero, como un sujeto supuesto saber, que los tranquiliza, los comprende, les da pautas, es la guía, es espejo donde reflejarse, acabo pensando si no están pidiendo que los adopte.

Adoptar según la RAE significa, entre otras acepciones: recibir, haciéndolos propios, pareceres, métodos, doctrinas, ideologías, modas, etc. que han sido creadas por otras personas o comunidades. Es decir, que los escuche y entienda.

Y adoptar puede ser sinónimo de elegir algo por afecto, afecto que asoma cuando ven, de nuevo la mirada, por primera vez la foto de su hijo. Y se ponen “como motos”, dicen. Hay una dificultad en estos padres para poder verse y reconocerse como

un sujeto en falta, es como si fallara la represión secundaria que evita la aparición de la angustia.

El padre, le hace preguntas continuamente tan pronto surge la oportunidad, de ortografía, sumas, cultura general..., es el yo ideal, y los vestigios del narcisismo primario. Como cuando le dice, “este juego cuando estemos solos”, es decir, fuera de la mirada de un tercero que introduce la ley.

La madre pregunta cómo hacer en muchos aspectos de la vida diaria. Mezcla y confunde lo que supone ayudar, proteger, sobreproteger, darle responsabilidades propias de su edad. Parece mantenerse en una posición de “ser hija de”.

–Si no se soporta la frustración, los pensamientos son sentidos como algo dañino que debe ser evacuado, y se hipertrofia el mecanismo de identificación proyectiva. Pero si hay capacidad para tolerar la frustración, se desarrolla el “aparato de pensar”, que posibilita que evolucione y se transforme el pensamiento, y así “la frustración tolerada se hace más tolerable”– (Bion).

A medida que los padres, van formulando nuevas demandas a lo largo de la consulta (pasan de lo farmacológico a lo psicoterapéutico para su hijo y para ellos mismos), se va abriendo como posible el tratamiento, ya que hay capacidad para tolerar la frustración.

En el niño adoptado el “no deseo” de sus padres biológicos, suele ser fuente de resentimiento y hostilidad, mientras que el “deseo” de sus padres adoptivos suele ser lo que lo concilia con la vida. Hay muchos rasgos de P. investidos positivamente por sus padres.

P. es un niño curioso, pregunta todo, observa antes de acercarse a otros niños, cede si no puede mandar, piensa, se acerca y aleja de los padres, y me ha dado las llaves de lo que ha dejado cerrado en los juguetes, y oculto a los ojos de otros que no sean él o yo; todo esto me hace pensar que se va a poder trabajar con él. Ha delimitado ya un espacio para los dos, único, donde me entrega las llaves que abren su deseo. Y en donde está presente, de nuevo, la mirada.

Hace síntomas en los lugares que para sus padres resultan insoportables, y reprime su deseo para satisfacer el de ellos, que mantienen la fantasía de un hijo pequeño y con deficiencias.

Le gusta cocinar como al padre, y es “un hacha” en la bicicleta como él. Las identificaciones están en marcha. Pero no aparecen con claridad las limitaciones propias del superyó.

Mi oferta de tratamiento, además del control del medicamento actualmente, es poder delimitar el espacio que ocupa cada uno, que lleguen a saber quiénes son; no basta con quedar tranquilos por “saber que el cerebro recibía”, sino que es necesario también pensar en lo que se emite desde el lugar de padres que tienen en cuenta al hijo, porque si no, se ponen “como motos” y surge el conflicto, el riesgo.

Termino con unas frases de S. Bleichmar de su libro *La Subjetividad en Riesgo*:

“...el colega que lo medicó haciendo uso del “gatillo fácil”, perdió de vista que en la historia originaria lo irreductible para el sujeto era del orden de la teorización sobre la existencia y la muerte, no de la prematuración neurológica ni de las lesiones biológicas cuyas secuelas estaban en vías de resolución. Pero estas teorizaciones, estas fantasías, competen al psicoanálisis, que encuentra la motivación representacional más acá del sustrato cerebral en el cual la representación encuentra su soporte biológico, porque este último es insuficiente para dar cuenta de su especificidad”.

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD, I D. (1989): *Adopción, del abandono al encuentro*. Buenos Aires. Ediciones Kargieman.
- BION, W. (1990): *Volviendo a pensar*. Buenos Aires. Ed. Horme.
- BLEICHMAR, S. (1999): *En los orígenes del sujeto psíquico*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- BLEICHMAR, S. (2005): *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires. Editorial Topía.
- RINCÓN, Lía (2003): *La relación terapéutica*. Argentina. Editorial Polemos.
- SIGAL DE ROSENBERG, A.M. Y OTROS (1995): *El lugar de los padres en el psicoanálisis de niños*. Buenos Aires. Lugar Editorial, S.A.
- SIEGE, S. (1992): *Su hijo adoptado*. Barcelona. Ed. Paidós.
- UTRILLA, MANUELA (1998): *¿Son posibles las terapias en las instituciones?* Madrid. Biblioteca Nueva.

TRATAMIENTO FAMILIAR DE UN NIÑO HIPERACTIVO*

Alfons Icart Pujol**

Existen diferentes maneras de situarnos en los hechos clínicos y distintas opciones de tratarlos. La formación recibida, la experiencia personal de cada profesional, el lugar de trabajo, el entorno profesional, etc., son factores determinantes a la hora de entender la clínica y de dar una respuesta psicoterapéutica. En este caso, hablaré desde la teoría psicodinámica y desde mi práctica en la institución pública. Con frecuencia observamos que determinadas aproximaciones exclusivamente farmacológicas en la atención de los trastornos de salud mental, sobre todo en niños y adolescentes, olvidan que existen con los padres pautas de relación alteradas o desarmónicas y que el síntoma, a menudo, es una manera de evidenciar estas alteraciones. Por consiguiente, si antes de dar un fármaco resolvemos estas alteraciones, seguramente se evitaría el abuso de estas sustancias en dicha población.

Thomas E. Brown (2003) advierte que no se puede considerar por más tiempo el TDAH como un trastorno disocial insignificante. Este autor defiende que el TDAH acaba generando alteracio-

* Comunicación libre presentada en el XX Congreso Nacional de Sepypna que bajo el título "Entre el pensamiento y la acción: abordaje terapéutico de los trastornos de conducta en el niño y en el adolescente" se desarrolló en Badajoz del 25 al 27 de octubre de 2007. Reconocido de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

** Psicólogo clínico. Psicoanalista, miembro de la SEPIPA. Director de la Fundació Orienta y de la Revista de Psicología y Salud Mental del niño y del adolescente. Correspondencia: icart@fundacioorienta.com.

nes crónicas en funciones cognitivas que son esenciales para una adaptación consecuente y eficaz en la escuela (niños), en el trabajo (adultos), en la familia y en la sociedad. Para Brown, la gravedad de estas alteraciones puede extenderse desde la baja tolerancia a la frustración hasta una incapacidad absoluta para completar la enseñanza, conservar un trabajo o mantener una relación afectiva.

Brown y Goldman (1998), ya señalan en sus aportaciones que las primeras manifestaciones del TDAH las tenemos que encontrar en los primeros tiempos de vida del niño y sus dificultades para tolerar la frustración: el “no”. Por nuestra parte, compartimos plenamente estas afirmaciones y como se podrá ver en el caso clínico que presento, mis intervenciones terapéuticas van dirigidas a modificar precisamente estas primeras relaciones del niño con sus padres, especialmente con la madre. No podemos olvidar que los primeros vínculos que establece el niño con sus padres, son estructurantes de la personalidad (Corominas, 1989) y si podemos abordarlos en la primera infancia y modificarlos a tiempo es probable que podamos evitar perpetuar el trastorno de TDAH en la adolescencia y en la vida adulta. Brown precisamente es el primer autor que nos habla de la hiperactividad adulta como consecuencia del TDAH infantil no resuelto.

UNA MODALIDAD DE ATENCIÓN

El *modelo que propongo*, para atender estos casos de TDAH en niños pequeños, es la *psicoterapia familiar focal y breve de comprensión psicoanalítica*. Este modelo de comprensión de los síntomas y del abordaje familiar nos permite entender el conflicto desde una perspectiva diferente, desde la dinámica grupal. Entendemos que la persona que sufre el conflicto no es, de entrada, el enfermo del grupo, sino el que expresa que el grupo está enfermo o desarmónico (Icart, 2004)). Las personas que forman el grupo, la familia, cuando padecen problemas, tienden a depositarlos en uno de los miembros, a veces el más débil. El depositario de las proyecciones de los demás miembros de la familia va asumiendo este malestar del grupo hasta transformarse en el enfermo. Por ello, la comprensión psicodinámica

grupal nos permite detectar estos mecanismos relacionales y proyectivos e incidir en ellos, a menudo, en menos tiempo y con mejores resultados. Esto lo podremos ver en el caso clínico que expongo.

PRIMERA ENTREVISTA

Vienen a la consulta los padres de Carlos, un niño de tres años. La persona que hizo la primera entrevista nos advirtió del “estado de nervios” de los padres. Dicen que no consiguen que obedezca ni que haga las cosas, que va a la suya, hace lo que quiere, como quiere, cuando quiere y no lo pueden controlar. Pega e insulta a los padres y también a los niños de la guardería, no para quieto. Los padres están desesperados, sobre todo la madre. Les ha dicho el pediatra, la enfermera y también en la guardería que es un niño hiperactivo y que les hará sufrir toda la vida. *De entrada podemos observar que, a veces, los profesionales somos poco prudentes a la hora de utilizar palabras técnicas o de hacer valoraciones simples a manifestaciones de los niños. En este caso pensamos que no solamente no ayudaron a los padres a acercarse más a su hijo, sino que los intranquiliaron.*

De siempre este niño ha tenido muchos cólicos, siempre con dificultades para dormir y muy llorón. Pero dicen que fue al nacer el hermano, que estuvo ingresado unos días, cuando empeoró. A partir de ese momento, se volvió más agresivo con los padres, utilizando el insulto, rompiendo los juguetes pero, al mismo tiempo, acudiendo cada noche a la cama de los padres.

Estamos ante un niño que no puede estar quieto, agresivo, desafiador como un pseudoadulto y, por otra parte, un niño asustado de su propia necesidad y agresividad que busca la protección de los padres. Nos podemos preguntar de dónde saca la fuerza este niño de 3 años que puede con sus padres, o que sus padres no pueden con él. Es un niño que ya en estos momentos presenta todas las características de tener un trastorno de la conducta e hiperactividad, aunque como dicen la mayoría de autores no se puede considerar un niño hiperactivo hasta los cinco o seis años.

La madre dice que no sabe qué hacer con él ni cómo tratarlo. Lo ha probado todo y sin resultados. Dice: “si le pego tengo miedo que después él pegue a los demás; si siempre le regaño y le grito, tengo miedo que después no me quiera; no le veo salida”. El padre escucha a la madre. Mientras, en la entrevista, el niño ha cogido la caja de juego y ha esparcido los juguetes en la habitación. Como ve que no le prestan atención, abre la puerta y empieza a tirar juguetes fuera del despacho. Mientras los padres siguen hablando con el terapeuta. El padre le dice que no lo haga y que los recoja. El niño no le hace caso y los continúa lanzando, cosa que hace que el padre se enfade y levantando la voz amenazando con pegarle y castigarle, si no los recoge. El terapeuta ve como la madre, que está mirando el enfrentamiento que mantienen padre-hijo, se está angustiando y respirando hondo. Poco después la madre le dice al padre que, por favor, no le pegue, que le hará daño, impidiendo que haga las funciones de padre. Ahora la discusión se centra entre el padre y la madre mientras el niño está quieto escuchándolos con cara de satisfacción. Al final el padre desiste y se queda callado. Tenemos una función paterna debilitada por la propia madre. La madre ha impedido que el padre ejerza sus funciones. Como podemos observar, parece que la madre ha proyectado sus aspectos necesitados en su hijo y ahora no tolera que el padre regañe al hijo porque siente más que le regaña a ella, que al niño.

EL TRATAMIENTO

El tratamiento puede ser distinto en cada caso, aunque cuando se trata de niños pequeños, acostumbro a realizar un tratamiento focal y breve de aproximadamente diez sesiones. En estos tratamientos breves es imprescindible focalizar el trabajo terapéutico en aquellos aspectos comunes a todos los miembros y que son los causantes del síntoma.

El tratamiento empezó cuando el niño ya había iniciado el colegio y tenía 3 años y medio. En la primera sesión los padres comentan que últimamente acude menos a su cama pero no descansa, llama a la madre continuamente toda la noche incluso, a veces, medio dormido la llama con voz monótona y suave:

“mamá, mamá...” Éste es uno de los elementos que podemos ver de la indiferenciación madre-hijo, como si la madre más que estar durmiendo con el padre la tuviera él dentro de su cabeza. Por otra parte, no pega tanto en el colegio, aunque no quiere recoger las cosas y sigue rompiendo muchas otras, tanto en casa como en el colegio. No juega, solo destroza las cosas. Sigue nervioso y moviéndose continuamente, aunque no está tan opositor. Los niños lo invitan a jugar, pero él no aguanta con ninguno, más de cinco minutos, ni tampoco los juegos y actividades colectivas. Hace enfadar al hermano pequeño quitándole las cosas, en cambio es bueno con otros bebés. Cuesta entenderlo, aunque la madre lo entiende mejor que el padre; dice que ella ya adivina lo que pretende decir. Es una manera de mantener la relación dual madre-niño.

La madre, en la segunda sesión, dice que el niño va hacia atrás, que se vuelve a morder las uñas y que está fatal. El padre dice que él no puede decir nada porque no ha estado mucho en casa. Explican que fueron al zoo y que le riñeron continuamente, y que se hizo pipí encima. La madre dice que este niño es insoportable; el padre añade que lo que pasa es que es “tercosillo”. La madre insiste en que no existe el “no” para él, no hace caso, que es un “terremoto”; en cambio, el hijo pequeño es todo lo contrario: muy tranquilo. Para la madre, Carlos es muy sensible, como ella, que todo le afecta y le duele. Digamos de pasada que en estos casos donde las relaciones madre-hijo siguen siendo muy dependientes e indiferenciadas, nos evidencian que los padres no pueden incorporar en su mente a los dos hijos. El espacio mental de la familia es muy reducido. Tienen lugar para uno solo, que en este caso podríamos pensar que es uno dividido en dos, el bueno y el malo. Pero no pueden concebir mentalmente a dos hijos cada uno con sus cosas buenas y malas.

La madre se culpa de no saber hacer de madre. Creemos que este sentimiento viene dado por la actitud de su marido, que más que ayudarla a hacer funciones de madre la hace sentir culpable diciéndole que no lo hace bien o le retrae que no se cuida bien de sus hijos ni de él. Seguramente porque el marido, más que hacer funciones de padre ante los niños y de pareja con su mujer, busca, a través de su esposa, una madre que lo cuide.

Cuando la madre conecta más con este sentimiento de culpa o de malestar por no poder cuidar bien de la familia, se pone muy triste y llora. Entonces el niño, que estaba mirando los juguetes, se levanta de su silla y se va hacia el padre muy nervioso y le dice: “Papá, vamos a casa”. Observamos, en primer lugar, que el niño se angustia mucho cuando la madre está angustiada, como si la conexión entre ellos dos fuera inmediata e intensa; como si aquello que uno siente, lo sienten los dos. Cuando el niño va al padre, éste tampoco conecta con él ni le sabe tranquilizar, lo aparta y le hace ir a la mesa con los juguetes. El padre no tolera al niño, ni a la madre, cuando están nerviosos; no les calma, ni puede compartir el malestar que sufren se desconecta de las emociones, se evade.

Pienso que la hiperactividad de Carlos está vinculada con una madre ansiosa que a través de la actividad se desprende de la angustia, como muy bien dice su marido: “No puede parar nunca quieta”. Además nos dice que se siente muy sola, que echa de menos unos padres que no estuvieron por ella y, sobre todo, un marido que la apoye.

Se trata de unos padres que más que contener a la criatura, necesitan ser contenidos ellos. Nosotros les mostramos estos aspectos con el propósito de concienciar y contener su estado de angustia y desesperanza. Por otro lado, la madre se describe a ella misma como el niño, en casa dice que no puede parar. Siempre tiene que hacer cosas. Nos damos cuenta que a través del niño observamos una madre que también en casa le pasa como al niño. La madre no está satisfecha, el niño tampoco y los padres son una pareja muy insatisfecha. La hiperactividad del niño puede estar relacionada con unos elementos hiperactivos de una madre que a través de la actividad pretende sacar fuera la ansiedad que le produce el sentimiento de soledad. Ahora el niño reproduce el mismo modelo.

Diremos que esta madre y este niño se han movido en unas relaciones muy indiferenciadas y la madre le ha transmitido al niño su forma de enfrentarse a la ansiedad que es a través de la acción, de moverse, de hacer cosas. Cuando aparece el hermanito, como la madre no ha sabido frustrar al niño y educarlo en la modulación de la ansiedad, tolerar el no, el niño cuando

siente que la madre no está totalmente por él, lo vive como que lo abandona y aumenta su ansiedad. Por otra parte, el padre que en estos momentos tendría que tener una función muy importante y específica de contención, de la madre y después de los hijos, no puede desarrollar esta función porque tampoco le ayudaron a madurar en casa, sino que siempre le trataron como un niño pequeño y ahora le resulta difícil desarrollar las tareas propias de un padre. Podemos pensar que bajo la hiperactividad encontramos unos funcionamientos mentales esquizoides. Las relaciones son indiferenciadas, hay gran dificultad para tolerar la frustración y la ansiedad depresiva. No han llegado a tolerar y a aceptar una madre que alimenta y al mismo tiempo frustra (Klein, 1975).

La terapeuta que los visitó por primera vez les indicó que era conveniente que el niño durmiera en su habitación. Pero siguen pidiendo consejo respecto de si tendrían que poner al pequeño en una habitación separada de los padres y si fuera así, ha de ser separada del hermano. Los padres, sobre todo la madre, tienen necesidad de que piensen por ellos pues no pueden hacerlo como padres. Inicialmente se les orientó para que cada niño tuviera su espacio, pero les mostramos la dificultad de poder mantener dentro de ellos, de su pensamiento, de su mente, dos hijos bien diferenciados. Un espacio mental familiar para introducir a los dos hijos, cada uno con sus cosas buenas y malas. A partir de este momento, como vimos en sesiones posteriores, el hermano menor de Carlos que se había incorporado al tratamiento dejó de estar tan sumiso, defendiendo más su espacio ante su hermano. Nosotros lo interpretamos como que cada uno buscaba su espacio, su lugar, su identidad con sus cosas buenas y malas.

La madre dice que no tiene a nadie con quien dejar al niño, que no tiene amigos ni familiares (padres). Por otra parte, comenta que no se atreve a dejarlo ir de colonias con la escuela porque es muy pequeño, muy indefenso. El padre lo vive de manera muy distinta. Dice que él sí que le dejaría ir de colonias, así tendrían algún día para ellos, aunque lo dice de forma muy egoísta. Le gustaría tener una mujer para él, sin hijos de por medio. En cambio siente que su mujer está absorbida por sus hijos y que no hay lugar para la pareja.

Les dije que ya les gustaría que sus hijos no dependieran tanto de ellos, pero que por ahora no pueden: es como si todavía los sintieran muy pequeños, y muy necesitados de ellos, quizás como a veces se sienten ellos. La madre llora, nos habla de su soledad de cuando era pequeña, en su casa. Dice: "Mi madre nunca pudo estar conmigo, primero porque tenía que trabajar y después porque cayó enferma y fui yo quien la tuve que cuidar". En este momento aparece de nuevo una madre depresiva, el padre dice: "Si es que mi señora sólo piensa en los niños, nosotros no hemos salido nunca solos. Pero si el niño fuera de colonias yo me iría a casa de mi madre, porque sería imposible aguantarla, continuamente pensando en el niño; que será de él, si estará bien, si la echará de menos". El padre no se siente capaz de cuidar, de contener a su mujer y amenaza con escapar a casa de los suyos para que le cuiden. Reclama a su pareja para que lo cuide y al encontrarse con una madre muy necesitada de ser cuidada, se va a su casa, buscando a su propia madre.

