

# El trastorno autista: una perspectiva actual

EULÀLIA TORRAS DE BEÀ\*

## RESUMEN

El artículo describe la cuestión del diagnóstico, la etiopatogenia y el tratamiento del trastorno autista. Este trastorno es visto como un conjunto de síntomas y capacidades que varían en cada niño. Conocer a fondo estas capacidades –recursos y aspectos sanos del niño– es definitivamente importante ya que son las que habrá que desarrollar en el tratamiento. En cuanto a la etiopatogenia, se explora los aspectos psicológicos y psicodinámicos del trastorno autista, así como las distintas vertientes de los posibles factores biológicos. Estudia los pilares básicos del tratamiento y presenta ilustraciones clínicas. PALABRAS CLAVE: trastorno autista, etiopatogenia, desarrollo autístico.

## ABSTRACT

THE AUTISTIC DISORDER: A CURRENT PERSPECTIVE. The paper describes the diagnosis, etiopathogenesis and treatment issues of the autistic disorder. This disorder is viewed as a set of symptoms and capacities which vary in every child. An in-depth knowledge of such capacities - the resources and healthy aspects of the child- is of a crucial importance as these are the ones which will have to be enhanced throughout treatment. In dealing with the etiopathogenic issues, the author explores the psychological and psychodynamic aspects of the autistic disorder, along with various facets of possible biological factors. The basic principles of the treatment, together with clinical illustrations, are finally considered. KEY WORDS: autistic disorder, etiopathogenesis, autistic development.

## RESUM

EL TRASTORN AUTISTA: UNA PERSPECTIVA ACTUAL. L'article descriu la qüestió del diagnòstic, l'etiopatogènia i el tractament del trastorn autista. Aquest trastorn és vist com un conjunt de símptomes i capacitats que varien en cada nen. Conèixer a fons aquestes capacitats -recursos i aspectes sans del nen- és definitivament important ja que són les que s'hauran de desenvolupar en el tractament. Quant a l'etiopatogènia, s'exploren els aspectes psicològics i psicodinàmics del trastorn autista, així com els diferents vessants dels possibles factors biològics. Estudia els pilars bàsics del tractament i presenta il·lustracions clíniques. PARAULES CLAU: trastorn autista, etiopatogènia, desenvolupament autístic.

En este artículo me propongo ofrecer una elaboración sobre el trastorno autista basada en mi experiencia clínica, ampliada gracias al intercambio con profesionales que trabajan en este campo, a aquellos autores que han elaborado teóricamente este problema y a los conocimientos que nos ofrecen las recientes investigaciones neurológicas centradas en la neuroimagen. Hoy en día, estas investigaciones documentan detalladamente aspectos que antes solamente podíamos deducir de la clínica.

Quizá pronto podremos afinar más en los matices del diagnóstico y en algunos elementos tan importante como

el día a día de los tratamientos, sus resultados y en la prevención. Aun así, a pesar de cuanto se ha avanzado, del autismo nos quedan muchas cosas por saber. En realidad sigue siendo un misterio, ya que aún ahora no tenemos la explicación de porque muchos niños autistas no hablan: ¿porqué emocionalmente no se han interesado?, ¿porqué no han investido la comunicación?, ¿porqué neurológicamente no pueden?, ¿porqué constitucionalmente no han tenido la energía?, ¿o por una combinación de todos estos factores? Desarrollaré, pues, el tema refiriéndome al diagnóstico, la etiopatogenia y las intervenciones terapéuticas.

(\*) *Doctora en Medicina, Psiquiatra, Psicoanalista, Presidenta del Patronat de la Fundació ETB*

*Correspondencia: eulaliata@comb.es*

### El diagnóstico

No hay dos niños autistas iguales del mismo modo que no hay dos niños iguales. Josep Brun (2004) dice que el autismo es en realidad un *conjunto de síntomas*. Estoy completamente de acuerdo, tanto más cuando esto no es exclusivo del trastorno autista: sucede lo mismo con la dislexia y con la mayor parte de cuadros clínicos (trastornos de carácter, de conducta, fóbicos, etc.). Se trata en realidad de un conjunto de síntomas, de indicadores positivos y negativos, que nos presentan una organización de la personalidad, una dinámica personal; aspectos sanos y enfermos que se agrupan en distintas proporciones y cualidades y dan cuadros clínicos con un elemento común pero con muchas diferencias.

Por esta razón, a la hora del diagnóstico no es cuestión de poner una etiqueta, sino de describir al niño y, cosa que me parece importante, de detectar especialmente sus recursos, sus aspectos sanos, todo aquello a que deberemos agarrarnos para ayudarlo a salir adelante. Se trata más de desarrollar los recursos y los aspectos sanos que de suprimir problemas. Esos aspectos que pensaríamos suprimir se irán modificando a medida que se potencien los aspectos sanos.

### La etiopatogenia

Siempre o casi siempre que he atendido a un niño con problemas autísticos y especialmente si lo he tenido en tratamiento; o sea, si lo he conocido de cerca, me ha causado la impresión, que coincide con la de otros profesionales (Viloca, 2002) de que algo biológico (genético, constitucional, neurológico, etc.) había en la raíz del problema. La impresión era de que los factores relacionales y ambientales incidían sobre una base de naturaleza biológica. Pero ¿podría ser de otra manera? Nuestra constitución, nuestro yo corporal están ahí desde el principio.

Recuerdo un niño que llegó a mi consulta a los tres años. Sus padres, especialmente el padre, aseguraba que a los dieciocho meses era completamente normal, comunicativo y ya hablaba. Cuando tenía año y medio el padre promocionó en su empresa y lo destinaron a 250 Km. de Barcelona como director de una sucursal de su grupo. Eso significó horarios de trabajo muy extensos, de forma que pasaba días prácticamente sin ver a su esposa y a su hijo. La madre tenía toda su familia en Barcelona y en el nuevo lugar se sentía muy sola, cuando además el padre estaba tan poco en casa. Me contaron entre los dos que la madre, "para que el niño estuviera al aire libre", había tomado la

costumbre de dejarlo en la terraza todas las horas de la mañana, mientras ella hacía las tareas de la casa. En realidad luego me quedó claro que se volvía a la cama y pasaba la mañana sin levantarse. Mi impresión era que la madre estaba muy deprimida y no había tenido ayuda, y que el niño, además de pasar muchas horas solo, cuando estaba con su madre ella tampoco se encontraba en condiciones de comunicarse con él.

Podría sorprender el hecho de que pasó tiempo sin que se dieran cuenta de que el niño "retrocedía". Cuando lo recibí no hablaba ni tampoco conectaba, su mirada era difusa, no sonreía ni se comunicaba de alguna forma. Era un niño apático, ausente, que no conectaba con la mirada. Habían hecho varias consultas al pediatra quien, según dijeron, les aconsejaba esperar.

La información que daba el padre, que era quien defendía que el niño a los dieciocho meses estaba bien, no me parecía muy fiable ya que daba la impresión de no conocer a su hijo. La madre seguía apagada y no parecía saber mucho lo que sucedía. La impresión que me causó el niño a partir de las veces que lo vi, era que debía tratarse de un niño hipovital, apagado, poco estimulante, o incluso con cierta tendencia al autismo. Además de todo esto, y en lugar de los estímulos especiales y la comunicación que hubiera necesitado por parte de los otros, incidió el traslado de la familia, la depresión de la madre, la ausencia del padre y las muchas horas solo en la galería. Esta vertiente relacional y ambiental debieron haber "desencadenado" una evolución de tipo autístico que quizá podía haberse evitado o haberse recuperado a tiempo. Creo que este niño sería un ejemplo de interrelación entre una base biológica hipovital y una pobreza de estímulos por parte del entorno, o sea, una potenciación causal que nos explicaría la patogenia del problema.

Se ha hablado de que en los niños con trastorno autista hay un déficit de comunicación o de permeabilidad entre los estímulos y la corteza cerebral correspondiente. Viloca (en Brun y Villanueva, 2004) se plantea el interrogante de si el déficit de permeabilidad es primario e iniciaría la evolución autística o si son las tendencias autísticas del niño las que producen esta pobreza de permeabilidad y como consecuencia de circulación de estímulos. A mi modo de ver este interrogante tiene mucho sentido aunque por ahora sea muy difícil de dilucidar.

Lo que sabemos con certeza es que "la función hace el órgano": que son necesarios estímulos visuales para que se desarrolle el aparato visual, estímulos auditivos para que se desarrolle el aparato auditivo y así sucesivamente. Sabemos que las vías nerviosas y la riqueza de conexiones dendríticas

cas y de neurotransmisores se permeabilizan, se mielinizan y se enriquecen gracias a la circulación de estímulos, sea cual sea el lugar de donde emerjan los mismos, y que las vías que no se usan o se usan poco no se desarrollan y pierden su representación en la corteza cerebral. Donde sea que se inicie un círculo vicioso como el que presento a través de este niño, se desemboca en un empobrecimiento no sólo relacional sino también neurológico.