Los sentimientos de no haber estado la madre lo bastante cuidada y atendida son muy grandes. Es una señora que sufre mucha angustia y tiene poca capacidad para tolerarla y procesarla; parece que ha encontrado en el movimiento y en la actividad la forma de calmarse. Por otra parte, tenemos un padre que está más necesitado de ser cuidado como un niño, que capacitado para desarrollar funciones parentales y maritales. Entonces la madre va proyectando sus aspectos infantiles necesitados en su hijo, y cuidando a su hijo cuida de sus propios aspectos infantiles. Esta relación que mantiene la madre y el hijo hace que se mantenga y se potencie la relación indiferenciada entre los dos, quedando el padre al margen sin tomar partido.

Más adelante los padres pudieron hablar de sus carencias afectivas, mientras los niños jugaban, y de sus dificultades a desarrollar las funciones paternas. En la medida que se sintieron escuchados, comprendidos y contenidos por nosotros, fue mejorando la relación con sus hijos. Pueden separarse de sus hijos y cuidarse como pareja, al mismo tiempo que comparten más el cuidado de sus hijos. La madre se ha tranquilizado mucho y el hijo mayor también. Ahora se interesa por los estudios, por los amigos y en casa juega más con su hermano. Podríamos decir que

ha mejorado el espacio mental grupal familiar. Ahora hay un lugar para los padres, para los hijos y para las ilusiones de todos.

Los niños, durante las primeras relaciones, a través de estos primeros lazos, interiorizan el funcionamiento mental de la madre (Malher, 1968). O como dicen Kreisler, Fain, Soulé, (1999), el niño no sabe, ni puede regular gran parte de sus estímulos que recibe y es la madre quien se comporta como reguladora de estos estímulos para que pueda conseguir la homeostasis. Bion (1963) lo nombraría como la función de *revêrie*, como una de las funciones mentales de receptividad, contención y elaboración de las proyecciones del niño. En este caso nosotros hemos hecho esta función de regular y contener las ansiedades de los padres, para que ellos pudieran aprender a desarrollar estas mismas funciones con sus hijos. A partir de estas reflexiones podemos observar como detrás de un niño hiperactivo hay una madre con funcionamiento hiperactivo y en ambos, madre y niño, bajo la hiperactividad, entendida como una falta de las capacidades para contener y procesar la ansiedad, hay unos estados depresivos.

Tal como habíamos acordado, el trabajo terapéutico continuó en la línea de ayudar a los padres a funcionar como pareja y a compartir las funciones educativas de sus hijos. Los padres se plantearon su relación y la forma de mejorarla. Por otra parte, Carlos cada vez fue aprendiendo a jugar con sus juguetes, compartiéndolos con su hermano. En el colegio también se dieron avances en la capacidad de hablar, escuchar e incorporar los contenidos de aprendizaje. La psicoterapia del grupo familiar ayuda a resolver las desarmonías funcionales y a ocupar cada miembro del grupo el lugar que le corresponde. Para nosotros el resultado fue muy positivo, pues pudimos ayudar a los padres a mejorar sus relaciones, y al niño a superar sus miedos, a tolerar el no, la frustración. Tanto la madre como el niño disminuyeron significativamente la hiperactividad y ampliaron sus relaciones.

COMENTARIO FINAL

Creo que puedo afirmar que el TDAH lo entendemos como una entidad nosológica propiamente dicha, un síndrome o

agrupación de síntomas que acostumbran a presentarse juntos, pero que también se asocian a muchos otros síntomas: dificultades psíquicas, familiares-relacionales, laborales, psicosociales, etc.

A través de este breve trabajo y del material clínico aportado he querido demostrar que detrás de un niño hiperactivo hay una madre con funcionamiento mental hiperactivo y en ambos, madre y niño, entendemos la hiperactividad como una falta de capacidad para contener y procesar la ansiedad, utilizando la acción, el movimiento, como un mecanismo expulsivo de la angustia. Tenemos un modelo de funcionamiento mental muy parecido al de las personalidades psicósomáticas que viven la ansiedad a través del cuerpo y los hiperactivos a través del movimiento y la actividad. En ambos casos nos encontramos con una falta de espacio mental o capacidad psíquica para procesar las emociones. La ausencia de la figura paterna en la relación madre-hijo favorece esta situación indiferenciada.

Con esta forma de entender la hiperactividad, propongo una comprensión dentro del ámbito de las relaciones familiares y un abordaje psicoterapéutico familiar focal y de tiempo limitado, para ayudar a superar las dependencias infantiles. Con la inclusión del padre en la dinámica de la pareja y de la familia, ayudamos a la separación madre-hijo; a superar la indiferenciación; a pasar de una etapa equizo-paranoide a la depresiva, donde se pueden tolerar las frustraciones, él no. Ayudamos a los padres a formar una pareja con capacidad para contenerse uno al otro y para contener las ansiedades propias del crecimiento de los hijos y a potenciar los aspectos progresivos.

BIBLIOGRAFÍA

ADROER, S; ICART, A. (1989). "L'espai mental en patologia psicossomàtica i la seva relació amb els processos de simbolització". Revista Catalana de Psicoanàlisi, VI, 1.

BERGER, MAURICE (1999). *El niño hiperactivo y con trastornos de atención. Un enfoque clínico y terapéutico*. Ed. Síntesis.

BION, W. R. (1963). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1975.

BROWN, T. E. (2003). *Trastornos por déficit de atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos*. Barcelona, Masson.

COROMINAS, J. (1989). *Psicopatología i desenvolupaments arcaics*. Barcelona, Paidós

ICART, A. (2004). Manifestaciones psicossomáticas a la adolescencia. *Revista Portuguesa de Paidopsiquiatria*.

KLEIN, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé*. Obras completas. Vol. III. Buenos Aires, Paidós-Hormé.

KREISLER, M.; FAIN, M.; SOULÉ, M. (1999). *El niño y su cuerpo*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

LASA ZULUETA, A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad. Sobre la Hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. Revista SEPYPNA, 31 y 32.

MAHLER, M. D. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol.1, Infantile Psychoses. International Universities Press. Nueva York. 1969.

TOMÀS, J. Y CASAS, M. (2004). *TDHA: Hiperactividad. Niños movidos e inquietos*. Editorial Laertes.

LA INTERRUPCIÓN DE TRATAMIENTO EN LOS ADOLESCENTES SEROPOSITIVOS: ¿UNA REPUESTA A LA NO-OBSERVANCIA TERAPÉUTICA? ¿QUE ESTÁ EN JUEGO PARA LOS ADOLESCENTES ENFERMOS CRÓNICOS?*

Pascale Vidal**, Muriel Lalande***, Michel Rodiere****

Adolescencia y enfermedad crónica no se llevan bien¹ porque comportan conflicto entre sí dos unidades de tiempo²⁻³: **la urgencia** de curar el cuerpo y necesaria lentitud del trabajo psíquico. Es preciso recordar que la adolescencia es en primer lugar un paso doloroso: «*Es como un segundo nacimiento que se realizaría progresivamente. Hay que quitar poco a poco la*

* Comunicación libre presentada en el XX Congreso Nacional de Sepypna que bajo el título “Entre el pensamiento y la acción: abordaje terapéutico de los trastornos de conducta en el niño y en el adolescente” se desarrolló en Badajoz del 25 al 27 de octubre de 2007. Reconocido de interés científico-sanitario por la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura.

** Psicóloga Psicoanalista p-vidal@chu-montpellier.fr

*** Peditra m-lalande@chu-montpellier.fr

**** Jefe del servicio m-rodier@chu-montpellier.fr. Service de Consultation de Pédiatrie infectieuse – Pédiatrie III Hôpital Arnaud de Villeneuve – F - 34295 Montpellier cedex 5

¹ FAVIERE S., SEBAN V., REY C. Les enjeux de la bonne mobilisation d'une équipe soignante autour de l'adolescent malade chronique *Allergol Immunol Clin* 2000 ; 40 : 754-7.

² MALKA J., TOGORA A., CHOCARD A.-S., FAURE K., DUVERGER P. Réflexion sur l'impact psychique de la maladie somatique chronique chez l'adolescent *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2007 ; 55 : 149-153.

³ EPELBAUM C. Adolescent et maladie : du corps à la parole *Arch Pediatr* 1998 ; 5 : 1122-31.

*protección familiar, como se ha quitado la placenta protectora. Quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros, constituye una mutación. Esto causa la impresión de morir. Las cosas van algunas veces demasiado rápido. **La naturaleza trabaja a su propio ritmo.** Tiene que seguir y no estamos siempre listos. Sabemos lo que se muere, pero no vemos dónde vamos ya. Ya no se lleva pero no sabemos por qué ni cómo. **Nada es como antes, es indefinible.**»⁴*

Aquella doble perturbación (adolescencia y enfermedad crónica) se manifiesta con preferencia a través dos conductas:

- **El no-seguimiento terapéutico** que traduce un clima de profunda inseguridad en el que se mezclan angustias, vuelta contra sí mismo, denegación y culpabilidad⁵. Ciertos autores hablan de rito de paso⁶.
- El paso al acto: intento de suicidio (10%), conducta de riesgo sexual para los seropositivos, chicos con drepanocitosis que hacen el ramadán, práctica de un deporte prohibido, automutilaciones imitando o no los síntomas de la enfermedad ...⁷⁻⁸

El no-seguimiento de las indicaciones terapéuticas en el adolescente seropositivo implica directamente a su pediatra ya que arriesga indirectamente y a largo plazo su vida. Los tratamientos antirretrovirales están limitados numéricamente, y el riesgo de la llegada de resistencias disminuye peligrosamente las posibilidades terapéuticas.

⁴ DOLTO F., DOLTO-TOLITCH C. Paroles pour adolescents ou le complexe du homard Paris : Hatier ; 1989. p. 13.

⁵ ALVIN P., REY C., FRAPPIER J.Y. Compliance chez l'adolescent malade chronique *Arch Pédiatr* 1995 ; 2 : 874-882.

⁶ TRIDON P., VIDAILHET C., DETRE A. Abandon ou refus thérapeutique : rite de passage chez l'adolescent handicapé et malade chronique - *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1983 ; 31 : 407-8.

⁷ EPELBAUM C. *Op. cit.*

⁸ FUNCK BRENTANO I. Résonances psychiques de la séropositivité de l'enfance à l'adolescence *in* Parentalité et VIH. Lyon, ALS, 2004 : 14-26.

En Montpellier los adolescentes seropositivos con sus familias son recibidos en consultas externas por la pediatra y la psicóloga juntas desde, por lo común, su infancia. La interrupción de tratamiento fue decidido para cada niño que empieza a estar no-observante de manera sistemática y que los criterios inmunológicos lo autorizan. ¿Qué están en juego, médica y psicológicamente, con aquella repuesta a esta conducta?

EL ADOLESCENTE ENFERMO CRÓNICO

La enfermedad es un obstáculo suplementario al proceso de maduración. Es una traba en diferentes niveles: *de su porvenir* (duración, limitaciones físicas, capacidad para fundar una familia); *de su cuerpo* (agredido, frustrado, modificado por los tratamientos o la enfermedad, desnudo y expuesto a las dudas de los médicos. Hay que renunciar a un cuerpo idealizado para apropiarse un cuerpo enfermo); *del respeto de sí mismo* (cuando la minusvalía no se ve, la competición con los demás esta desigual⁹); *con sus familiares* (movilización de la familia alrededor de él, culpabilización de los padres, vigilancia incrementada ocasionando conducta de sumisión, de regresión o de conductas de riesgo o autodestructoras. El adolescente se siente culpable de querer dejar a una familia abnegada y a fortiori a un padre único); *con sus iguales* (según sus capacidades para integrarse, podrá tomar una distancia saludable con sus padres)¹⁰⁻¹¹⁻¹².

⁹ FAVIERE, S. & al, *Op. cit.*

¹⁰ ZELTER, L.; KELLERMAN, J.; ELLENBERG, L.; DASH, J.; RIGLER, D. Psychologic effects of illness in adolescence ; impact of illness in adolescents crucial issues and coping styles *J Pediatr* 1980 ; 97 : 132-8.

¹¹ COURTECUISSE, V. L'adolescence : les années métamorphoses. Paris : Stock ; 1992.

¹² ALVIN, P.; de TOURNEMIRE, R.; ANJOT, M.-N; VUILLEMIN, L. Maladie chronique à l'adolescence : dix questions pertinentes *Arch Pediatr* 2003 ; 10 : 360-366.

El no-seguimiento del tratamiento por parte del adolescente enfermo crónico:

Volverse púber es perder el sentimiento de omnipotencia de la infancia: es hacer la experiencia de la pérdida. Ahora bien, en el caso de la enfermedad crónica, el riesgo para el adolescente es confundir los límites del cuerpo sexual con los del cuerpo enfermo. Si el primero va a poder buscar el otro que falta, la alteridad; el segundo arriesga de fijarse a las faltas en un narcisismo herido. Es como una traición de su cuerpo que no realiza sus promesas. Entonces el no-seguimiento terapéutico es como:

- **Un intento imaginario de dominar su cuerpo**, de volver a apropiárselo aunque está sometido a cuidados invasivos y repetidos.
- Un modo de **vengarse** de aquella decepción, de **atacarle poniéndole en peligro**¹³.

El seguimiento del tratamiento por parte de los adolescentes en cualquier patología oscila entre un 33 y un 77 %, con una media entre el 60 y el 75 % según los autores¹⁴. Mientras esta estimación es apenas de un 30 al 50 %¹⁵ en casos adultos. ¡Esta comparación ayuda a relativizar las cifras de los adolescentes!

EL ADOLESCENTE SEROPOSITIVO

El adolescente seropositivo tiene perturbaciones en su *futuro* (transmisión de la vida); poco en su *cuerpo* (10 % de lipodistrofia¹⁶); en su vida *afectiva* (el sentido de culpabilidad de la madre va a interferir mucho el proceso: como salir de una madre

¹³ EPELBAUM C. *Op. cit.*

¹⁴ HERVE M.J. *Observance à l'adolescence*. Tours, Colloque Médecine et Santé de l'adolescent, 2002 : 7-18.

¹⁵ ALVIN P. & *al*, 1995, *Op. Cit.*

¹⁶ FUNCK BRENTANO I. L'idée de guérison dans l'infection à VIH : impensable illusion ou naissance d'un fantasme *in* La guérison aujourd'hui : réalités et fantasmes. *Etudes freudiennes* 2002 : 226-234.

que sufre¹⁷); en su *vida sexual* (las primeras relaciones sexuales están retrasadas por el temor de la contaminación¹⁸), *moral* («¿por qué yo?»), *jurídica* (el adolescente de más de 15 años es penalmente responsable de la transmisión de la enfermedad), y *social* (tiene amigos pero no les puede hablar de la enfermedad, lo cual es más problemático para las chicas).

El no-seguimiento del tratamiento por parte del adolescente seropositivo:

«Cuando no va bien, la toma con los medicamentos, pudiendo estar decepcionado cuando el médico no se da cuenta de ello...»¹⁹

Por su no-observancia el adolescente revela:

- su sufrimiento, *****
- su fascinación por la muerte,
- su deseo de escapar de un tratamiento bi-cotidiano,
- su deseo de tomar la responsabilidad de sus actos en lugar del médico y de sus padres.

Puede ser la primera, y la única, manifestación de su malestar. Por su posición de apoyo maternal, su adolescencia llega más tarde.

Pero autores señalan que, al contrario, un seguimiento demasiado estricto puede esconder una adolescencia “blanca” –que no se dice– y que no debe tranquilizar al médico²⁰⁻²¹.

Aquí también es preciso recordar, para relativizar, que la observancia media de los adultos seropositivos es alrededor del 33 %²²...

¹⁷ in Ces ados sous le poids du silence *Le journal du Sida* 2005 ; 181 : 11-16

¹⁸ FUNCK BRENTANO I., 2004, *Op. cit.*

¹⁹ TROCME N., VAUDRE G., DOLLFUS C., LEVERGER G. Observance du traitement antirétroviral de l'adolescent séropositif pour le VIH *Arch Pediatr* 2002 ; 9 : 1241-1247.

²⁰ EPELBAUM C., *Op. cit.*

²¹ TRIDON P. & al., *Op. cit.*

²² Adherence to long-term therapies – Evidence for action. Genève, World Health Organization 2003 p. 95.

LA CONSULTA DE PEDIATRÍA INFECCIOSA EN MONTPELLIER

Los pacientes atendidos son 29 niños VIH+ con 16 niños de más de 13 años (10 chicas y 6 chicos); 4 adolescentes han interrumpido o abandonado el tratamiento:

- **A.** - 14 años 9 m - madre fallecida, ella tenía 4 - Revelación de su enfermedad a 14 - Criada por su padre y una madrastra con la que se lleva bien - Indetectable a la interrupción - No-seguimiento de las indicaciones terapéuticas - Pidió la interrupción.
- **S.** - 14 años 10 m - Revelación de su enfermedad a 10,5 - Tiene una gemela no infectada - Vive con sus padres - En conflicto con su madre + resultados escolares bajando - Casi indetectable a la interrupción - No-seguimiento de las indicaciones terapéuticas - Resistencias múltiples.
- **J.** - 14 años 5 m - Padre fallecido a su nacimiento - Un hermano mayor VIH+ - Vive en familia de acogida - Madre proyectando mucho su propia adolescencia - Nunca fue indetectable - No-seguimiento de las indicaciones terapéuticas - Resistencias múltiples.
- **C.** - 14 años 2 m - Madre fallecida, ella tenía 4 años - Revelación de su enfermedad a 12 - Vive con su padre que tiene una vida homosexual. Apoyo paternal tardío - Nunca fue indetectable - No-seguimiento de las indicaciones terapéuticas - Resistencias múltiples.

Los chicos que no han interrumpido el tratamiento y siguen las indicaciones terapéuticas, tienen en media 14 años 6 m.

EVOLUCIÓN DE LAS INTERRUPCIONES DE TRATAMIENTO

A. - M17 - 410 CD4 - La cuestión de la muerte de su madre pudo estar evocada con su suegra y su padre. Hasta ahora la pregunta está tabú.

S. - M18 - 573 CD4 - Busca su equilibrio familiar y escolar después de una revelación familiar tardía y dolorosa. La situación empieza a tranquilizarse. La madre se siente muy culpabilizada.

J. - Reanudó con el tratamiento después de M23 - Experimentó primeros efectos de la enfermedad y la eficacia del

tratamiento. La interrupción le permitió maduración y de poder ser la hija de su madre sin tomar el mismo camino que ella (toxicomanía y cárcel).

C. – Debería reanudar con el tratamiento desde M29 pero está en conflicto abierto con su padre sin que el médico, por el momento, logre verla.

¿POR QUÉ INTERRUMPIR EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LA ADOLESCENCIA?

La interrupción terapéutica en cuestiones de VIH no crea consenso, está incluso desaconsejado. Los estudios realizados acerca de los adultos enseñan resultados matizados (Searchlight, 2000, YENI, 2006). Sin embargo puede considerarla en dos casos: cuando el tratamiento inicial ha sido precoz y cuando no hay observancia²³. Existen pocos estudios sobre la parada planificada del tratamiento de los niños²⁴⁻²⁵. Las primeras constataciones son que:

- No hay diferencias significativas con los resultados en los adultos²⁶.
- Las paradas discontinuas están desaconsejadas porque son inoperantes²⁷.

²³ YENI P. & al. Les nouvelles recommandations de prise en charge des personnes infectées par le VIH 2006 Paris : Flammarion Médecine-Sciences; 2006. p. 37.

²⁴ MONPOUX F., TRICOIRE J., LALANDE M., RELIQUET V., BEBIN B., THURET I. Treatment interruption for virological failure or as sparing regimen in children with chronic HIV-1 infection *AIDS* 2004 ; 18 : 1-9.

²⁵ SEOANE REULA M.E., LEON-LEAL J.A., LEAL M., OBANDO I., MUNOZ-FERNANDEZ M.A. Parada del tratamiento antirretroviral en niños infectados por el VIH-1 "Tratados prematuramente" *Inmunología* 2005 ; 24 : 183-184.

²⁶ GIBB D.M., DUONG T., LECLEZIO V.A., WALKER A. S., VERWEEL G., DUNN D.T. Immunologic changes during unplanned treatment interruptions of highly active antiretroviral therapy in children with HIV 1 infection *Pediatr Infect Dis J* 2004 ; 23 : 446-450.

²⁷ in Report on the XIV International AIDS Conference in Barcelona Searchlight 2002. p. 21.

- No hay replicación viral en la mayoría de los niños.
- La calidad de vida está mejorada.
- La decisión de parada debe hacerse caso por caso.

• **Las razones médicas**

- La no-observancia arrastra riesgos de resistencias al ARV (TARGA) y entonces disminuye las soluciones terapéuticas ulteriores.

- Las condiciones médicas están cumplidas: CV indetectable, CD4 \geq 20 % (350).

- La parada de tratamiento disminuiría la toxicidad acumulada y pues los efectos secundarios.

«El pediatra debe, si quiere conservar la confianza del adolescente, aceptar delimitar sus ambiciones terapéuticas, aceptar una cierta impotencia: el adolescente, para hacer suya su enfermedad, debe poner a prueba ciertos límites. Rechazar estos intentos de autonomización conduce generalmente a empujarle hacia conductas de desafío. Las reivindicaciones respecto al tratamiento o a las hospitalizaciones son finalmente, cuando no destrazan el seguimiento, pruebas de salud psíquica»²⁸

Este riesgo de la interrupción, incluso de la aparición de un primer síntoma, es difícil para un pediatra, cuanto más cuando en cuestiones de VIH el histórico de la enfermedad presenta los medicamentos como el avance tecnológico sin igual (¡y real!) que han permitido salvar a los niños que tenemos frente a nosotros. Proyectar de pararlo es para ciertos como una aberración.

• **Las razones psicológicas**

El adulto no puede dejar a un niño jugar con su tratamiento conociendo muy bien las consecuencias futuras, sin volverse cómplice de este juego. Sobre todo porque tiene la posibilidad de pararlo.

²⁸ EPELBAUM, C., *Op. cit.*

Para el psicólogo va a tratarse de **prevenir el no-seguimiento de las indicaciones terapéuticas** tomando el tiempo de la escucha separada de los temores del adolescente (acerca de su porvenir, de su capacidad para tener hijos, de su vida sexual, de la estigmatización) y de las angustias de los padres, para quienes este período es desestabilizante. Su apoyo en la toma de medicamentos –respetando a la par el camino de autonomía de su hijo– y la disminución de su ansiedad son factores reconocidos de mejor observancia²⁹.

El objetivo para el psicólogo es también de apoyar al médico al discernir la pertinencia de la parada o la vuelta al tratamiento por que su decisión sea liberada de sus propios miedos.

LO QUE ESTÁ EN JUEGO PSÍQUICO CON EL NO-SEGUIMIENTO DE LAS INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

Las dificultades de la observancia ponen de relieve tres interrogaciones caracterizando la adolescencia:

- **La cuestión de la normalidad o de la aceptación de diferencias**

Estar afectado por una enfermedad crónica y estar obligado a tomar un tratamiento no es «normal». Antes de poder “digerir” esta diferencia y de incluirla dentro de los demás, hay que poder decir lo que uno siente, su revuelta, su sentimiento de injusticia hasta de culpabilidad imaginaria. Oír el «*no es justo, ¿por qué me ha tocado a mí?*» por parte de un niño, es difícil para cualquier persona, porque justamente no es justo, no hay explicación ni justificación posible. No es justo porque el mundo es injusto. Una noción difícil de aceptar para cualquiera, incluso para el personal médico...

«*Si tengo que tomar medicamentos es porque no soy como los demás*». Ser diferente no es ser desigual. Ser «normal» es aceptar vivir con sus diferencias... así como hacen los demás.

²⁹ ALVIN P. & al, 1995, *Op. cit.*

• La cuestión de la ley

Obedecer a una receta es obedecer a una ley escrita por otra persona, alguien en quien uno tiene confianza y que sabe lo que es bueno para uno. Lo que pasa con la receta es lo que pasa con la regla de no conducir ebrio.

El adolescente va a discutir **el sentido de esta «orden»** (en francés «receta» se dice «ordonnance») «¿Cuál es el sentido de lo que me pide? ¿Cuál es su grado de certeza que este medicamento es el bueno y no el otro? ¿Por qué esta posología y no otra? ¿Por lo demás, son tres meses que llevo olvidando de tomar el de la noche y me dice que mis análisis van bien?!» Para resumir: «¿Quién es responsable de qué?»³⁰ «¿A qué puedo aferrarme?»

El adolescente, en medio de la tempestad, necesita referencias fiables, una suerte de flotadores a los que agarrarse³¹. El pediatra, el psicólogo, la enfermera, el kinesiterapeuta pueden ser estos posibles flotadores para el adolescente. “Flotadores” no convocados por un saber-hacer tranquilizador, como en la infancia, sino por su saber-estar, por el sentido de lo que hacen y de lo que son.

Aquella apreciación del sentido se hace particularmente delicada y requiere una confianza incrementada cuando la enfermedad es asintomática... El vínculo entre debilidad de los síntomas y mala observancia ha sido subrayada por varios estudios³²⁻³³⁻³⁴. «*Ciertos adolescentes necesitan vivir físicamente*

³⁰ ALVIN P. & al., *Op. cit.*

³¹ EPELBAUM C., *Op. cit.*

³² TOURETTE-TURGIS C., REBILLON M. L'observance thérapeutique in *Accompagnement et suivi des personnes sous traitement anti-retroviral. Ed. Comment dire ?* Paris, 2000 ; 8-20.

³³ GIBB D.M., GOODALL R.L., GIACOMET V., Mc GEE L., COMPAGNUCCI A. & al. Adherence to combination antiretroviral treatment in children. *HIV Clin Trials* 2001 ; 2(3) : 466-73.

³⁴ GAO X., NAU D.P., ROSENBLUTH S.A., SCOTT V., WOODWARD C. The relationship of disease severity, health beliefs and medication adherence among HIV patients. *New Therapies. AIDS Care.* 2000 ; 12(4) : 387-98.

la enfermedad, tocar el fondo de la gravedad real, tocando casi la muerte para finalmente aceptar de reanudar con el tratamiento que desearon abandonar»³⁵. Aquella posición es difícil para el médico porque cuestiona el «¿cuándo volver al tratamiento?». Demasiado temprano no habrá sentido nada de su enfermedad; demasiado tarde, puede morir de ella.

La otra problemática de la ley es **la función de la orden**. La adolescencia es el momento de experimentar que la ley es necesaria para vivir y crecer. Es la ley que va a limitar sus pulsiones, ponerlas en orden como la receta trata de poner orden en el desorden de la patología. Etimológicamente «Ordonnance» deriva del latín *ordonis* que significa «poner en orden en los hilos de la trama». Y es a costa del respeto a esta orden que el ser humano se hace libre y que puede estructurar su deseo.

• **El advenimiento del deseo: del deber de tomar su medicamento al deseo de vivir...**

El adolescente está en contacto directo con sus pulsiones que se desarrollan físicamente y psicológicamente. Es porque el ser humano está limitado en el extremo de sus pulsiones que puede descifrar lo que las anima y dirigir las hacia objetos fuente de placer, sublimación y alegría. «*El hombre necesita de encontrar testigos de su combate interior entre la verdad y la mentira, entre el deseo y la pulsión, entre la vida y la muerte*³⁶». La adolescencia es el momento de estas problemáticas y del principio de este discernimiento interior.

CONCLUSIÓN

Más allá de la prescripción médica, el médico es responsable de la escucha del sufrimiento del adolescente enfermo crónico. Gracias a sus consultas regulares, el pediatra y su equipo tienen una posición privilegiada junto al niño cuando aparece el

³⁵ in Ces ados sous le poids du silence *Le journal du Sida* 2005 ; 181 : 11-16.

³⁶ VASSE, D. Guérir in La vie et les vivants. Paris : *Le Seuil* ; 2001, p. 34.

no-cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, no pueden refugiarse tras el «*es así y punto final, toma tus medicamentos*». Varios estudios aquí citados enseñan que la calidad de la comunicación entre adolescente y médico es determinante para la observancia actual y ulterior. En el caso de la infección VIH, parece importante tomar esta oportunidad que ofrecen los tratamientos ARV, ya que no es el caso para todas las enfermedades crónicas como la diabetes. Esta parada deja tiempo para hablar de la dificultad de aceptar esta enfermedad y su tratamiento. La no-observancia suele ser entonces un camino hacia la autonomización de su vida.

El adolescente necesita para construirse, acceder a la autonomía y aceptar sus diferencias para poder apoyarse sobre adultos que no le tienen miedo ni a él ni a sus pulsiones, hasta cuando fueran mortíferas. Necesita encontrarse con adultos que confían en él, que ayudan a sus padres a que le tengan confianza a fin de que pueda a su vez confiar en él-mismo y que tenga confianza en la vida a pesar de la enfermedad.

NIÑOS ENCOPRÉTICOS: LA ORGANIZACIÓN ANAL Y SUS PERTURBACIONES

Beatriz Janin*

LA ORGANIZACIÓN ANAL

Considero que la encopresis es un trastorno que, como tantos otros, puede encontrarse en diferentes estructuras psíquicas y que no define un cuadro psicopatológico.

Sin embargo, podemos precisar algunas características generales y algunos nudos conflictuales que se repiten en los niños encopréticos.

En este artículo me propongo desarrollar los modos de funcionamiento psíquico, los conflictos, las situaciones traumáticas y las defensas predominantes en los diferentes tipos de encopresis.

La encopresis está definida por la American Psychiatric Association como la evacuación repetida de las heces en lugares inapropiados (ropa o piso) ya sea involuntaria o intencional, en un niño mayor de cuatro años. Tomaré esta definición por ser la que coincide con el uso habitual que le damos al término, siendo la que permite incluir diferentes tipos de perturbaciones en la defecación.

* Psicóloga psicoanalista, Directora de la Carrera de Especialización en Psicoanálisis con Niños de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (en convenio con la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires), Directora de la Revista "Cuestiones de Infancia" y profesora titular de la Carrera de Psicología en diferentes universidades. Dirección: Av. Córdoba, 3431 10.º "A". (1188) Argentina. Tel.: 4963-4729. E-mail: beatrizjanin@yahoo.com.

En el *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente* (1990) (Biblioteca Nueva), M. Soulé y K. Lauzanne afirman que lo que le otorga su pertinencia a la encopresis es la retención de materias fecales que la provoca o está asociada a ella. Es decir, la plantean como un compromiso entre retención y evacuación, hablando de diferentes grados de retención de la materia fecal. Si la encopresis es o no un resultado de la constipación es un tema controvertido, sobre el que hay diferentes posiciones. Así, Foreman y Thambirajah (1996), así como Benninga, Buller y otros (1994), entre otros autores, plantean que hay encopresis sin constipación. Yo elegí hablar de encopresis tomando la definición más amplia, abarcando todas las perturbaciones en que la defecación se produce en la ropa interior, exceptuando los casos en los que hay causa orgánica.

La organización anal

Desde Freud en adelante los psicoanalistas han teorizado sobre la fase anal.

La organización anal aparece en la teoría psicoanalítica como una encrucijada importante, como un punto crucial en la organización psíquica, en tanto liga pulsiones, narcisismo y defensas, constitución del yo e interiorización de normas.

Si bien Freud no se interesa directamente en la encopresis, le confiere gran importancia al erotismo anal y al aprendizaje del control de esfínteres.

Así, en *Tres ensayos sobre una teoría sexual* (1905), dice Freud: “También la zona anal es, como la zona bucolabial, muy apropiada por su situación para permitir el apoyo de la sexualidad en otras funciones fisiológicas. La importancia erógena originaria de esta zona ha de suponerse muy considerable”.

“Aquellos niños que utilizan la excitabilidad erógena de la zona anal, lo revelan por el hecho de retardar el acto de la excreción, hasta que la acumulación de las materias fecales produce violentas contracciones musculares, y su paso por el esfínter, una viva excitación de las mucosas. En este acto, y al lado de la sensación dolorosa, debe de aparecer una sensación de voluptuosidad. Uno de los mejores signos de futura anormalidad o nerviosidad es, en el niño de pecho, la negativa a verificar el

acto de la excreción cuando se le sienta sobre el orinal; esto es, cuando le parece oportuno a la persona que está a su cuidado, reservándose el niño tal función para cuando a él le parece oportuno verificarla. Naturalmente el niño no da importancia a ensuciar su cuna o sus vestidos, y sólo tiene cuidado de que al defecar no se le escape la sensación de placer accesoria. Las personas que rodean a los niños sospechan también aquí la verdadera significación de este acto, considerando como un «vicio» del niño la resistencia a defecar en el orinal. El contenido intestinal se conduce, pues, al desempeñar la función de cuerpo excitante de una mucosa sexualmente sensible, como precursor de otro órgano que no entrará en acción sino después de la infancia. Pero, además, entraña para el infantil sujeto otras varias e importantes significaciones. El niño considera los excrementos como una parte de su cuerpo y les da la significación de un «primer regalo», con el cual puede mostrar su docilidad a las personas que le rodean o su negativa a complacerlas. Desde esta significación de «regalo» pasan los excrementos a la significación de «niño»; esto es, que según una de las teorías sexuales infantiles representan un niño concebido por el acto de la alimentación y parido por el recto”.

“Una segunda fase pregenital es la de la organización sádico-anal. En ella, la antítesis que se extiende a través de toda la vida sexual está ya desarrollada; pero no puede ser aún denominada masculina y femenina, sino simplemente activa y pasiva. La actividad está representada por el instinto de aprehensión, y como órgano con fin sexual pasivo aparece principalmente la mucosa intestinal erógena”. Autoerotismo y amor objetal tienen su punto de encuentro en la fase anal.

En el *Carácter y el erotismo anal* (1908) afirma: “Investigando la temprana infancia de estas personas averiguamos fácilmente que necesitaron un plazo relativamente amplio para llegar a dominar la incontinencia alvi infantil, y que todavía en años posteriores de su infancia tuvieron que lamentar algunos fracasos aislados de esta función. Parecen haber pertenecido a aquellos niños de pecho que se niegan a defecar en el orinal porque el acto de la defecación les produce, accesoriamente, un placer, pues confiesan que en años algo posteriores les gustaba

retener la deposición, y recuerdan, aunque refiriéndose por lo general a sus hermanos y no a sí propios, toda clase de manejos indecorosos con el producto de la deposición. De estos signos deducimos una franca acentuación erógena de la zona anal en la constitución sexual congénita de tales personas”.

En *“De la historia de una neurosis infantil”* (El Hombre de los Lobos) (1918) liga la renuncia de las heces a la castración y establece la ecuación heces-niño-pene: “Una nueva significación del excremento nos abrirá ahora camino hacia la investigación del complejo de la castración. Al excitar la mucosa intestinal erógena, la masa fecal desempeña el papel de un órgano activo, conduciéndose como el pene con respecto a la mucosa vaginal, y constituye como un antecedente del mismo en la época de la cloaca. Por su parte, la excreción del contenido intestinal en favor de otra persona (por cariño a ella) constituye el prototipo de la castración, siendo el primer caso de renuncia a una parte del propio cuerpo con el fin de conquistar el favor de una persona querida. El amor narcisista al propio pene no carece, pues, de una aportación del erotismo anal. El excremento, el niño y el pene forman así una unidad, un concepto inconsciente –sitvenia verbo–: el del ‘pequeño’ separable del cuerpo. Por estos caminos de enlace pueden desarrollarse desplazamientos e intensificaciones de la carga de líbido, muy importantes para la patología, y que el análisis descubre.”

En las *Trasmudaciones de las pulsiones y el erotismo anal* (1915 -1917): “El excremento es, en efecto, el primer regalo infantil. Constituye una parte del propio cuerpo, de la cual el niño de pecho sólo se separa a ruegos de la persona amada o espontáneamente para demostrarle su cariño, pues, por lo general, no ensucia a las personas extrañas. (Análogas reacciones, aunque menos intensas, se dan con respecto a la orina.) En la defecación se plantea al niño una primera decisión entre la disposición narcisista y el amor a un objeto. Expulsará dócilmente los excrementos como «sacrificio» al amor o los retendrá para la satisfacción autoerótica y más tarde para la afirmación de su voluntad personal. Con la adopción de esta segunda conducta quedará constituida la obstinación (el desafío), que, por tanto,

tiene su origen en una persistencia narcisista en el erotismo anal”.

La significación más inmediata que adquiere el interés por el excremento no es probablemente la de “oro-dinero, sino la de regalo”. Es decir, Freud subraya que el niño considera sus heces como una parte de su cuerpo del que él se va a separar.

S. Ferenczi (1927) plantea que las dos situaciones traumáticas educativas claves son el destete y el control de esfínteres. Afirma que las heces representan un “intermediario” entre sujeto y objeto y habla de una “moral de los esfínteres”.

K. Abraham distingue dos fases en el interior del estadio sádico-anal: en la primera, el erotismo anal está ligado a la evacuación, y la pulsión sádica a la destrucción del objeto; en la segunda, el erotismo anal se liga a la retención y la pulsión sádica al control posesivo.

Los conceptos de D. W. Winnicott de fenómenos transicionales y de génesis del “no-yo”, así como la ilusión-desilusión, son fundamentales para los desarrollos posteriores en relación a la relación entre la madre y el niño y las negociaciones posibles en torno a la enseñanza del control esfinteriano.

Anna Freud sostiene el concepto de líneas de desarrollo y plantea una progresión desde el estado de dependencia a la autonomía afectiva en la adquisición del control de esfínteres. También afirma que el ano y el bolo fecal son hipervalorizados en tanto objetos pertenecientes al cuerpo, mientras que cuando las heces se desprenden, pasan a ser un objeto extraño, que ya no produce placer.

E. Jones sostiene que la capacidad de concentración está ligada al acto de la defecación y lo relaciona con el origen del pensamiento.

P. Heimann afirma que las experiencias anales son narcisistas e incommunicables.

D. Meltzer analiza la constelación característica de la seudomadurez ligada al erotismo anal. En su teorización la analidad es una defensa frente a la relación con el pecho y, luego, frente a la relación con la madre. Toda situación de abandono o de soledad aumentará la masturbación anal, que se erige como una defensa narcisista.

A. Green (1990) le otorga mucha importancia a la analidad primaria y considera que la regresión anal conduce a la desestructuración del pensamiento, porque la excitación insuficientemente ligada ataca a los pensamientos y es proyectada al exterior de un modo tan violento que no puede ser ni reintroyectada ni metabolizada.

En *Lo Puberal*, P. Gutton cita a B. Rouzerol en “La dérision ou l’humour perversi” (1980) (a propósito del pasaje de un sinsentido a otro sinsentido en el marco de un funcionamiento maniaco frente a las pérdidas. Dice: “El autor relata la observación (durante una psicoterapia) de un niño encoprético cuyo funcionamiento, a nuestro entender, maniaco, es ejemplar. La lectura de este texto a partir de nuestras reflexiones sobre la reactivación del funcionamiento maniaco en el estadio anal (uso y abuso del esfínter). “Sólo atacando al objeto externo lo mantiene la irrisión paradójicamente vivo, pues si lo ridículo mata, es también el garante de que esto no tiene importancia; asimismo, el libreto del perverso resulta el garante de que la castración no ha tenido lugar; de igual modo, las heces que desaparecen renacen en una nueva defecación para anular el hecho de que las materias fecales pueden enterrarse y secarse. ¡”Meter en caja” es, cabalmente, fecalizar al otro y resucitarlo por su omnipotencia! Este compromiso entre ataque-desprecio y reparación depende de una integración fallida de la imagen materna, que permanece escindida y viene a trabar la represión. La estrategia que va de un sinsentido a otro sinsentido conduce más ampliamente a la problemática del acto que desenvuelve la búsqueda de sentido: en la interpretación del acto todo es intercambiable hasta lo infinito. *Símbolo actuado, él niega al símbolo.*” (el subrayado es mío).

Es llamativa la relación entre los desarrollos de Gutton en relación a la pubertad y la pérdida del marco parental, al que se intenta reemplazar maníacamente, como no siendo necesario, y lo que podemos plantearnos en relación a la organización anal.

El niño supone que el control esfinteriano es una arbitrariedad de la madre, mientras que ella está aplicando una norma colectiva, que posibilitará al niño la inserción en un mundo social.

El niño funda un doble de sí, por proyección de un sí-mismo, un afuera que se constituye como tal y se delimita en el acto de evacuar. Acto que implica la demarcación de un territorio. Territorio de lo propio-ajeno (o de lo propio que se vuelve ajeno).