Muchas madres que son válidas y capaces para niños vigorosos y estimulantes, pueden no ser suficientemente reactivas y estimulantes para bebés apáticos, adormecidos, poco conectados. Sería lo esperable: que sean madres normales de bebés normales y que, espontáneamente y sin ayuda, no lleguen a ser "mamás terapeutas". Cuando un bebé que no estimula y a menudo no reacciona necesita una madre especializada o especialmente empática, la madre sin duda necesita ayuda de profesionales empáticos. Esta ayuda puede facilitar que no se desanime ante la falta de reacción, a veces persistente del niño, lo cual no se puede pedir a toda mujer o a toda persona.

Otro aspecto del que se ha hablado (Corominas, 1991; Tustin, 1984; Viloca, 2002; Brun i Villanueva, 2004) es la tendencia del niño autista a estancarse en una etapa de sensorialidad, incapaz de conectar las emociones con las sensaciones. Entiendo esto del siguiente modo: para un bebé normal, al que se acaricia, se le habla, desnuda, lava, viste, pasea, etc. cada una de estas sensaciones es en realidad contacto global con la madre, su presencia, relación de objeto total.

Esto es lo que no le sucede al niño autista. En la medida en que no conecta con el otro, que tiende a aislarse y en la medida en que a veces, quizá como consecuencia, se le proporcionan *cuidados higiénicos* pero no contacto emocional, en su soledad auto y heteroproducida el niño se refugia en sus sensaciones y se aísla; se acompaña con ellas.

Hoy en día conocemos al niño antes de nacer. Los estudios por ecografía nos aportan gran conocimiento acerca del feto. Alessandra Piontelli, ya en 1992, anticipa la conducta del niño después de nacer, a través del estudio de la conducta del feto en el útero. Viloca (2004) nos dice que los estudios recientes de Piontelli y Negri por ecografía sugieren conductas del bebé en la matriz, formas de relacionarse con el interior del útero, las paredes y los elementos que hay en él, que indicarían una mayor facilidad para el retraimiento autista.

Este conocimiento, según como se use, puede ser una gran aportación o puede entrañar un riesgo. Sabemos que la información –y también las opiniones, incluso aquellas carentes de fundamento– que se da a los padres a lo largo

del embarazo y en los primeros tiempos del niño, cuando ellos aun lo conocen poco, los inducen, lógicamente, a fabricar imágenes en su mente, anticipaciones, acerca de su hijo en el futuro. Estas imágenes se proyectan sobre el hijo y sin lugar a dudas modifican la relación con él: entonces, en lugar de relacionarse con el niño que tienen en sus brazos, se relacionan con el niño que tienen en su mente, con sus temores, y estarán creando lo que creen que perciben. Por tanto, la información sobre el feto que trasciende a los padres –y es muy difícil que de algún modo no trascienda– puede afectarlos negativamente y dificultar que ellos, debido a la ansiedad y defensivamente, puedan relacionarse normalmente con el hijo, excepto, claro está, que se les ayude.

Se habla de la importancia del momento en que se comunica cualquier diagnóstico a los padres. Se ha observado que si ellos reciben un diagnóstico de problemas en su hijo cuando ya lo conocen, se han relacionado con él, han establecido un primer vínculo y se han hecho su propia idea, el efecto es diferente que cuando se les comunica el diagnóstico de un niño que aún no han visto, que aún no se ha convertido en hijo. En este segundo caso puede ser que el vínculo, defensivamente, no llegue a establecerse, con grave perjuicio para la evolución del pequeño. Podemos imaginar lo importante que puede ser la comunicación de un diagnóstico de tendencia al autismo, a unos padres cuyo hijo aún no ha nacido. Si se hace así, en todo caso luego hay que atender a esos padres.

Por otro lado, es evidente que estos conocimientos pueden tener una utilidad importante para la prevención, para ayudar a los padres a compensar las dificultades, a conectar con su hijo en forma positiva y compensar las deficiencias que éste pueda tener. Volveré sobre este punto al final del artículo.