Los dos aspectos salientes de la organización anal son: el sadismo procedente de la pulsión de dominio y el erotismo de la mucosa de la ampolla rectal.

La pulsión de dominio es una pulsión objetal que tiende a la anulación del objeto. Es destructividad al servicio del goce narcisista. Al volver sobre sí pasa a ser autodomínio, por sometimiento al deseo del otro.

El sadismo anal presupone tanto la fecalización del objeto, la expulsión violenta, el bombardeo, como la tortura, el sometimiento del otro. Es el terreno de la exclusión, el maltrato y la humillación.

Amor y odio van juntos en la organización anal, marcada por la ambivalencia. El objeto de amor es atacado, despreciado y es siempre un otro-sí mismo.

El erotismo sádico-anal puede resolverse a través de dos procesos convergentes: la posibilidad de nominar al mundo (que implica diferenciar y organizar) y la apropiación del símbolo de la negación como posibilitador de traducción.

Al nombrar el mundo, el niño va delimitando un afuera diferente de sí y un universo en el que los objetos perdidos se recuperan simbólicamente al nombrarlos. La palabra implica así, la posibilidad de desprendimiento y de posesión simbólica del objeto, posibilidad que parece estar ausente en los niños enco-préticos.

Las heces son un primer producto, una primera creación, un producto marcado por la ambivalencia en tanto son a la vez el regalo esperado por la madre y la suciedad a ser deshechada. Lo valioso, lo propio al ser expulsado se vuelve regalo-deshecho, doble de sí, otro a ser mirado, festejado... y aniquilado.

Desecho hostil y regalo precioso simultáneamente, propio y extraño (¿siniestro?), las heces pasan a ser mediadoras de la relación con el adulto; son instrumento de intercambios a la vez que espacio de identificación. Y esto en una relación marcada por los opuestos amo-esclavo, dominar-ser dominado.

Schaeffer y Goldstein¹ plantean que la analidad es una encrucijada de unión y confrontación de los contrarios, de los opuestos, la sede de la ambigüedad y la ambivalencia; es tanto una zona de diferenciación y negociación como el lugar de las confusiones e inversiones (vía posible hacia las perversiones). Y agregan que el trabajo de simbolización consistiría en pasar de una lógica de pensamiento binaria, que funciona en pares de opuestos, a una lógica ternaria que va hacia la ligazón, desligazón y religazón de representaciones antagónicas, parecidas y opuestas.

La posibilidad de regular la expulsión, de retener al objeto implica tolerar la excitación y que esta devenga placentera. En *El niño y su cuerpo*, M. Fain plantea que erotizar la retención permite al niño ligar la sensación de placer con el aumento de la tensión y, por consiguiente, tolerar esta última, lo que permite la producción de fantasías no acompañadas de descarga inmediata. Esta no-descarga inmediata y la elaboración fantasmática son un modelo para el proceso del pensar.

Podemos hablar entonces de fallas en la constitución de los procesos mentales durante la etapa anal cuando no se puede erotizar la retención.

Pero también podemos hablar de rumiación, de pensamiento circular, de dificultades para arribar a la acción cuando la retención está excesivamente erotizada.

Y en tanto las heces salen “por atrás”, fuera del alcance de la mirada propia, se puede quedar sujeto a un ser mirado por otro y suponer que el propio producto se constituye en esa mirada, es decir, es ajeno.

Los dos aspectos salientes de la organización anal son: el sadismo procedente de la pulsión de dominio y el erotismo de la mucosa de la ampolla rectal.

La pulsión de dominio es una pulsión objetal que tiende a la anulación del objeto. Es destructividad al servicio del goce

¹ J. Schaeffer et C. Goldstein : “Anal” et “fecal” : la contre-pulsion. Revue Française de Psychanalyse. 5/1998.

narcisista. Al volver sobre sí pasa a ser autodominio, por sometimiento al deseo del otro.

El sadismo anal presupone tanto la fecalización del objeto, la expulsión violenta, el bombardeo, como la tortura, el sometimiento del otro. Es el terreno de la exclusión, el maltrato y la humillación.

Amor y odio van juntos en la organización anal, marcada por la ambivalencia. El objeto de amor es atacado, despreciado y es siempre un otro-sí mismo.

La ligazón entre defecar y atacar aparece claro en las palabras de una niña de cuatro años que, para contar una escena de mucha violencia de la que había sido testigo, dice: "El señor le hizo caca encima".

Podemos observar en la clínica que muchos niños son ubicados por sus padres como productos-heces, valorados en tanto dominables, en el límite entre lo propio y lo extraño y denigrados en tanto se ha perdido todo poder sobre ellos.

El erotismo sádico-anal puede resolverse a través de dos procesos convergentes: la posibilidad de nominar al mundo (que implica diferenciar y organizar) y la apropiación del símbolo de la negación como posibilitador de traducción.

Al nombrar el mundo, el niño va delimitando un afuera diferente de sí y un universo en el que los objetos perdidos se recuperan simbólicamente al nombrarlos. La palabra implica así, la posibilidad de desprendimiento y de posesión simbólica del objeto. Y al enunciar el "no" como preconsciente, el niño va estableciendo un freno a la voluntad del otro y a sus propios deseos.

La ampolla rectal asegura, mediante una estasis temporaria, la retención de las heces, con expulsión posterior por dilatación del esfínter.

El control esfinteriano presupone una oposición al puro empuje pulsional, una posibilidad de transacción entre la necesidad y la cultura.

Y el control del esfínter anal, en particular, marca las condiciones de la apertura o el cierre a la admisión del objeto, de lo propio-extraño, de su conservación y expulsión.

El control de esfínteres requiere como condición la adquisición del lenguaje verbal y de la marcha, pero también supone la posibilidad de esperar, de realizar transacciones y de evacuar en el lugar designado culturalmente. Es decir, implica la tolerancia de urgencias internas y la incorporación de normas culturales. También presupone dominar al objeto pero tolerar renunciar a él, dominarse (en tanto dominio del propio cuerpo) y aceptar ser dominado por reglas impuestas por otro.

La norma del control de esfínteres es, para el niño, la primer norma cultural y, desde la sociedad, una norma cultural imprescindible para la incorporación del niño al ámbito escolar. Implica una renuncia a un placer pulsional y, por ende, sólo se realiza a cambio de algún otro placer.

Pero el control esfinteriano puede no ser vivido como un logro, como una adquisición cultural, sino como una pérdida narcisista.

Tipos de encopresis

La encopresis puede ser primaria o secundaria. Hablamos de encopresis primaria cuando no se adquirió nunca el control esfinteriano. Es un trastorno en la estructuración psíquica. La norma del control no se instauró como norma interna, hay una falla en la represión del erotismo anal y en la constitución del superyó (en sus esbozos) como sistema de normas.

La encopresis secundaria supone que ha habido un control esfinteriano que, después de un tiempo, fracasó. Y esto lleva a otros interrogantes: ¿por qué se malogró una adquisición?, ¿cuán lábil era el control?, entre otros.

La diferencia es, entonces, entre un aprendizaje que no se adquirió nunca y un proceso de pérdida o de regresión.

Por otra parte, Kreisler y Fain² hablan de tres tipos de encopréticos: a) el “vagabundo” o pasivo, dependiente; b) el “de-

² L. Kreisler, M. Fain y M. Soulé (1974): *El niño y su cuerpo*. Amorrortu Edit.

linciente”, activo, transgresor; y c) el “perverso”, que realiza un juego autoerótico con sus heces, diferenciándolos del niño cuya perturbación para defecar tiene origen orgánico.

Teniendo en cuenta las clasificaciones precedentes, aunque sin seguirlas textualmente, voy a desarrollar en este artículo las diferencias que existen entre los *encopréticos expulsivos* (en los que predomina la evacuación) y los *retentivos* (o los chicos que “se hacen encima” por rebasamiento después de períodos prolongados de constipación).

Considero que, entre los expulsivos, hay dos grupos: a) el de los niños que “pierden” indiscriminadamente, que no tienen registro de sensaciones, en los que el cuerpo es un extraño no registrado, y b) el de aquellos a los que podríamos denominar “tira-bombas”, que anuncian de diferentes formas que van a defecar, que hacen heces “bien moldeadas” y que parecen estar en pelea con las normas.

ABANDONOS Y DUELOS: EL NIÑO QUE “PIERDE”

En relación a los primeros, a aquellos en los que predomina una expulsión indiscriminada, observamos que constituyen con esa expulsión un afuera confuso, que se les puede tornar persecutorio cuando comienzan a diferenciar adentro y afuera.

La tensión no sólo no es procesada, sino ni siquiera sentida. Lo que se repite es el intento de desembarazarse de ella. La angustia como señal de alarma fracasa y el niño queda expuesto a una invasión de estímulos de los que trata de vaciarse utilizando el cuerpo. La cuestión es “echar” todo, despojarse de toda tensión, de todo dolor en un intento de no-sentir.

Es frecuente que estos niños se sometan en su fantasía a una figura madre-padre no discriminada que les extrae las heces, metiéndoseles por el ano y los deja a su merced. El que maneja el cuerpo es otro y ellos son una especie de cuerpo sin cabeza en el que es otro el que determina sus avatares.

A la vez, nos encontramos a menudo con situaciones de abandono a las que el niño ha quedado expuesto.

Viñetas clínicas:

F. llega a la consulta cuando tiene ocho años. Sus padres se casan, siendo ambos adolescentes, como consecuencia del embarazo de F. Cuando éste tiene dos años, se separan y el niño pasa a vivir con los abuelos paternos. F. no parece haber registrado nunca la necesidad de defecar, sino que se hace encima, sin registro alguno, y no avisa ni antes ni después. No se ha detectado ningún problema orgánico. Suele estar sucio, como en un estado de indignancia. Los padres casi no tienen contacto con él. Ambos han armado nuevas parejas y tienen otros hijos. La abuela, que es la que se ocupa de él, cae en estados de depresión importantes. ¿F. llora con el cuerpo lo que no puede poner en palabras? ¿Y desfallece?

A. llega a la consulta a los diez años. Sus padres están en plena separación y su madre ha decidido irse a vivir al extranjero con una nueva pareja. Él queda en Buenos Aires con su padre, con el que tiene una mala relación. En ese momento comienza a “hacerse en los pantalones”. A. ...¿se dio por muerto y deja caer sus heces como supone que fue “dado por muerto” por la madre?; ¿es el vínculo con ella, y la difícil relación con el padre (que lo denigra) lo que expresa a través de su incontinencia? A. no puede quejarse ni sentir odio. Se calla, entra en un estado de “depresión corporal” y repite con el cuerpo la vivencia traumática.

En ambos casos son niños que no pueden realizar el duelo. Quedan repitiendo compulsivamente un estado en el que el objeto se va sin que se pueda hacer nada para retenerlo. Así como la madre, un pedazo de él mismo se le escapa cotidianamente a A. presentificando la situación misma de la desaparición del otro, como aquello que al perderse deja un estado de vacío imposible de ser acotado.

Hay un estado hemorrágico: se pierde sin poder detener ni controlar la pérdida. Son casos en los que no hay control alguno de las propias heces. Es una suerte de desfallecimiento psíquico, de situación de muerte en la que todo se escapa y el orificio anal queda como lugar de puro pasaje, en una suerte de drenaje permanente. La hemorragia narcisista se despliega como diarrea permanente. En el punto mismo en el que debería

constituirse el objeto en la expulsión, se mantiene una indiferenciación absoluta.

En ambos casos, las madres fueron hijas adoptadas que desconocían la adopción (fue un familiar el que informó de este hecho) y al abandonar al hijo repetían compulsivamente un abandono sufrido. El secreto de la adopción, vivida como vergonzante, tornaba a ésta indecible para los abuelos, innombrable para la madre e impensable para el niño³. Un impensable que reaparecía en la acción de defecar, siguiendo la ecuación heces-bebés.

Cuando este tipo de encopresis es primaria, podemos pensar que no hay un registro de los esfínteres como zona de pasaje y diferencia, que no se ha constituido la representación del esfínter anal como pasible de ser regulado, sino que es el “lugar del otro”.

En algunos niños, la encopresis aparece secundariamente a situaciones de abandono y de pérdidas, que actualizan pérdidas anteriores. Son niños que quedan pasivos, sujetos a un otro que “se va”, lo abandona, en una reiteración de una pérdida traumática, como repetición literal del trauma. Cuando esto ocurre después de varios años durante los cuales el niño controló esfínteres, podemos preguntarnos si ese control no era tan frágil porque expresaba una pseudo-organización, montada en la dependencia absoluta de la mirada de otro (como en los casos en que el niño siente que es el otro el que domina el propio cuerpo). Si el niño se supone un producto de otro y se representa a sí mismo colgando de ese otro como de un frágil hilo, es posible que viva la pérdida del objeto-sostén y la ruptura del hilo como la concreción de sus fantasías de “ser defecado”, expulsado y como quiebre de todo registro de sus sensaciones (¿quiebre del registro de sí, como en el caso de A.?).

La pulsión de dominio fracasa tanto en la vuelta sobre sí, el dominarse, como en el intento de dominar al objeto, que se

³ Estos conceptos son desarrollados por S. Tisseron (1995) en *El psiquismo ante la prueba de las generaciones*. Amorrortu edit.

pierde. A veces, esto va acompañado de una cierta inestabilidad motriz, como efecto de la no-constitución o de la pérdida de la representación motriz de sí mismo. En tanto la motricidad aloplástica está “montada” sobre el erotismo anal, en estos casos aparece una pérdida del control motriz ligada a la pérdida del control de los excrementos y del esfínter anal.

Pienso que en algunos de estos niños la encopresis es el equivalente corporal de una depresión o quizás su negativo, en tanto no hay duelo sino repetición de la pérdida. Podemos afirmar que se da una falla en la simbolización y en la elaboración del duelo y que el niño queda inundado de sentimientos de abandono frente a los que pierde el dominio de sus esfínteres. El objeto no es simbolizado, representado con la tristeza consecuente por su pérdida, sino que ésta se concretiza. Hay una desintrincación pulsional, y la representación de la cosa pasa a ser “la cosa en sí”. El niño queda pasivamente expuesto a sus propias heces que “se le escapan”, del mismo modo en que todo vínculo se le escapa.

La defensa predominante en estos niños parece ser la desestimación. Desestimación de sus propias sensaciones, de sus urgencias y también de los límites de su cuerpo. El propio cuerpo queda a merced de un otro al que él se “entrega” en una posición pasiva-abandónica. Predomina lo confusional, en relación a sí mismo y al mundo.

Se trata generalmente de madres abandonicas (muchas veces, de madres que han sufrido abandonos no explícitos), que no han podido transmitir una norma cultural y que los dejan, por consiguiente, a merced de sus propios deseos incestuosos.

Hay así serias dificultades en estos niños para diferenciar limpio-sucio, interno-externo, propio y ajeno.

Podemos afirmar que, en general, el niño que se limita a expulsar no puede “trabajar” sus producciones. Lo que hace es un permanente pasaje al acto. No puede instaurar la categoría de tiempo y de demora, de espera, sino que funciona por urgencias, en excesos permanentes. El aumento de la tensión no registrada, desestimada como sensación, lleva a la evacuación inmediata. Predomina el abandonar-abandonarse.

Si el niño tiende a decir con el cuerpo, con gestos y acciones, en la encopresis el niño, en lugar de jugar, guarda o expulsa

con el cuerpo lo que no puede ser simbolizado. De la secuencia heces-niño-pene se queda en el primer momento, sin hacer sustituciones. No hay ausencia. La pérdida es desmentida. Y por ende no hay nada a simbolizar, a representar.

Es un duelo por un objeto narcisista. Y es un duelo patológico.

- Dolor por: 1) Anhelar un objeto que no aparece.
2) Desinvertir un objeto.

Violencias y estallidos: los que bombardean

A diferencia de los niños que “pierden”, otros niños que “se hacen encima” registran la necesidad de evacuar y eligen un lugar y un modo para satisfacerla.

Lo que va a predominar es la hostilidad, la agresión manifestada con el cuerpo. Cuando es posterior a situaciones de pérdida (a veces, mudanzas, cambios en la situación familiar), el duelo se transforma en ataque al mundo. Todo objeto es aniquilado en el juego aniquilar-aniquilarse.

En estos niños, el desafío furioso es el afecto predominante en la expulsión. Pero, después, el niño queda expuesto a una situación de humillación y vergüenza.

Estos niños, a los que podemos llamar “tira-bombas”, atacan y ensucian a la vez que quedan ensuciados y bombardeados por sus propios productos. Un “ensuciar” que muestra la dualidad de la hostilidad y la realización de los deseos incestuosos (“hacer caca” en el cuerpo materno).

La estructuración del cuerpo parece armarse en torno al ano.

La relación sadomasoquista predomina. El niño se ubica en relación a una madre todopoderosa que quiere apoderarse de sus excrementos, robárselos y a la que él ataca ensuciándola, a la vez que ese “ensuciar” es una expresión del amor incestuoso. Un amor que supone “fecalizar” al objeto. Amor-odio al que el medio suele responder de un modo violento, hostil.

Es frecuente encontrar en estos niños historias de violencias.

Generalmente, son niños hiperactivos, oposicionistas, que desafían toda norma.

Las defensas que predominan son la desestimación y/o la desmentida de los imperativos categóricos. Hay un desafío a aquello que supone una imposición arbitraria de una madre-padre poderoso y exigente. Así, la prohibición del incesto y todas las normas derivadas de ella pueden ser desestimadas o desmentidas.

En los casos en que la encopresis es primaria, nos encontramos con que la pulsión ha quedado poco simbolizada, sin pasaje de excrementos a regalo y el erotismo está claramente localizado. Erotismo que se confunde con la destructividad anal primaria expulsiva.

El placer está teñido por los deseos sado-masoquistas que no le dan respiro. Y la libido y el yo quedan rigidificados.

Dijimos que en los niños en los que predomina una posición pasiva en la expulsión, nos encontramos generalmente con cierta labilidad motriz. Son niños torpes, cuya motricidad se les “escapa”. A veces, se expresa en una actividad autocalmante.

En estos niños, en cambio, predomina un tipo de motricidad aloplástica, por momentos descontrolada, con episodios de estallido (pataletas).

Viñetas clínicas:

a) E. tiene ocho años. Es derivado por el pediatra. No controló nunca. No se hace encima en la escuela, sólo en la casa y con la madre, varias veces al día. “Se pone en una posición especial, mira de un modo particular, pero no hay modo de que vaya al baño. Dice que no le gusta hacer la tarea. Le gusta jugar con fuego.” ¿Mira... es mirado... de un modo particular? El niño dice “Yo me cago porque hago lo que quiero, yo nací para el peligro”. No quiere ir a la escuela. De la madre dice: “Es una maldita”. Aquí el “yo” señala la asunción de un lugar de riesgo, único lugar en el que puede quedar posicionado. El “hago lo que quiero” lo constituye siendo alguien, pero alguien que desmiente toda autoridad.

La madre afirma que él es muy rebelde, que no quiere obedecer, que fastidia a toda hora y que miente. Le resulta difícil la convivencia con este niño. Pero aclara que tiene miedo de perderlo, que teme que apenas crezca se vaya, que no sabe cómo retenerlo. Durante las frecuentes peleas madre-hijo, éste

amenaza con escaparse de la casa. ¿Es un movimiento auto-expulsivo frente a los deseos expulsivos supuestos en el otro? ¿En qué juego retención-expulsión está instalado este niño, siendo él las “heces” que la madre retiene-expulsa sin intervención alguna de la cultura? ¿En qué relación “por fuera de toda norma” queda el niño? El padre viaja con frecuencia y, cuando está, fluctúa entre la desconexión y episodios de violencia con E., dejándolo centrado aún en este universo de estallidos y arbitrariedades, sin legalidad alguna.

E. intenta mantener el goce anal en la retención y evacuación, aniquilando al objeto y declarando su inexistencia como sostenedor de normas. Él llena de heces a su madre, poseyéndola y desafiándola simultáneamente. Domina así a un objeto que “se le escapa” y repite la violencia vivida. Pelea por no someterse a un otro arbitrario y queda sometido a su propia pulsión destructiva.

Podemos retomar los aportes de André Green cuando habla de la analidad primaria, refiriéndose a un yo totalmente rígido, en riesgo de desintegración, planteando un narcisismo tal que el hecho de oponerse al objeto pasa a ser más importante que el de afirmarse a sí mismo y en que el vínculo con el objeto de dominio es lo opuesto a un lazo, a una relación de objeto.

E. es de los niños que tienden a aferrarse a un negativismo a través del cual intentan sostenerse, pero pierden ellos (se pierden) y no terminan de constituir al objeto.

Ser alguien, poseer un yo, implica para estos niños un armado rígido de oposición a las normas culturales, vividas como intrusión de un otro omnipotente. Oposición al otro que se torna oposición a la propia pulsión, a la vida fantasmática y a toda transacción.

René Henny⁴ plantea la especificidad de la función anal en el hecho de que es autosuficiente: las heces son un objeto auto-producido y no se necesita de un otro para satisfacerla.

⁴ R. Henny: *Situation métapsychologique de l'analité*. Revue Franç de Psychanal. 5/98.

Es decir, si el vínculo con los objetos amados falla, si el niño no puede acercarse-alejarse al objeto amado, si él mismo se ubica como siendo expulsado, maltratado, ubicado como “deshecho”, “basura”, etc., las heces pasarán a ser el objeto privilegiado y la pérdida de las mismas será vivida como una pérdida narcisista.

En los juegos, E. va siendo un toro salvaje, un león furioso, un perro rabioso. Es frecuente en estos niños la identificación con el animal. Como plantea D. Maldavsky⁵ “La identificación-animal implica un paso adicional en el esfuerzo por desautorizar la función paterna y mantener el apego a un goce anal irrestricto”.

b) M. tiene diez años. Siempre fue “superlimpio”, según la madre. Pero el padre pierde el trabajo y tienen que mudarse de un barrio de clase media a una zona marginal. M. debe cambiar de escuela. Es en el ámbito escolar en donde aparece por primera vez la perturbación. Como la situación de hacerse caca encima se reitera, en el momento de la consulta está en riesgo de ser expulsado de la escuela. La madre se muestra fascinada con este niño, pero funciona de un modo intrusivo, espiándolo cuando está en clase, revisándole la mochila todos los días, entrando cuando él está en el baño, etc. El padre se siente descalificado por la pérdida del trabajo, en pleno duelo por la posición perdida. En sus juegos, M. carga camiones con bombas que explotan, cohetes que despegan y hace “inventos”. Habla de un libro de “maldades” y “hechizos” (¿las brujas a las que el padre lo dejó expuesto?) y comienza a armar un código secreto en el que la palabra clave es: cagno, que él mismo traduce por: cago-no. A la vez, afirma que él puede tener un hijo. “Hacés un popó grande y ya está”. Dementida de las diferencias sexuales, regresión a una identificación femenina y al primado de la ecuación heces-bebé-pene.

Freud afirma: “...en las producciones de lo inconsciente –ocurrencias, fantasías y síntomas– los conceptos de caca (di-

⁵ D. Maldavsky (1999) : *Casos atípicos*. Amorrortu Edit.

nero, regalo), hijo y pene se distinguen con dificultad y fácilmente son permutados entre sí.”⁶

¿Qué se perdió? ¿Qué se desmoronó familiarmente? ¿El padre idealizado aparece como único soporte de la represión del erotismo anal? ¿Y si la imagen paterna cae, se desbarra esa endeble construcción? ¿El padre queda siendo supuesto como el que se “mandó una cagada”, como culpable de la situación de humillación familiar? ¿Y M. “hace explosiones”, repitiendo la “explosión” que se produjo en su vida, el estallido de rabia y los sentimientos de humillación y vergüenza por la pérdida?

Él bombardea el mundo pero queda a su vez sumido en un estado de furia e impotencia por un lado y de humillación y vergüenza frente a la mirada del otro, por otra parte.

Frente a la caída del padre como proveedor y a las pérdidas subsiguientes, M. quedó apresado en la relación con una madre intrusiva, activa y poderosa. Pero también las coordenadas de su mundo se quebraron. Los cambios de espacio, de relaciones, de valores, hicieron fracasar la formación reactiva y M. hizo una regresión por fijación a la erogeneidad sádico-anal, desmintiendo las diferencias sexuales y las normas. En el curso del análisis, fue armando un “código secreto”, que funcionó tanto como un lugar al que la madre no podía entrar como un modo de simbolizar sus posesiones internas, de crear un mundo que le perteneciera, sin aniquilarlo, un nuevo código frente a la ruptura del mundo conocido.

La producción de este niño muestra una diferencia, no siempre tan clara, entre la encopresis primaria y la secundaria. En M. son fantasías de omnipotencia en las que se convierte en hacedor de hijos, regalos... y palabras, las que se expresan a través del síntoma.

En la encopresis expulsiva de este tipo predomina la desestimación o la desmentida de la norma. Es decir, hay registro

⁶ S. Freud (1917) : *Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal*. En Obras completas. Tomo XVII. Amorrortu Edit.

sensorial y sensual pero opera el desafío a la legalidad impuesta por otro.

Cuando es primaria, hay una falla en la adquisición misma de la norma (prima la desestimación de la norma); mientras que cuando es secundaria, es una transacción que expresa los deseos y la ruptura del sistema defensivo armado hasta el momento, con desmentida de la norma.

Otra cuestión a mencionar es el predominio de varones encopreticos. Las diferentes investigaciones, así como mi experiencia personal, muestran la mayor incidencia de este trastorno en varones que en mujeres, especialmente en el caso de la encopresis expulsiva, siendo la diferencia muy significativa (¿expulsión como equivalente a agresión?). Y esto abre nuevos caminos a la investigación de estas perturbaciones.

Retención y control sádico del objeto: los encopreticos por rebalsamiento

“En efecto, la caca es el primer regalo, una parte de su cuerpo de la que el lactante sólo se separa a instancias de la persona amada y con la que le testimonia también su ternura sin que se lo pida, pues en general no empuerca a personas ajenas... En torno de la defecación se presenta para el niño una primer decisión entre la actitud narcisista y la del amor de objeto. O bien entrega obediente la caca, la “sacrifica” al amor, o la retiene para la satisfacción autoerótica o, más tarde, para afirmar su propia voluntad. Con esta última decisión queda constituido el desafío (terquedad) que nace, pues, de una porfía narcisista en el erotismo anal.”, afirma Freud ya en 1917. Y agrega: “Una parte del interés por la caca se continúa en el interés por el dinero; otra parte se trasporta al deseo del hijo”.⁷

En los niños que presentan encopresis por rebalsamiento, es decir, los que son fundamentalmente constipados y a los que “se les escapan” las heces, podemos encontrar otra conflictiva predominante: el placer en la retención (lo que prima es lo sen-

⁷ S. Freud . Ídem.

sual) y la investidura de las heces como objeto hipervalioso al que no se puede renunciar.

La ecuación bebés-niños se hace evidente en estas situaciones. Así, la mamá de una niña encopretica describe su embarazo como un “pequeño accidente”, utilizando la misma palabra para la encopresis de su hija: “tiene pequeños accidentes”.

Viñetas clínicas:

a) L. tiene cinco años. La consulta es por constipación crónica con encopresis. “Se le escapa”. Se ha descartado megacolon congénito. L. ha padecido tratamiento con enemas desde el año y medio. Del año a los dos años estuvo al cuidado de los abuelos paternos. “Me lo robaron”, dirá la madre. A los dos años se forzó el control de esfínteres para que pudiese ingresar al jardín de infantes. Lo sentaban en la pelela aunque no quisiera, en cualquier lugar de la casa y allí permanecía durante muchas horas hasta que defecara. “Por él perdí el trabajo”, afirma la madre. El padre hace “changas”. Está desocupado. Él se muestra muy angustiado por las dificultades de L. y relata que le dice que cagar es de machos, que debe hacerlo. “Pero yo no soy duro, soy poco creíble”. Este papá, que ubica las diferencias sexuales en la defecación, es decir, justamente allí donde no hay diferencias, teme que el tratamiento con enemas derive en homosexualidad en el niño. Se niega a realizar él las enemas, por sentir que son una violación, pero permite que las realice su esposa. Es decir, intuye que la satisfacción anal libidinal, que corresponde a los aspectos pasivos de la pulsión, facilita en los hombres componentes homosexuales importantes, pero le otorga los poderes a las mujeres: esposa y madre. Y él se considera a sí mismo “poco creíble, poco duro”. Es decir, se ubica como impotente en todos los sentidos (no puede sostener el pene erecto ni sus palabras como verdaderas).

Durante las sesiones L. maneja un camión que se lleva todo por delante y atropella a todos; a lo largo del tratamiento, comienza a hacer semáforos, calles que marcan un límite, pero que sirven sólo temporariamente para luego ser embestidas por el camión. Al salir de una de las sesiones, la mamá lo recibe pegándole una bofetada y acusándolo de haber perdido el dinero

para regresar a su casa. Ella llora y al mismo tiempo le limpia los mocos al niño, que llora asustado. Esta mamá no puede diferenciarse del niño y pensar que fue ella la que perdió el dinero y el trabajo y la que cedió su hijo a sus suegros, sino que pierde y le atribuye a otro la culpa por sus pérdidas. La constipación de L. está doblemente determinada: no puede defecar porque hacerlo implica un funcionamiento violador, atropellador, poner toda la hostilidad en juego, ser “el gran cagador” y porque tiene que retener para diferenciarse, a toda costa, de una madre que pierde “sin darse cuenta”. ¿Debe ser él el que retenga, cueste lo que cueste, el que se aferre a sus pertenencias aun cuando esto lo deje en una posición pasiva, en la que es “violado” por un pene-enema? L. retiene sus heces hasta el límite, transformándolas en fuente de excitación permanente. Él no cede, no regala, no otorga. ¿Reprime sus deseos de “cagar” a otros y a la vez se feminiza en la retención?

b) R. tiene diez años. Comienza con constipación, que desemboca en un megacolon funcional con encopresis, cuando se entera que el padre abusó sexualmente de una prima. A partir de ese momento se niega a ir al baño. La madre dice: “Cuando la prima le contó, le tiró una bomba de tiempo”. R. se enfureció cuando se enteró, pero después comenzó a retener las heces. “No habla de lo que le pasa”. La realidad se torna decepcionante y el niño se ubica a sí mismo como autosuficiente. Se queda sin palabras, como espectador pasivo de un acto perverso, sintiendo vergüenza ajena por su padre, a merced de un acto que él no puede dominar. Frente a esto, retiene, ¿repetiendo el acto perverso de un modo autoerótico, utilizando sus heces como pene, en ese ir y venir de sus excrementos a lo largo de la mucosa rectal? En su reiteración, él juega con sus heces (¿objeto a constituirse, carretel, padre?). Las “cagadas” son “a pesar de su voluntad” y lo dejan impotente.

Así como hay niños en los que la constipación es equivalente a un embarazo, hay otros en los que el bolo fecal figura más bien un muerto-vivo y el propio cuerpo, la tumba en el que está enterrado.

Y hay niños que parecen tener que retener un pesado paquete que los excede totalmente y del cual lo único que pueden

registrar son sensaciones no ligadas que los invaden y que deben ser guardadas-expulsadas.

Algunas conclusiones

En el terreno de la analidad, el niño es dueño, amo absoluto, a menos que lo sea su madre. Y el yo y el otro se constituyen en ese terreno de acuerdo a cómo sea investido el niño y sus productos por ambos padres.

Los trastornos de la defecación muestran la lucha que se entabla para sostener la omnipotencia, el dominio de sí mismo y de sus pertenencias, así como los avatares de la constitución del yo y del objeto. También ponen al descubierto la ligazón entre analidad y narcisismo, así como la internalización de las normas anales como precursoras del Superyó.

Mientras que las encopresis primarias son siempre trastornos en la estructuración psíquica, las encopresis secundarias pueden ser: a) simbólicas (remiten a una escena) (son síntomas); b) por vacío mental.

Hay estados de agonía temprana que se manifiestan en un perder sin ningún control.

G. Haag dice que una parte del cuerpo del niño podría dar cuenta de ciertos aspectos del funcionamiento parental, mientras que otra parte de su cuerpo podría dar cuenta de ciertos aspectos del funcionamiento del bebé mismo. Y habla de “identificaciones intra-corporales” en el límite entre el psiquismo y el cuerpo.

Esto nos lleva a pensar: en la encopresis, ¿qué modo de representar prevalece?, ¿por qué se vuelve al cuerpo como lugar de la representación?

El control de esfínteres implica un pasaje del cuerpo a la palabra. Está ligado a la posibilidad de nombrar. En la encopresis, en lugar de la palabra, aparece la cosa. Y lo que se niega-destruye-expulsa-retiene es un objeto.

Describimos tres tipos de encopresis: los que “pierden” sus heces, los que utilizan sus heces como proyectiles y los constipados que “se desbordan”. Y precisamos diferencias en los mecanismos que predominan en cada uno de estos grupos.

Resumiendo: El yo hace un borramiento de sí en el encopréptico pasivo (es el caso de los niños que no distinguen arriba y abajo, adentro y afuera, propio y extraño); y aparece rígido en su oposición en el encopréptico activo (ya sea expulsivo o retentivo).

La sensación puede ser desestimada (cuando el niño no tiene registro de la necesidad de defecar y queda sorprendido por la expulsión), o desmentida (“no me hice”); la norma puede ser desestimada (no existe o aparece como ataque externo) o desmentida (cuando hay registro pero predomina el desafío) o puede primar la fijación a un goce autoerótico con fluctuación entre desmentida y represión fallida (cuando el niño se constipa), sin dar lugar al acto creativo.

En muchos de estos casos, en los tres tipos de perturbaciones, nos encontramos con secretos familiares que están incidiendo.

Y el niño presentifica en su cuerpo lo impensable. Impensable de lo transmitido sin palabras, como un paquete cerrado, pero también lo impensable del abandono de una madre o de la caída de un padre. Abandono, caída, que retornan.

También hay que tener en cuenta que las diferencias no son siempre nítidas y que hay niños que pueden fluctuar entre las diferentes formas de encopresis. A la vez, hay situaciones que se reiteran, en los tres grupos, con matices diferentes. Abandonos, violencias, secretos, decepciones, humillaciones, duelos no tramitados sufridos por el niño o por las generaciones precedentes inciden en el aquí y ahora. Y, si bien hay un predominio de situaciones de abandono en el primer grupo, de violencia en el segundo y de decepciones y humillaciones en el tercero, la diferencia fundamental parece estar dada por el modo en que estos niños procesan esas situaciones traumáticas.

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 facilitarlas.

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*.

DEPENDENCIA DEL MESSENGER*

Mercè Mabres**

Los medios de comunicación, movidos por el sensacionalismo que a menudo les caracteriza, hablan de cierta alarma social ante el uso masivo de las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), pero aún no existen investigaciones que corroboren dicha alarma o la adicción que pueden producir. Se habla de una prevalencia del 6 % en la población general (Talarn, 2007). En la clínica tenemos la oportunidad de observar el uso que los adolescentes hacen de la comunicación ciberespacial, principalmente correo electrónico, chat, MSN y los juegos de rol en línea, ya que a veces va más allá del tiempo destinado al ocio e invade la mayor parte del que disponen para estudiar, colaborar en casa, encontrarse personalmente, etc. También constatamos el grado de supervisión y criterio de los padres, a menudo sobrepasados por avances frente a los que tienen poca facilidad de comprensión, acceso y manejo.

El ciberadicto se puede encontrar en cualquier grupo social y edad, si bien los de más riesgo son los siguientes (Talarn, 2007):

- Los adolescentes, por las características propias de su momento evolutivo: omnipotencia, tendencia a depositar en otros la causa de sus problemas, poca experiencia de la vida y, sobre todo, de la etapa en la que se encuentran,

* Sesión clínica presentada en el CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto Juvenil) de la Fundación Eulàlia Torras de Beà, el 8 de enero del 2008. Barcelona.

** Psicóloga clínica. Fundación Eulàlia Torras de Beà. Barcelona.

dificultad para reconocer adicciones sutiles, necesidad de verificarse, de experimentar identidades a la búsqueda de la propia, curiosidad, impulsividad, atracción por la inmediatez y sensación de normalidad delante de conductas de riesgo, cuando hay cantidad de iguales que las practican, como pasa por ejemplo con el consumo de cannabis. A todo esto se añade la gran facilidad que tienen para hacer servir tecnologías que les permiten gozar de las inmensas oportunidades lúdicas interactivas que la red les ofrece.

- Los estudiantes universitarios, por la facilidad para conectarse en facultades y residencias.
- Las personas que atraviesan situaciones estresantes, especiales o de pérdida, tales como separación o divorcio; las que buscan conocer gente, estimulación sexual...
- Las personas con trastornos psiquiátricos y/o de personalidad, exalcohólicos, exadictos, etc.
- Personas con determinadas características de personalidad: baja autoestima, sentimiento de falta de adecuación, desaprobación, infelicidad, inseguridad, tendencia a fantasear, timidez, falta de habilidad social y propensión a crearse una personalidad ficticia. Estas personas pueden tener un comportamiento más desinhibido a través de la cibercomunicación e incluso es posible que desarrollen personalidades compensatorias que no se atreven a llevar a la práctica en la vida real.
- Inexpertos que se inician en el medio.

En esta presentación quisiera compartir con vosotros la experiencia en la observación del uso del Messenger y de los juegos de consola o en línea, ya que, progresivamente, vamos viendo el papel lúdico de Internet en la vida de muchos adolescentes que tratamos en la consulta; la fuerza y la atracción que despiertan los videojuegos, el Messenger y diferentes blogs y páginas de la red; la dificultad para ponerse límites y gestionar el tiempo para que no invada el que se dedica al estudio, el deporte, la familia y las relaciones personales, más allá del ámbito escolar, etc. Desde el uso estimulante de la comunicación rápida y cómoda –desde casa– hasta el uso abusivo o dependiente.

A menudo los padres nos expresan su preocupación por las horas que el adolescente pasa delante del ordenador y por lo que le cuesta dejarlo. Todo eso crea crispación e irritación: el adolescente se siente contrariado e invadido, y los padres se sienten impotentes a la hora de poner límites a su hijo, porque resulta difícil negociar sobre una cosa que quizás no conocen, pero que tiene mucha fuerza y ejerce un gran magnetismo sobre el adolescente.

Las tecnologías de la información y la comunicación son herramientas que, como indica su nombre, han sido creadas para informar y comunicar, pero su diseño atractivo, inmenso, inmediato... es susceptible de afectar a la voluntad de control, cosa que, juntamente con otros factores personales y ambientales, facilita la conducta adictiva (estudio Universidad Ramon Llull, 2006-07). El abaratamiento de los costes de conexión, las mejoras tecnológicas y la llegada masiva de ordenadores personales a las casas ha provocado un crecimiento exponencial del número de usuarios. Internet, móviles y videojuegos ocupan un espacio importante en el proceso de socialización e influyen en comportamientos y actitudes. Son experiencias comunicativas que permiten emociones de pertenencia, control, poder, aceptación, bienestar e intimidad que pueden ser también compensatorias de sentimientos de insatisfacción respecto a si mismo. La mayoría de los adolescentes se conectan desde sus hogares y la mitad tienen ordenador propio, con conexión personal a Internet; el resto se conectan desde la escuela, la biblioteca o el cibercafé. Las chicas son más aficionadas al Messenger y los chicos a los videojuegos de las consolas o del ordenador, con los cuales también pueden jugar en línea.

Las habitaciones de los adolescentes de las clases medias y altas constituyen un microcosmos en el que el ordenador es el epicentro. Cuentan, o aspiran a que así sea, con el equipamiento suficiente en recursos de entretenimiento y comunicación que casi implicaría no tener que salir de casa o con no tanta frecuencia como antes. El PC con Internet les permite informarse, ver películas, televisión, grabar DVD, bajar música, jugar con los videojuegos y juegos en red, retocar fotografías, crear un blog o página personalizada, visualizar e interactuar con las

de otros, mirar y colgar vídeos en la red para que sean vistos y comentados (como los que salen en el portal YouTube), comunicarse por videoconferencia... y, evidentemente, chatear en el Messenger como chat privado en el que el adolescente decidirá las personas que quiere agregar formando una habitación virtual generalmente muy llena de gente, agrupada en diferentes grupos: amigos del verano, de la escuela, de alguna actividad, etc.

En los blogs se muestran fotografías que hacen referencia a aficiones, símbolos, consejos y a algún aspecto de la vida personal de manera más o menos simbólica. Todo eso a la espera que otros opinen y respondan con comentarios y fotos. Llama la atención que en tiempos de medidas, en algunos casos tan estrictas, a la hora de preservar la confidencialidad, haya tanta exhibición como la que se puede ver ahora mismo en la red.

Por otro lado, se está abriendo entre los jóvenes una fractura que va más allá del acceso digital: los que hacen servir las nuevas tecnologías y los que no las tienen o no quieren tenerlas, que son los menos. Se trata de estar dentro o fuera: quien no está en Internet, no tiene móvil, no maneja las nuevas tecnologías, pasará a abultar la lista de los que pierden oportunidades, tanto laborales como relacionales.

Un pequeño apunte para decir que dentro de la gran diversidad de posibilidades que ofrece Internet, para algunos es el medio ideal donde exponer y difundir ideas no permitidas o que rozan la ilegalidad en muchos países. Es el caso de las 300 páginas webs neonazis en Alemania y 1.400 en todo el mundo que aprovechan la facilidad de comunicación que ofrece la red para descargar su odio y hacer proselitismo. Suelen ser webs alojadas en servidores extranjeros, y se da la circunstancia que los EUA es el país más tolerante con las webs intolerantes. También hay webs peligrosas, como algunas relacionadas con la anorexia, otras que promueven el suicidio, la condena al infierno, las sectas con la finalidad de captar adeptos dentro de la red, así como varios foros en los que se vierten opiniones, a menudo no corroboradas por profesionales.

Se definen las ciberadicciones y las socioadicciones en general como trastornos de dependencia vinculados a actividades humanas diversas, pero que no comportan la ingesta de

sustancias químicas. Se observan cuando la persona queda invalidada para hacer las cosas cotidianas de su vida y necesita hacer de manera imperiosa aquella cosa determinada para estar bien. Estos serían los síntomas frecuentes en adolescentes que pasan muchas horas en Internet, cuya intensidad aumenta gradualmente:

- Pasa muchas horas conectado.
- Pierde la noción del tiempo, y es difícil establecer el límite entre el uso seguro y el uso adictivo.
- Es incapaz de interrumpir la conexión; sus palabras más habituales son “un minuto más”, “ahora voy” ..., acompañadas de una gran irritabilidad.
- Descuida el aspecto, pierde horas de sueño y altera los hábitos de alimentación porque come deprisa para volverse a conectar.
- Utiliza Internet para obtener satisfacción inmediata y huir de los problemas.
- Todo gira en torno a la realidad virtual que focaliza toda la atención en detrimento de otras cosas.
- Se produce fracaso escolar y abandono de los estudios, así como pequeños robos para comprar consolas, juegos o jugar en cibercafés.

En estos casos el adolescente siente que Internet es el único lugar donde puede sentirse bien, pero a la larga aparecen la soledad y la reducción del bienestar psicológico.

Hace pocos días unos padres me hablaban de su único hijo –Fabio–, que con 14 años está siempre en casa, es muy reservado, no muestra interés, ni le preocupa nada. No quiere salir nunca con ellos, ni tampoco con los amigos. El padre le propone hacer juntos algún paseo en bicicleta pero él lo rechaza porque no quiere que nadie le vea con casco por la ciudad, cosa que el padre considera primordial para ir de forma segura. Se pasa los fines de semana estirado en el sofá viendo la televisión o jugando con la consola. A veces pide que el padre juegue y éste se esfuerza en juegos de fútbol, en los que el chico le gana. Si le proponen ir al cine, incluso eligiendo él la película, les dice que vayan solos. No invita amigos a casa, ni tampoco le invitan a él. Se ha hablado de la salida que la escuela hará a la nieve y

se niega rotundamente a ir, no pudiendo explicitar los motivos. Los padres tampoco son capaces de pensar qué le debe pasar, sienten que si no se explica ellos no saben y que, si le fuerzan, no están dejando que sea él mismo. Siempre se han sentido muy irritados por este hijo que les ha obligado a estarle encima de manera continuada y que ha reaccionado con una actitud de pasotismo ante todo. Últimamente ha ido cogiendo dinero de sus abuelos a escondidas, en pequeñas cantidades hasta llegar a tener lo suficiente para comprarse dos game boys diferentes, a pesar de que ya tiene una consola.

Fabio es un chico emocionalmente inmaduro que presenta una importante dificultad para conectar y expresar sus sentimientos, así como falta de recursos para relacionarse y comunicarse. Los padres, que presentan también cierta cerrazón (por ejemplo, cuando deciden que en casa no entrará ningún ordenador), se sienten hondamente decepcionados por tener este hijo que no se esfuerza ni se interesa por nada, es tan arisco y dependiente. Consideran que en el colegio lo «pasan» de curso sin tener el nivel ya que ellos no le han visto nunca estudiar, aspecto no corroborado por la escuela. Se les ve crispados, destacando el tono de sorna, sobre todo de la madre, que, a pesar de sufrir una enfermedad muscular crónica que le provoca dolor y rigidez, no suele hablar de ella, como tampoco es capaz de ir más allá de la conducta del chico, ni mostrar empatía frente a su abatimiento, temores y falta de recursos que lo llevan a aislarse; ambos padres presentan grandes dificultades para poder valorar alguna cosa de él y apoyarlo adoptando una actitud de resignación.

Considero en este caso que no se trata de una adicción, si bien podría derivar hacia ella en la medida en la que este chico esté tan poco apoyado, se vaya retrayendo cada vez más, no se le ayude a desarrollar más recursos relacionales y de intercambio con los iguales, y se le permita que se refugie en los juegos como la única cosa en la que se siente hábil, controla y le proporciona una satisfacción.

Quando el abandono de los mecanismos infantiles de funcionamiento se hace especialmente costoso y el adolescente se siente muy inseguro delante de la etapa que inicia, se engancha de forma regresiva al mundo lúdico y se resiste a hacer cosas

que no comporten una satisfacción inmediata. Los juegos de consola y de ordenador ofrecen la posibilidad de seguir recreando un mundo mágico y omnipotente en el que los límites de la realidad no están presentes. Sin embargo, algunos juegos comportan elementos de estrategia que estimulan el pensamiento; otros, con temática de deportes, favorecen los reflejos y la competitividad; todos ellos implican un componente relacional entre los aficionados.

Hablemos del Messenger

Hace unos años, la manera de conectarse los adolescentes cuando no podían verse era el teléfono fijo; luego pasaron al móvil, al que se ha añadido la mensajería instantánea, o Messenger, que permite mantenerse en contacto permanente con los iguales (Balaguer, 2005). Con la pantalla del ordenador encendida de manera constante, se está en contacto con una o más personas al mismo tiempo. Se trata de una comunicación sincrónica entre diversos usuarios, conocidos entre ellos o a través de un amigo común. Interactúan escribiendo mensajes que llegan al destinatario de manera instantánea. También permite mostrarse ausente delante de los otros, pudiendo ver quién está conectado. Es una manera más de interacción con los iguales que intervendrá en la construcción de la identidad adolescente como tal.

Supone la recuperación de la comunicación a través de la palabra escrita, algo más activo que ver la televisión; el lenguaje que utilizan es absolutamente informal y lleno de abreviaturas como las de los mensajes de los móviles. También se mezclan símbolos a base de puntos, comas y paréntesis que expresan estados de ánimo que tienen el equivalente en unos dibujitos llamados *emoticones*, contracción entre 'emotion' e 'icon'. Permite también intercambiar fotografías, así como verse y oírse si se dispone de webcam.

No se da importancia a la ortografía ni a la sintaxis, ya que lo que predomina es la inmediatez del intercambio, a veces de forma vertiginosa; hay que responder rápido, brevemente, y mantener el ritmo para que la otra persona no se despiste y se vaya o se centre en otro. No obstante, se pueden desarrollar

contenidos, si bien la reflexión y la matización que permite el mail, aquí no es posible. Por encima de todo, lo que hay es una gran desinhibición al no estar “vis a vis”. El chat opera como un instrumento de entrenamiento en la comunicación eficaz en tiempos de atención lábil. Utilizando la menor cantidad de elementos, palabras y signos, se transmite la idea central. Hay que evitar la caída de la atención y transformarse en objeto zapping (Balaguer, 2005).

El chat es como una “lluvia de ideas” que tiende a liberar los comentarios, permitiendo que puedan surgir tanto chispas creativas como observaciones banales y fácilmente olvidables. Esta liberación desinhibida que brinda el chat, muchas veces hace sentir insatisfacción al salir de la conexión, ya que la realidad impone límites y sacrificios a los impulsos y en la que uno es visto con otros aspectos no tan controlables. Muchos adolescentes expresan sentirse cortados al expresarse en directo y, en cambio, chatean con mucha facilidad.

A continuación presentaré los casos de dos chicas muy contrapuestas en el uso que hacen del Messenger.

A la primera la llamaremos Laura. Tiene 14 años y recientemente está volviendo a faltar a la escuela. Vino derivada la pasada primavera por el servicio de urgencias de un gran hospital con el diagnóstico de depresión con amenaza de autólisis, a raíz de una discusión con los padres en los que pide que la madre le tiña los cabellos cuando ésta llega por la noche después del trabajo. La madre cede, pero el resultado no le gusta a la chica, y exige que se lo repita. Delante de la negativa de la madre, amenaza con tirarse por el balcón. Todo eso pasó poco tiempo después de que se iniciase sexualmente con un chico y que llegase a pensar que se había quedado embarazada y que, en este supuesto, él se desentendería.

Desde mi punto de vista, se trata de una chica que sufre un trastorno límite de personalidad por la dificultad para pensar, la impulsividad, la tendencia a actuar de manera inmediata y la importante negación y disociación de los afectos alternada con momentos en los que también puede conectar con el sufrimiento que siente por no ir a la escuela, no tener unos horarios y frente a su tendencia a la actuación que, entre otras cosas, la lleva a

precipitarse en la relación con los chicos sintiéndose luego poco correspondida por ellos. Se explora la posibilidad de un abordaje psicoterapéutico y que los padres sean orientados por otro profesional del equipo, al tiempo que se indica una medicación. Se prevé también la posibilidad de abordaje en Hospital de Día. En este período exploratorio se pone de manifiesto el desbordamiento de los padres, que se ven incapaces de contenerla.

Es hija única y el padre es quien se ha cuidado más de ella, ya que la madre siempre ha trabajado hasta tarde; se trata de un hombre que siempre ha tenido dificultad para ponerle límites y que pierde los estribos con facilidad frente al carácter hostil, verbalmente agresivo y desafiante de su hija. La madre es una figura más próxima en cuanto a complicidad y diálogo, aunque tiende a aliarse con la chica y se muestra en desacuerdo con el padre. Laura sentía por aquel entonces del inicio de la consulta que por lo poco que quedaba de curso no valía la pena volver a la escuela, ya que había suspendido y esperaba repetir en un lugar nuevo, junto a su amiga inseparable. También le costaba levantarse por las mañanas, tanto por su descontrol horario –se conectaba a Internet hasta muy tarde– como por la medicación que tomaba.

En septiembre organizamos un tratamiento psicoterapéutico semanal. En casa seguían las situaciones extremas, ya que la chica no toleraba ninguna frustración. Solía exigir cosas como que la llevaran fuera de Barcelona a ver a su novio, que la dejaran dormir con él en casa, o, ponerse a chatear de madrugada. En una ocasión el padre se opuso y la chica le insultó de tal manera que él la cogió por los hombros para tratar de parar sus increpaciones, entonces la chica se puso a gritar como si le hubiese pegado con unos chillidos que despertaron a la madre que trató, como pudo, de calmar la situación.

Esta chica tiene muchas dificultades para contener la ansiedad, tolerar cualquier límite o frustración, y no está pudiendo seguir el ritmo de la nueva escuela, a pesar de que en la misma intentan ayudarla; ella misma no sabe si quiere volver al colegio anterior. La falta de relación con unos objetos sólidos y contenedores, al tener unos padres tan desbordados, así como la confusión y la dificultad para adquirir una autonomía adecuada

a la edad la han llevado a lanzarse a conductas de riesgo de tipo sexual y actitudes desafiantes ante los adultos, padres y/o profesores, como si ésta fuera la auténtica independencia. Durante los dos trimestres del curso anterior en que no fue a la escuela se acostumbró a dormir, chatear y salir con los amigos de la calle, de los cuales habla de manera idealizada: “La calle está llena de gente que ni estudia ni trabaja y no les pasa nada”. Considera normal su situación y exige que no la obliguen a ir a la escuela y la dejen estar en casa con sus cosas y sus hábitos: dormir, chatear, modificar fotos, enviarlas, salir con los amigos, sobre todo chicos, a pesar de que estos “le fallan” a menudo... hasta que cumpla los 16 en que ya trabajará. Con los chicos tiene una relación muy fluctuante, que tiende a la promiscuidad. Fuma tabaco y también consume algunos porros. No puede con las cosas de su edad y se lanza a hacer cosas de más mayor en un ambiente de amigos y relaciones que considera que es el único que existe. El chat es la búsqueda desesperada de alguien que la pueda satisfacer, que pueda estar por ella de manera inmediata, una compañía omnipresente, ni que sea superficial, que no la censure, que le permita sumergirse en un mundo irreal y compensatorio, en un momento en el que no sabe como quiere ser ni hacia donde ir, sintiéndose con pocos recursos.

A la otra chica la llamaremos Judith: tiene 15 años y el motivo de consulta ha sido por ataques de ansiedad y mareos a lo largo del verano después de un curso –3º de ESO– que le ha costado mucho, pero que ha acabado bien. Refiere también que hace unos meses murió su bisabuelo mientras estaba solo con ella y que cuando se acabó el curso se lesionó la rodilla jugando a baloncesto. Eso alteró los planes de las vacaciones por lo que ha tenido que estar todo el verano en casa. La chica se describe a sí misma como intransigente, ya que si no le gusta una cosa, no lo puede disimular, lo tiene que decir y de forma drástica. A pesar de lo cual, es una chica esforzada que se vuelca hacia los otros, ya sean familia o amigos. Tiene un hermano de 19 años con el cual se entiende bien. Refiere que el verano ha sido muy duro porque no pudieron ir de vacaciones a la playa debido a su lesión y por cuestiones económicas de los padres. No podía salir con los amigos por lo que manifiesta que tuvo suerte al con-

tar con el Messenger, ya que con el portátil encima de la cama podía estar conectada con los compañeros, que a principios de verano la iban a ver, pero después se dispersaron por aquí y por allá. Chateaba tanto que incluso sufrió una contractura en el cuello.

Los padres son también personas ansiosas que expresan de forma honesta su tendencia a vivir las cosas con un exceso de temores. Asimismo, son personas sensibles y preocupadas por los hijos. Refieren que están pasando un momento económicamente difícil que influye en la desazón de todos ellos.

La sintomatología ansiosa ha remitido a lo largo de las entrevistas exploratorias, por lo cual concretamos un trabajo de seguimiento con la chica para ayudarla en la intransigencia que presenta y para que pueda centrarse más en ella misma. En la actualidad se conecta al Messenger los fines de semana y diariamente tan solo media hora, cuando ya ha acabado de estudiar.

Aún no existe en el DSM-IV un apartado que hable de las adicciones conductuales, pero se considera que pronto lo habrá. Hay quien habla de trastorno del control de los impulsos y otros son partidarios de considerarlo como una adicción. También merece la pena hacerse la siguiente pregunta: los internautas tienen problemas porque se conectan más o se conectan más porque tienen problemas?

Estamos evolucionando de la sociedad de la información a la de la conversación, más afectiva y femenina. La dedicación a Internet puede ser excesiva porque se adapta a las necesidades de comunicación actuales y porque no se trata de estar excluido de la dinámica social. El chat con amigos o desconocidos y los juegos de rol son los que generan más riesgo de adicción.

Se hace necesario diferenciar entre el uso exclusivo, el uso abusivo, el uso compulsivo y el uso que implica dependencia de Internet.

Querría mencionar el último libro del Dr. Joan Coderch, *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*, que en el capítulo sobre narcisismo y sociedad habla de las personalidades inconscientes de tipo infantil, intolerantes a la espera, que exigen gratificación inmediata de necesidades y de pseudonecesidades, con la boca siempre abierta para ingerir todo tipo de bienes de consumo,

drogas y todo aquello que da satisfacción, con un alto nivel de demanda hacia los otros y hacia la sociedad, entendida como omnipotente y que les tiene que dar todo sin tener en cuenta el que también se espera de ellos. Estiman los productos del objeto –lo que es satisfactorio y deseable– y rechazan el reconocimiento y la dependencia del objeto.

Considera que la característica más notable de nuestra sociedad es la tendencia a negar la ansiedad de separación y la espera cuando la ausencia del objeto necesitado es el que pone en funcionamiento el pensamiento y, en concreto, el pensamiento reflexivo sobre la propia emocionalidad. Considera que son muchos los mecanismos dirigidos a anular las ansiedades de separación y unos de ellos son los actuales instrumentos técnicos –televisión, teléfonos móviles, Internet, medios de comunicación, etc.–, que permiten tener siempre a mano una realidad virtual que no se hace esperar. Por eso se ha extendido el fenómeno de adicción en adolescentes y adultos a consumir largas horas chateando por Internet, medio en el que los límites desaparecen, las fronteras se borran, la realidad externa pierde fuerza y se hace innecesaria. Se buscan caminos para evitarla y renunciar a ella. Es posible mantener relaciones con desconocidos de todo el mundo, sin necesidad de establecer contacto con los vecinos o los compañeros, que exigirían una correspondencia.

Sigue diciendo que la realidad es la enemiga mortal del narcisismo, ya que hunde las fantasías de omnipotencia y subraya la dependencia, ya que pone de relieve los límites propios y la necesidad del objeto, de los otros.

Y, por último, el caso de Carol, una chica de 15 años que refiere que no quiere comer y que los compañeros de clase la llaman gorda. Mide 1,64 m y pesa 60 kg. Se ha adelgazado 6 kilos en un mes. De su cuerpo no le gusta nada. En cuanto al carácter, a veces se gusta y a veces no cuando contesta con malas maneras, como cuando está en el ordenador y su padre le dice que lo deje, sin que pueda despedirse de los amigos. Ha acabado mal 2º de ESO: se ha presentado a los exámenes de suficiencia, pero cree que repetirá curso. Estudia memorizando porque algunas cosas no las entiende aunque después se le olvidan. Tiene una

perra pequeña y a veces acompaña a su madre cuando la pasea; no quiere ir al gimnasio: antes iba con la madre, pero ésta se ha borrado. Sale con un grupo de chicas al que, en ocasiones, se añade un chico. Van a pasear o al cine. Como aficiones le gusta ver la televisión, el ordenador, escuchar música y la natación, si bien sólo la practicó de los 6 a los 7 años.

En la entrevista con los padres, ellos dicen que a menudo está en Internet en páginas como una que se llama "Vota mi cuerpo", en que chicos y chicas envían sus fotos y toda España vota. Siempre ha sido una niña rara, maniática, llena de complejos. De pequeña hacía pataletas por todo, decía que la gente, en la calle o en el metro la miraban a los ojos. No cena con los padres porque está en el ordenador y no hay quien la saque, se ríe de ellos. No saben qué hacer. Es cruel, despectiva y arisca con ellos desde que era pequeña, como si no los necesitase.

Carol es una chica bastante inmadura en todos los aspectos, que no ha tolerado nunca los límites ni la dependencia que le permitiese obtener una seguridad ante los temores que sufría. Los padres han sido figuras débiles que no han sabido contenerla a ningún nivel: primero optaron por estar mucho encima en todo y, desde la adolescencia, la han dejado estar porque no podían con ella. Carol tiene dificultades para pensar y asimilar los contenidos escolares que pretende aprender de memoria. Se aleja de los padres con menosprecio, haciendo ver que no los necesita y buscando desesperadamente compañeros en la red con los cuales intercambiar fotos. Al no sentirse bien con su cuerpo ni con su carácter, busca en el Messenger y en los blogs una salida a su insatisfacción, una validación y orientación de cómo tiene que ser, pero basada en su aspecto externo.

Nos encontramos con un nuevo desafío en la clínica. Hay quien describe el ordenador como un objeto transicional entre el yo y el no-yo, por la extrema vinculación que se puede llegar a tener y por la sustitución de la realidad externa que puede comportar.

En los casos clínicos que he presentado, se observa en tres de ellos que se trata de hijos únicos y que por tanto no tienen la posibilidad de compartir con hermanos; eso puede generar más expectativas de los padres concentradas en este único hijo.

Pero también podemos pensar en padres que se han conformado con un solo hijo por alguna razón, quizá por una disposición o un deseo limitados, o bien por una conciencia realista de sus propios recursos y límites ante una tarea tan exigente y compleja como es la de educar y hacer crecer a un hijo.

De hecho, podríamos decir que en cada época han habido cosas del mundo externo que han influido o han estado presentes en la clínica, desde la irrupción de la estética manga, los dibujos de *Bola de Dragón*, la profusión de canales de televisión, programas de gran audiencia como *Gran hermano*, los *tagamochis...*, pero Internet tiene un potencial grandioso, tanto para lo positivo como para lo negativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALAGUER, R. (2005): *El chat y el Messenger: instrumentos de entrenamiento en comunicación para tiempos de incertidumbre y baja atención*. Disponible en <http://cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=209>

CASTELLANA, M. y OTROS (URL) (2007): "El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: Internet, móvil y videojuegos", *Papeles del Psicólogo*, 2007, vuelo. 28 (3), pp. 196-204.

CODERCH, J. (2006): *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*. Barcelona, Herder.

JULBE, J. M. (2004): *Internet y psicoanálisis contemporáneo: una nueva forma de comunicación y escucha*. Disponible en <http://cibersociedad.net/archivo/articulo.php?art=197>

TALARN, A. (2007) (comp.): *Globalización y salud mental*. Barcelona, Herder.

CUIDAR A LOS CUIDADORES. TRABAJO CON UN GRUPO DE CUIDADORES DE HOGARES PARA ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL Y TRASTORNO MENTAL SEVERO

Maria Ignacio Roca* y Albert Montaner Galo**

Resumen: Este trabajo propone una reflexión de la tarea asistencial del equipo de cuidadores del Servicio de Vivienda de una entidad que atiende globalmente a personas con discapacidad intelectual. Describe el proceso del equipo, mediante un grupo de trabajo conducido por una profesional externa a la institución, desde una posición inicial donde ofrecen una respuesta entusiasta a los residentes que en común comparten la dificultad de vivir fuera del núcleo familiar y las características específicas de esta población, a una fase final donde el equipo entiende más el grupo que atender y se acerca con más realismo a sus necesidades y limitaciones.

SOBRE LA INSTITUCIÓN

Este trabajo se ha realizado desde una entidad de ámbito comarcal, situada en el Vallès Oriental (Barcelona). En el año 1992 se creó una fundación proveniente de una asociación de padres de personas con discapacidad, que hace más de 35 años constituyó un centro de pedagogía terapéutica. La Fundación consta de la Escuela, la Residencia y Centro de Día y el Taller

* Psicoterapeuta. Presidente de la ACPP Miembro de la FETB

** Psicólogo Clínico (PIR). Miembro de la FETB

que gestiona el Servicio de Vivienda. En conjunto comprende aproximadamente 560 personas atendidas y 260 profesionales.

El Servicio de Vivienda acoge a 45 personas en cuatro hogares semiasistidos y otro más con apoyo para tres personas que trabajan de forma tutelada como jardineros en diferentes municipios del Vallès. Además de la reciente apertura de un hogar para personas con necesidades específicas asistenciales derivadas del deterioro por enfermedad o envejecimiento. El equipo de atención directa es actualmente de 20 cuidadores más el coordinador que hasta ahora ha hecho también funciones de cuidador. El equipo técnico es pluridisciplinar formado por psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos y una enfermera. Colaboran también gerencia, gestión, administración, mantenimiento, limpieza y cocina.

INTRODUCCIÓN Y ANÁLISIS DE LA DEMANDA

A menudo cuando se habla de instituciones se afirma que la preservación de espacios para pensar se descuida y los profesionales lo sufren. Se añade que uno de los peligros de las instituciones es, mediante ansiedades que llevan al desánimo, llegar a hacer una distinción donde la dirección representa el control y los profesionales defienden la libertad de acción. Son momentos en que la vivencia de los miembros de las instituciones está escindida y se siente amenazada que utilizando la teoría de Melanie Klein denominaríamos posición esquizo-paranoide.

En esta institución se posibilitó un modelo más favorecedor de pensamiento donde se potenciase conectar con la realidad frente las dificultades. Buscando entender los límites de la misma institución y ofrecer los recursos disponibles en función de la necesidad de los usuarios y no a la inversa. Se valoraba que la mejor herramienta que podíamos dar al equipo de atención directa era la comprensión, aprovechando un cambio en las condiciones laborales del equipo de los hogares incluimos en la actividad laboral de los cuidadores diferentes *espacios para pensar* con miembros del equipo técnico. Así pues, en estas reuniones con la dirección, psicólogas, o bien coordinador, se

pretendía analizar, trabajar, tratar y repensar, con objetivos diferenciados, las necesidades del Servicio.

Como coordinador y cuidador al mismo tiempo, estaba presente en todas las reuniones y las valoraba de forma positiva. Pero cuando me reunía con el equipo de cuidadores, sentía que en los otros espacios de trabajo no hablaban de las experiencias que los hacía sufrir y las proyectaban hacia mí en forma de queja o descarga. Salía de las reuniones sobrecargado. Supongo que mi función de contención permitía seguir trabajando pero me percataba que no era suficiente. Después de hablarlo con el equipo de técnicos y repitiéndose esta dinámica ya más de dos años sin conseguir nuevas formas más elaborativas nos pareció que quizá sería necesario crear un espacio más específico con la presencia de un profesional externo. Su objetivo sería de trabajar con los cuidadores las experiencias emocionales que sufrían y no podían elaborar en las reuniones, valorábamos las posibilidades de enriquecimiento y salud mental que podía proporcionar esta experiencia grupal.

La tarea de cuidar a personas con discapacidad intelectual implica dedicar atención e interés, además de asistir a residentes que a veces no lo desean o lo rehusan, no hablan y estas actitudes comportan una exigencia extrema. El inicio de su vida al hogar es vivida con un duelo difícil de elaborar ya que en estas personas la falta de simbolización las lleva a sentir experiencias masivas, donde el paso al hogar es equivalente a un abandono. Pudiéndose observar momentos en que este malestar extremo se manifestaba en conductas regresivas o psicósomáticas importantes.

La no consecución de objetivos en este ámbito de trabajo es a menudo una situación muy común, que genera mucha frustración. No debemos olvidar que atendemos la parte de la población que representa la deficiencia y el deterioro, y por tanto, nuestro objetivo es potenciar al máximo su calidad de vida. Además, si tenemos en cuenta que tanto el residente como el cuidador se quejan de un problema sin entender que ellos forman parte del mismo, se hace necesario buscar un espacio donde digerir y elaborar la infinidad de vivencias que se dan en los hogares, que hay que entender y dar sentido para continuar cuidando de la mejor manera.

FANTASÍAS Y PROYECTO DE LOS PARTICIPANTES

Cuando propuse a la institución este trabajo con un profesional externo tenía en mente la dificultad de entendimiento que a veces se daba entre el equipo técnico y el equipo de cuidadores. En esta función puente entre unos y otros, sentía que acababa muy cansado y que no encontrábamos respuesta para que el grupo como tal, pudiese caminar hacia pensar mejor las experiencias y no sentir tanto malestar y queja.

En nuestro ámbito de actuación se empezaba a hablar de “Síndrome del Quemado”, relacionándolo con la soledad del cuidador y la carencia de una contención adecuada en las instituciones. Esta experiencia haría la función de prevenir y/o tratar estos efectos muy relacionados con las organizaciones calientes como la nuestra, cuya función es ayudar y acompañar en el sufrimiento, siendo la vinculación y la comprensión las herramientas principales de trabajo.

Entiendo que esta experiencia era más mi fantasía de ser ayudados que el deseo explícito de los cuidadores, a los que cuando se les comunicó ellos aceptaron, seguramente por confianza, y a la vez estimulándoles el hecho de que se proponía como conductor de grupo una persona externa a la institución. Tuve muy en cuenta no crear expectativas exageradas, queriendo preservar así la creación de un grupo de trabajo, evitando estimular desde el inicio un grupo que funcionara en supuesto básico mesiánico o dependencia, en términos de la teoría Bioniana.

FANTASÍAS Y PROYECTO DE LA CONDUCTORA

Al recibir el encargo me planteé cómo era esta tarea de cuidador. Mi experiencia durante años trabajando con pacientes con muchas dificultades y también de supervisar maestros de escuela especial me daban una visión de las necesidades tan particulares de estas personas con déficits importantes. Su ritmo, cómo las cosas se deben explicar, sencillas y constantes; las dificultades delante de los cambios... Me llevaban a pensar cómo un grupo de cuidadores, gente joven y activa, debía adecuarse a una forma de vivir tan diferente a la suya.

También pensé en el deterioro, a veces prematuro, de las personas con déficits, las dependencias, las incomprensiones por la dificultad que tienen tantas veces de explicarnos lo que quieren, o lo que les está pasando. Las excesivas protecciones que reciben y que muchas veces estimulan, los celos primitivos y rivalidades, así como las críticas a las familias.

¿Qué debía ser un hogar? Pensé que para muchos de ellos, era una nueva casa para el resto de su vida, con compañeros de hogar que serían su nueva familia ya que la propia seguramente iba distanciándose o perdiéndose (muerte de los padres).

¿Qué esperaban del trabajo grupal los cuidadores? Entendía que el objetivo no era de grupo terapéutico, sino el de ayudar a esclarecer las problemáticas que se irían planteando, conteniendo y diferenciando para mostrar los momentos en los que el grupo no podría pensar realizando actuaciones que no permitiesen su elaboración.

APROXIMACIÓN TEÓRICA

La idea inicial fue de pensar en un grupo Balint, donde los participantes pudiesen plantear su tarea y llevarla a reflexión y discusión. Si bien, desde la primera sesión, el funcionamiento de grupo se dirigió hacia la idea de Bion de grupo de trabajo.

Las situaciones creadas estaban cargadas de emoción y, estas emociones eran, en mi opinión –sin que los participantes tuviesen mucha conciencia– vividas por todos los miembros del grupo, los cuales se expresaban con una gran sinceridad y motivación por la tarea.

En muchos momentos, el grupo parecía funcionar como una unidad, un todo, encontrándome llevándolos a observar y a observarse, de manera que los hechos que iban discutiendo adquirirían nuevos significados.

Me fui planteando el concepto de “mentalidad grupal”, o sea la actividad mental colectiva donde podían hacerse nuevas hipótesis a partir de la visión de la experiencia y, por lo tanto, ir adquiriendo nuevos significados a medida que la observación e investigación continuaba. Aparecían los conflictos y contradicciones de forma inconsciente. De esta manera el grupo fue

moviéndose también por diferentes supuestos básicos, permitiendo así poder comprender mejor los fenómenos emocionales que se daban.

Repasaré brevemente el concepto de “supuestos básicos”: Éstos están configurados por emociones intensas de origen primitivo, consideradas básicas precisamente por este motivo. Su existencia determina la organización que el grupo adopta y el modo con el que afronta la tarea, por lo tanto, el grupo va mostrando evidencias de los supuestos básicos subyacentes o del que está activo en cada momento; expresando así como fantasías grupales, de tipo omnipotente y mágico, para poder obtener unos fines o satisfacer deseos. Son impulsos inconscientes que tienen fuerza e idea de realidad. Diríamos que cuando el grupo funciona bajo un supuesto básico es opuesto a cuando el grupo funciona según una estructura de “grupo de trabajo”.

Bion define tres supuestos básicos:

Supuesto básico de dependencia: Reunido porque alguien da al grupo la satisfacción de todas las necesidades.

Supuesto básico de ataque y fuga: Convicción de que hay un enemigo al que hay que atacar y huir de él.

Supuesto básico de apareamiento: Creencia colectiva de que las necesidades del grupo las resolverá un hecho futuro o un ser no nacido (Mesiánico).

Por lo tanto, son fantasías omnipotentes acerca de cómo se resolverán los conflictos. En el material podremos observar momentos en los que el grupo se mueve desde grupo de trabajo, con capacidad de cooperación y esfuerzo, a grupo de supuestos básicos.

La revisión del modelo transferencial de Grupo Balint muestra también mucha afinidad con las características del trabajo grupal realizado con los cuidadores, se tuvo muy en cuenta un riesgo notable y continuamente presente que es que el grupo pase a ser un grupo terapéutico en el que los participantes vean al conductor como un terapeuta al que consultan por los problemas de sus usuarios y los propios.

La similitudes observadas con el grupo Balint fueron:

- La relación médico-paciente, es aquí cuidador-residente.

- El objetivo de trabajo es, también en un contexto grupal, analizar los aspectos conscientes e inconscientes presentes en las *situaciones asistenciales* habituales, que por algún motivo (conocido o desconocido) resultan conflictivas para el ejercicio profesional.
- La personalidad del cuidador y la relación cuidador-residente son fundamentales en la tarea asistencial.
- Sobre el encuadre laboral coincide plenamente cuando pretende crear un espacio donde el cuidador pueda expresar sentimientos e interrogantes de su práctica asistencial y, a la vez, sentirse en una atmósfera comprensiva, crítica y solidaria con ellos.

El análisis partiendo de este modelo sería muy sugerente, si bien, pensamos que no es el objetivo de este trabajo y, por lo tanto, hemos querido exponer brevemente los aspectos nucleares de esta experiencia.

EVOLUCIÓN DE LA EXPERIENCIA

6.1 Encuadre

El marco del grupo fue de frecuencia mensual, realizado siempre en la misma sala en un espacio de la institución y no de los hogares, con una duración de una hora y cuarto. En dos períodos de un año y medio, con un año de interrupción entre ellos.

La primera experiencia fue desde febrero de 2001 hasta junio de 2002, los cuidadores fueron siempre los mismos, excepto la marcha de una de las cuidadoras, a finales del año 2001.

La continuación de la experiencia se realizó de marzo de 2003 hasta junio de 2004, este período se caracterizó por diferentes relieves, muchos de los que habían participado en el primero iban situándose en su proyecto laboral y personal. El trabajo en festivos y horario nocturno que requieren los hogares, exige un perfil profesional de persona joven con una formación en educación social o cursando una formación más amplia, como psicología, trabajo social o formación postgraduada que se inicia en el mundo del trabajo con esta experiencia entre dos

y cinco años de duración. El número de mujeres era muy superior al de hombres, diez y tres respectivamente.

PRIMER GRUPO

Asistieron todos los cuidadores animados y dispuestos a mostrar la labor que hacían tanto en los días laborables como en el fin de semana, que es cuando pasaban más horas juntos. Como conductora de grupo me resultó un poco difícil distinguir un hogar de otro, era importante para mí no preguntar demasiado y que ellos libremente fueran explicando, pidiendo de vez en cuando alguna información complementaria.

Fue en la segunda sesión donde una de las cuidadoras de fin de semana afirmó “el exceso de empatía que tenía con los usuarios y como le dolía cuando a veces tenían problemas para que les dejasen entrar en las discotecas”.

Este comentario nos llevó a que pudieran ampliar entre todos lo que hacían durante el tiempo libre, tanto entre semana –que explicaban que algunos usuarios salían a comprar, a dar una vuelta o a tomar un cortado– como en el fin de semana, que planificaban excursiones largas en furgoneta o las ya mencionadas idas de discoteca, salas de baile o espectáculos de calle. Me hicieron sentir que me querían mostrar con entusiasmo, un amplio abanico de experiencias de vida que los cuidadores en gran medida ofrecían a los usuarios.

Fue en los pequeños comentarios –como que un usuario en estos trayectos largos se dormía o, por ejemplo, otro usuario que lo debían animar mucho para ir a la discoteca porque según los cuidadores éste no haría nada– que pudimos ir diferenciando en el grupo que a veces había muchas más ganas de estimularlos que el propio entendimiento de las limitaciones y sus necesidades reales. Fueron los mismos miembros del grupo, especialmente los que estaban con ellos entre semana que pudieron ayudar a pensar como algunos de los residentes necesitaban ir poco a poco, tenían más dificultades de las que parecía y como muchas veces seguían actividades para complacer a los monitores más que porque ellos las deseaban. Este descubrimiento, aparentemente tan sencillo en un primer momen-

to, inquietó al grupo de cuidadores pero se resolvió con mucha valentía y confianza y, sobretodo sinceridad, que les permitió asociar diferentes situaciones que ellos habían observado y que les había producido incomodidad.

De estas primeras sesiones, donde los cuidadores estaban tan contentos de la independencia y gran dinámica del grupo, iban surgiendo observaciones y dudas ante diferentes situaciones. Por ejemplo, la asistencia de los usuarios a la boda de un cuidador los llevó a recapacitar que la actuación fuera de lugar de una residente, ahora la podían entender mejor como momentos intensos de celos. También como situaciones que en un principio se habían considerado muy vivificantes y normalizadas acababan siendo excesivamente excitantes y generadoras de conflicto. Esta nueva dimensión llevó al grupo a debatir qué hacer pues, ¿se les debía dejar encerrados en casa? ¿Cómo encontrar la medida? El grupo iba entendiendo el gran valor que tenía el observar qué necesitaban los usuarios, pasando de un registro más maníaco a una posición más realista y depresiva.

En posteriores sesiones, y fruto de esta observación, los cuidadores debatieron largamente sobre la necesidad de un espacio donde los usuarios pudiesen tener relaciones sexuales dado que las habitaciones eran dobles, por parejas del mismo sexo. Entendían que éste no era el problema, sino el cómo ayudar a encontrar la dimensión emocional que quizá desde fuera parecía que requería un espacio de relaciones sexuales pero cuando lo fuimos entendiendo desde dentro, dolorosamente, se fue captando el mimetismo del apareamiento y el efecto descarga que algunos usuarios querían conducir hacia este tipo de relaciones sin que hubiese un verdadero deseo de formar pareja. Ahora comprendían más los cuidadores las conductas de imitación, producto de compartir con sus cuidadores “ídolos” experiencias personales como eran las bodas, y como “integraban como si” esta experiencia en su vida cotidiana.

Cuando quedaban dos sesiones para finalizar el tiempo proyectado, los monitores de días laborales aportaron al grupo la preocupación de cómo actuar en momentos en que se presentaban urgencias. En el grupo surgió una reflexión amplia sobre el qué hacer, por un lado mostraban la impresión que aguantaban de-

masiado y, por el otro, que no tenían unos puntos claves de saber qué hacer en momentos de crisis, descompensaciones fruto de ansiedades masivas. También surgía la queja del rol que jugaban sus familias y cuál debía ser la responsabilidad de la institución.

Me pareció que no solamente en estas últimas sesiones aparecía la ansiedad de qué hacer ante los momentos de crisis sino que también el qué hacer ante el final de esta experiencia. Verbalicé que probablemente lo que más los podía ayudar era si imaginábamos a una madre delante de su niño, intentando no asustarse, pudiendo evaluar la gravedad de la situación. El grupo trabajó para comprender mejor sus posibilidades y limitaciones intentando diferenciar cual debía su función.

Fueron en estas experiencias intensas donde en el grupo se daba una oscilación pasando de funcionar de supuesto básico a hacer el esfuerzo de acercarse a las incertidumbres y desazones inherentes a la tarea de atender a personas con discapacidades importantes, con poco lenguaje y ansiedades muy primitivas, rodeadas de familias con carencias, incluso, muchos de ellos ya huérfanos y/o con referentes familiares casi inexistentes.

Todo eso sirvió en el grupo para ponerse en contacto con la dureza y sufrimiento de su labor, a la vez que entendían que no podían culpabilizar a las familias si no hacerse cargo de las situaciones y ayudar a las personas del hogar a poder preservar, tan presentes y vivas en su mente como pudiesen, a sus familias, frente al sufrimiento de abandono que tantas veces surgía. Las ideas que salieron entre los cuidadores fueran de favorecer experiencias nuevas y creativas hechas a medida, para mantener ilusionados a los miembros del hogar en este nuevo espacio de vida.

El grupo de cuidadores de entre semana tenía estos aspectos más estructurados, había una organización externa más contenedora y pautaada, con tareas, hábitos y ocio que facilitaban el día a día en el hogar. Además los usuarios trabajan entre semana donde también se posibilitaba una estructura estable y contenedora. Era en los días festivos cuando los cuidadores quedaban como representantes de atender según algunos usuarios a los más "abandonados", las pautas de entre semana no servían demasiado durante los días de fiesta, para los usuarios los cuidadores del día a día eran los referentes y todo lo que

pasaba el fin de semana era transmitido, para bien o para mal, a su monitor el lunes.

El grupo permitió, al ponerlo en común, entender más la realidad cambiante de los usuarios y las actividades que se iban proponiendo tenían finalidades profundas, no sólo la de llenar el tiempo sino calmar las ansiedades catastróficas que los individuos sufren cuando se sienten abandonados.

En estas cuestiones finalizó la primera etapa, con la incertidumbre de saber si más adelante esta experiencia podría continuar.

SEGUNDO GRUPO

Nos reencontramos al cabo de un año y vi al grupo mucho más serio, con caras nuevas y con dificultad de comenzar a hablar. Me interesé por dos usuarios que cuando nos despedimos estaban en proceso diagnóstico, en mi opinión, iniciando un camino de deterioro.

Llegó al grupo por aquel entonces una de las cuidadoras de fin de semana más puntual desde el inicio de los hogares y pidió espacio para poder comunicar al grupo que dejaba el hogar. Explicando su nuevo trabajo y también con pena narrando su cansancio a lo largo de estos años. Lo expresó con inquietud pero el grupo se puso a trabajar hablando de la importancia de que se pueda hacer una buen despedida en la que se pudiera recordar todos los años y los momentos de relación compartidos juntos. La conductora percibió el riesgo de no conectar con un buen final de la experiencia proyectando en el usuario un duelo excesivo. Intervino en el grupo intentando mirarlo desde el punto de vista de los usuarios, sugiriendo que quizá los cuidadores pudieran sentir que los dejaban cuando marchaban, en cambio, ellos se quedaban en casa, en un lugar donde habían ido invistiendo, sintiendo confort, cuidado y compañía.

Todos estos hechos me hicieron pensar en un modelo de atención cambiante pasando de unos monitores animados a ofrecer estímulos y nuevas vivencias que hacían hacer a unas personas como si fuesen jóvenes: saliendo de noche, haciendo excursiones maratonianas... a un modelo de atención de cui-

dadores para personas más envejecidas, acompañándoles con pérdidas y deterioros de diferentes tipos.

La intervención de una de las cuidadoras expresando que costaba mirar a los ojos a una residente nos hacía pensar como paradigma de la dificultad para aceptar este cambio de modelo y realidad.

Ya en esta primera sesión se dibujaba el trabajo a hacer en esta etapa, donde se hacía necesario ayudar a salir del desánimo y posicionarse en esta realidad diferente, sin embargo, con la posibilidad de nuevas ideas y enriquecimiento.

En una próxima sesión, donde pesaba mucho la marcha de la cuidadora que llevaba mucho tiempo en el hogar, apareció por parte de otra miembro el desánimo expresando que no se podía salir, ¡todo eran tropiezos! Cuando lo hacían sólo recibían quejas por parte de los usuarios.

A pesar de todo, el equipo comenzó a valorar más las actividades hechas en el hogar, como celebraciones, fiestas de días señalados hasta ahora realizados fuera, que los residentes no se querían perder, por ejemplo, todas las relacionadas con la cocina. Éste era el espacio más significativo del hogar y el representante de una casa rica que ofrecía cosas buenas.

La intervención de una nueva monitora explicando cómo se sorprendía de la capacidad de los residentes a ayudarla a situarse y colaborar con ella dentro del hogar, fue abriendo la ventana hacia un espacio con más capacidad de calmar, dando sentido al nuevo estilo de trabajo iniciado por los cuidadores con tantas dudas, viéndolo a momentos como función sustitutoria y, por lo tanto, precaria. La reflexión de esta nueva cuidadora los ayudó a afianzarse en este nuevo modelo, de introducir juegos, cartas, pero sobre todo, fueron valorando las pequeñas cosas que convertían más el espacio del hogar más acogedor, investido ahora de sentido por él mismo.

Posteriormente, el grupo tuvo que trabajar duro para contener el espanto ante las enfermedades graves que después de ingresos a unidades psiquiátricas, derivaron a ser atendidos en centros especializados.

En las últimas sesiones también hubo un punto técnico que me pareció que había que variar ya que en cada una de és-

tas había cambiado algún miembro del equipo. Destaqué cómo iban cambiando las caras de los profesionales con lo que representa por un lado un hogar renovado y por el otro el duelo y la pérdida de los cuidadores y también de los usuarios, ya que en estos momentos, el grupo sufría el deterioro de un residente con alzheimer muy avanzado.

Continuamos trabajando con este doble sentimiento digiriendo lo que perdíamos y encontrando nuevas alternativas. Y no olvidando la necesidad de hacer sentir al usuario que a pesar de los cambios continuados el hogar no era un lugar de paso sino una casa donde eran cuidados. Especialmente pronto, en que un nuevo hogar se pondría en marcha para ofrecer una respuesta asistencial más adaptada a las necesidades específicas de las personas que se iban deteriorando, en los últimos años, un hogar para personas de tercera edad..

Había que hacer un esfuerzo en el grupo sin embargo, de no poner excesivas expectativas en la nueva vivienda y rehacer el día a día, recuperando así los aspectos estimulantes. Se volvió a hablar de relaciones sexuales, pero esta vez con una pareja que querían convivir juntos, teniendo una habitación por ellos solos, a la vez que también se planteaba la entrada de nuevos usuarios, más jóvenes, en un futuro, poco a poco, cuando el nuevo hogar fuera inaugurado.

En la última sesión el grupo planteó la tarea que tenían por delante, cohesionar el equipo y pensar en poner límites a las situaciones, habiendo aprendido de la experiencia anterior y con una mayor capacidad de hablarse entre ellos.

VALORACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Al revisar cómo inicialmente nos formulábamos las cosas, sobre todo aquellas que pasaban desapercibidas, cómo nos disparábamos delante de los conflictos y la atención grupal que hacíamos de los usuarios del hogar, anulando más las diferencias que atendíendolas; pienso en el recorrido de un Servicio de Vivienda que en la actualidad cuidaba mejor a sus residentes.

Sólo hemos hablado de algunos conflictos, dentro de los tantos y tantos acontecimientos que cabe pensar y tratar en el día a

día; con hechos importantes que ocasionaron un coste emocional elevado pero también una posibilidad de crecer y como fueron compartidos por todos desde diferentes niveles: la atención de una persona con enfermedad neuromuscular degenerativa, una persona con Síndrome de Down diagnosticada de Alzheimer, los brotes psicóticos recurrentes de dos personas con TMS que cursaban con agresiones y desbordaban las características del hogar para contenerlos, la atención de un chico *borderline* a nivel de personalidad, un señor, padre de familia que sufrió un aneurisma con secuelas importantes (impulsividad, labilidad emocional, agresividad, pérdida de memoria, desorientación...) y que ahora con éxito siente el hogar como su casa.

Todas estas personas pusieron a prueba nuestra capacidad de adaptarnos a sus necesidades asistenciales, generando cambios dentro del hogar y nuestra organización, y también provocaron la necesidad de buscar referentes que nos ayudasen, como este grupo, una experiencia que duró más de tres años, integrando y permitiendo que todas las opiniones y puntos de vista tuviesen validez sin que otras debiesen ser excluidas.

Finalmente para acabar esta valoración, recuerdo en un momento de cambios importantes sobre la organización de los espacios para pensar, uno de los participantes se posicionaba de forma parcial, otra compañera señaló que el trabajo del grupo de cuidadores *“nos había ayudado a valorar la aportación de cada uno de nosotros desde nuestra experiencia y, que entre todos participábamos en el puzzle, comprendiendo mejor la situación para afrontarla”*.

Si aceptamos que cada nuevo conflicto también nos ofrece una oportunidad de mejorar, hay que valorar esta experiencia como madurativa y posibilitadora de una mayor contención del equipo, convirtiendo la capacidad de esperar en una comprensión de nuestras posibilidades y nuestras limitaciones, continuando y complementando así la tarea iniciada por la misma institución cuando anteriormente introdujeron los espacios para pensar en la dinámica grupal con el objetivo de ampliar nuestra *comprensión*, en palabras de mi directora: *“la mayor herramienta con la que podemos dotar el equipo de cuidadores del Servicio de Vivienda”*.

BIBLIOGRAFÍA

BION, W.R. (1963). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires. Ed. Paidós.

IRAGÜEN, P., SALCEDO, V. (1995). *Los Grupos Balint: teoría y práctica*. JANO 6-12 Vol. XLIX, Núm. 1.138.

KLEIN, M. (1990). *Obras completas*. Ediciones Paidós Ibérica.

MELTZER, D., HARRIS, M. (1989). *El papel educativo de la familia*. Barcelona. Ed. Espaxs.

SALZBERGER-WITTENBERG, Y., HENRIO, G., OSBORNE, E.L. (1989). *La experiencia emocional de enseñar y aprender*. Colección Rosa Sensat, 37. Barcelona. Edicions 62.

SEGAL, H. (1993). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona. Ed. Paidós.

TIZON, J.L. (1993) *Los grupos de reflexión en atención primaria de salud I. Su origen*. Vol. 11, Núm. 6. Atención Primaria.

TIZON, J.L. (1993) *Los grupos de reflexión en la atención primaria de salud II. Algunos elementos teóricos*. Vol. 11, Núm. 7. Atención Primaria.50

RECENSION BIBLIOGRÁFICA

Joana M.^a Tous Quetglas



Normalidad, psicopatología y tratamiento en niños, adolescentes y familia

Compiladora: Eulàlia Torras de Beà

Lectio Ediciones, 2007, Págs. 381. Colección Eureka

Tal como su nombre indica, este volumen nos ofrece una amplia visión del trabajo desarrollado en la Fundación Eulàlia Torras de Beà (Institut de Psiquiatria i Psicologia del Nen i de l'Adolescent), describiéndonos de forma cuidadosa las bases teóricas sobre las que se fundamenta su práctica clínica, como conciben el trastorno evolutivo, así como las diferentes formas de abordarlo con la finalidad de modificar los factores que podrían llevar a una organización psicopatológica más estructurada.

El libro consta de 23 capítulos agrupados en siete grandes apartados de la siguiente manera: desarrollo histórico de la especialidad; factores biológicos y relacionales de la evolución; el diagnóstico desde la perspectiva psicodinámica; la normalidad desde el punto de vista psicológico del bebé, niño y adolescente; atención a los padres y su relación con el niño enfermo; el sexto apartado se ocupa de la psicopatología, y el séptimo apartado nos describe el amplio abanico de posibilidades terapéuticas. Ello nos da una idea de que se trata de una amplia obra ya que se ocupa de describir las vicisitudes de la evolución psicológica del niño desde su concepción y nacimiento, hasta abordar la conflictiva adolescente. Esta evolución es descrita como la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Todos los capítulos constan de una exposición teórica y una o varias viñetas clínicas. Las exposiciones teóricas resultan claras, de forma que los conceptos que se manejan no se limitan a definiciones que dan por sentado el conocimiento de dichos

conceptos, sino que éstos son descritos de manera cuidadosa de forma que resultan asequibles incluso para aquellos lectores no especializados.

Desde el primer al último capítulo, está presente la idea de que tanto los aspectos sanos como los patológicos se desarrollan dentro de una relación, y que las particularidades de dicha relación dependen de las características del individuo: factores biológicos, temperamento, fuerzas progresivas, tendencias regresivas y las condiciones del medio en que se desenvuelve; dependiendo de la edad vemos como este mundo externo se va modificando y ampliando. De forma muy precisa nos describen las vicisitudes de la primitiva relación con la madre que en los primeros meses de vida constituye “el mundo del bebé”, y como esta relación con el mundo externo va evolucionando e incluyendo progresivamente las funciones del grupo familiar, escolar y social. Vemos como estos elementos pueden interactuar generándose círculos benéficos que llevan a una evolución, no exenta de conflictos, pero satisfactoria que va desde la dependencia, el proceso de individualización, la autonomía y la socialización o, por el contrario, se organizan círculos viciosos que entorpecen la evolución y que están en la base de la psicopatología. Los autores, con gran sensibilidad, nos describen la fuerza de este proceso y, al mismo tiempo, vemos la fragilidad del mismo. Nos describen en todas las edades y ante muy diversas circunstancias (enfermedad, pérdidas, cambios) el constante equilibrio entre fuerzas progresivas y tendencias regresivas, Las intervenciones del profesional basadas en unas concepciones teóricas bien fundamentadas y complementadas con viñetas clínicas que resultan muy esclarecedoras, van encaminadas a fomentar la capacidad de contención del propio individuo y del ambiente en que se mueve, a fin de metabolizar las ansiedades desestabilizadoras del proceso evolutivo. En este sentido no se nos expone un modelo de funcionamiento o de salud, sino que el libro muestra como la ayuda psicológica consiste en favorecer la evolución en cada individuo o situación particular.

Creo interesante destacar que los autores nos describen como el diagnóstico consiste en la evaluación de las características de dicha interacción, de forma que no es siempre el in-

dividuo portador de los síntomas el que debe ser atendido en primer lugar o de forma exclusiva; en este sentido se incluyen capítulos con interesantes viñetas clínicas que nos muestran como interviniendo sobre el medio (padres, familia, escuela) se puede romper la dinámica conflictiva y reconducir el proceso evolutivo.

Después de describirnos todo el abanico del proceso evolutivo, los autores pasan a considerar aquellas situaciones que, ya por sí solas, representan una situación de alto riesgo que puede desestabilizar dicho proceso. En este sentido los capítulos 9 y 10 se ocupan del niño que enferma físicamente y necesita hospitalización, y del niño que vive una situación familiar traumática. Ambas situaciones muestran la necesidad de atender al niño y a los padres simultáneamente ya que son situaciones que afectan de forma muy directa a todos los que intervienen en la relación; en este sentido la contención de las ansiedades y las posibles actuaciones de los padres ante estas situaciones, son esenciales para restablecer y mantener, en lo posible, el equilibrio emocional.

Al describir la enfermedad se hace hincapié en que ésta constituye un episodio normal e inevitable a lo largo de la vida de todo niño, y como éste tiene que enfrentar el sufrimiento más o menos severo dependiendo de la gravedad del proceso. Especial atención merece la hospitalización, describiéndonos sus posibles efectos dependiendo la edad del niño, la duración de la misma y la gravedad del proceso. En toda enfermedad se produce en el niño una regresión acompañada, en muchas ocasiones, de actitudes de protesta, circunstancia considerada como positiva ya que muestra vivacidad y actitud de lucha.

Al referirse las situaciones traumáticas, los autores se ocupan de la separación de los padres; del maltrato, ya sea activo (abuso físico, sexual o emocional) o pasivo (abandono físico y emocional); y del niño con padres que sufren trastornos mentales.

El apartado de la psicopatología comprende una amplia revisión de la misma que se inicia con un capítulo muy actual dedicado a la prematuridad, en el que se estudian las principales causas del aumento de nacimientos prematuros y describiendo

a continuación los problemas más frecuentes de estos niños. Nos muestran también una amplia panorámica de los trastornos evolutivos y psicopatológicos desde el nacimiento a la adolescencia. Cada capítulo consta de una introducción teórica y unas viñetas clínicas que resultan muy ilustrativas.

Finalmente, en el apartado dedicado al tratamiento nos describen toda una amplia gama de posibilidades terapéuticas que son viables y válidas, haciendo en cada momento especial hincapié en que el tratamiento elegido es el que ha sido considerado más adecuado dadas las condiciones del paciente, su familia y las posibilidades del centro. Describen en cada caso las características del marco terapéutico, como llegar a la indicación terapéutica, y al establecimiento del vínculo terapéutico que permitirá la creación de círculos benéficos que estimularán la evolución.

En mi opinión es un libro interesante no sólo para los profesionales que se ocupan de la salud mental, sino también para aquellas personas que, desde vertientes no sanitarias, trabajan para promover la educación de niños y adolescentes.

Normas de publicación. Instrucciones para el envío de originales

La Revista Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (S.E.P.Y.P.N.A.), publicará eminentemente trabajos referentes a la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia del niño y del adolescente, tanto desde el punto de vista asistencial, como teórico y práctico.

Publicará las aportaciones que se presenten en los Congresos y eventos científicos organizados directamente por S.E.P.Y.P.N.A. o aquellos en los que la Sociedad colabore.

Aceptará y estimulará la presentación de trabajos y colaboraciones que se ajusten a las siguientes normas.

1. Los trabajos no podrán ser presentados simultáneamente en otra publicación y, salvo condiciones especiales, deberán ser originales. En casos puntuales el Comité de Redacción podrá valorar la reedición de artículos de interés.
2. Para la publicación tanto de originales como de Notas clínicas y Comunicaciones, el Consejo de Redacción tendrá en cuenta su valor científico y se reserva el derecho de retrasar temporalmente su publicación si fuera necesario por necesidades de compaginación.
3. La responsabilidad de los contenidos y opiniones que se presenten recaerán exclusivamente sobre los firmantes del trabajo. Si el trabajo incluye la reproducción de fuentes originales, el autor asumirá la responsabilidad de obtener el permiso correspondiente.
4. Los artículos serán revisados por el Comité de redacción y por los evaluadores externos, quienes emitirán un informe sobre la conveniencia de su publicación.

5. Los originales se presentarán mecanografiados a doble espacio, por una sola cara, en papel tamaño DIN A-4, sin correcciones a mano y con las páginas numeradas.
6. Se deberá de enviar, además, el fichero que contenga el original con texto, gráfico y tablas en formato word, rtf, bien vía mail o en disquette.
7. Al original ha de acompañarle: Una carátula en la que conste:
A) El título, el nombre del autor/es, entidad (centro de trabajo), dirección de correspondencia (postal y/o e-mail) para ser publicada a pie de página. B) Número de teléfono, fax o e-mail para facilitar una comunicación fluida entre los autores y la revista. C) Título del artículo en castellano y en inglés y un resumen del artículo en castellano e inglés de no más de 150 palabras. D) Entre 3 y 5 Palabras Clave en castellano y en inglés que identifiquen adecuadamente el contenido del artículo.
8. Las figuras, dibujos, gráficos y tablas se presentarán una en cada hoja respetando las siguientes reglas: A) En el reverso indicar el nombre del autor/es, título del trabajo y fecha. B) Tamaño de 7 ó 14 centímetros de base. C) Altura máxima de 20 centímetros. D) Pie de gráfico, dibujo, figura o tabla en castellano e inglés.
9. El uso de notas será a pie de página y se numerarán en el texto con números arábigos consecutivos.
10. Los escritos deberán atenerse a las normas de publicación de la APA (Publication manual of the American Psychological Association), entre las que recordamos:
 - Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido del autor y año de publicación (Ej. Freud, 1900a, 1900b).
 - Las citas bibliográficas de libros: autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto –si hay varios autores se separan con coma y antes del último autor con una “y”); año (entre paréntesis) y punto; título completo (en cursiva) y punto; ciudad y dos puntos; y editorial. Para señalar los libros traducidos, se añade al final la referencia “Orig.” y el año entre paréntesis.

Ej.: Lebovici, S. y Soulé M. (1973). El conocimiento del niño a través del psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica (Orig. 1970).

- Capítulos de libros colectivos: autor/es; año; título del trabajo que se cita y a continuación introducido con "En" las iniciales del nombre y los apellidos de los directores, editores o compiladores, seguido entre paréntesis de dir., ed., o comp. Añadiendo una "s" en caso de plural; el título del libro en cursiva y entre paréntesis la paginación del capítulo citado; la ciudad y la editorial.

Ej.: Boulanger, J.J. (1981). Aspecto metapsicológico. En J. Bergeret (dir.) Manual de psicología patológica (pp. 43-81). Barcelona: Toray-Masson (Org. 1975).

- Revistas: Autor; año –entre paréntesis–; título del artículo; nombre de la revista completo (en cursiva); vol.; n^o –entre paréntesis– sin estar separados del vol. Cuando la paginación sea por número, y página inicial y final.

Ej.: Henny, R. (1995). Metapsicología de la violencia. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 19/20, 5-24.

11. Envío de trabajos y disquettes: Los trabajos deberán remitirse a: Manuel Hernanz Ruiz - c/. Heros, 19-6^o D - 48009 Bilbao, o mhernanz@correo.cop.es, enviándose a vuelta de correo confirmación de la recepción.
12. Los autores recibirán un ejemplar de la revista cuando sea publicada su aportación.