## El tratamiento

Hace muchos años que sabemos que, de la misma forma que situaciones emocionales patogénicas, como por ejemplo el exceso de ansiedad, empeoran las condiciones biológicas de la persona –empobrecimiento neurológico, somatizaciones, etc.– un tratamiento psicológico que mejore y ayude a madurar al individuo modifica, favorablemente, las bases biológicas. Hay estudios, por ejemplo a través de EEG practicado antes y después del tratamiento (Giner, 1975), que lo documentan.

Toda intervención terapéutica que mejore al niño desde el ángulo emocional, relacional o intelectual, madurará su equipamiento biológico de base. Por supuesto también,

todo aquello que por vía biológica mejorara al niño, por ejemplo que madurara el sistema nervioso central, pondría al niño en mejores condiciones para aprovechar los estímulos psicológicos que se le ofrecieran, psicoterapéuticos o de su vida cotidiana. Así, una medicación que modifique un círculo vicioso y permita al niño mejores experiencias en su vida cotidiana tendrá un efecto terapéutico más allá del estrictamente farmacológico, en la medida en que esas experiencias relacionales mejores serán terapéuticas. Por esta razón, creo que a la hora de organizar un plan terapéutico para el niño autista no se trata de elegir, sino de hacer converger todos los medios terapéuticos que puedan aportarle, específicamente, algo favorable.

Se ha dicho que una función del terapeuta de un niño con problemas autísticos, diría que la función central, es captar lo que el niño vive, lo que está sucediendo, su "comunicación" y ponerla en palabras. Esta tarea es importantísima ya que es cuando logramos captar bien al niño que podemos comunicarnos con él, hablarle de forma que le interese y que nos comprenda. Creo que para esta tarea tan importante, es útil recordar la relación que solemos establecer con los bebés. De ellos no esperamos que "nos comuniquen", en el sentido de hacernos saber qué necesitan, que desean, sino que captamos todo esto a través de su conducta, de sus expresiones faciales, de su llanto o de su bienestar. Se ha dicho que el bebé se comunica por identificación proyectiva: "hacer sentir como forma de hacer saber". Se ha dicho también, desde Bion (1962), que la madre (y por supuesto también el terapeuta) a través de su *reverie* capta esta comunicación y la convierte en palabras y en actos adecuados a las necesidades del bebé.

Creo que algo parecido sucede con el niño autista: él no se comunica con palabras, pero su conducta, lo que observamos, nos hace saber mucho de él, de como está. Estos niños también "hacen sentir como forma de hacer saber". Quizá no tienen intención comunicativa (no sabemos si el bebé la tiene) pero el caso es que comunican, "nos hacen saber". En este sentido, mi opinión difiere de la de Viloca (2002), quien dice que el niño autista no utiliza la identificación proyectiva. La actitud, la relación que establece, la distancia, la frialdad del niño autista comunica mucho acerca de él, nos hace sentir ignorados, puestos a distancia, rechazados y, por supuesto, lo hace por identificación proyectiva. No se trata de que "quiera" comunicarse así, se trata de un mecanismo inconsciente. Los niños autistas, por otro lado, tienden a la identificación adhesiva, es cierto, pero una cosa no excluye la otra y tanto en la vida familiar como en el tratamiento captar la identificación proyec-

tiva del niño, aquello que nos hace sentir como forma de que lo conozcamos, es muy importante.

Como ejemplo de esto recuerdo una ocasión, hace años, en un centro de atención precoz, en que estaban tres terapeutas trabajando con cuatro niños pequeños. Uno de ellos era autista. Entre las tres debían atender a los cuatro niños, pero al poco rato cada una de ellas estaba concentrada en un niño y el niño autista campaba por las suyas. Y es que, por identificación proyectiva el niño autista nos vuelve "autistas" hacia él. Éste es el desafío importante con que nos encontramos cuando llevamos un tratamiento: que tenemos que seguir estando presentes, siendo comunicativos y vivos, estando motivados y creativos, a pesar de que el niño tienda a apagar y estereotipar la relación e inducirnos a volvernos autistas y a desconectar.

A menudo he imaginado el tratamiento de un niño autista como lo que se ha llamado un "maternaje" –denominación que ha caído en desuso pero que sigue siendo muy sugerente–; o sea, un trabajo similar al que una madre sensible realiza con su bebé: lo observa, lo conoce, lo descubre, le habla comunicándole lo que observa, lo que están haciendo y lo que harán (Corominas, 1991). Todo esto es una forma de ayudar al bebé a desarrollar esas funciones que de momento transcurren en la mente de los padres.

Con el niño autista sucede algo semejante, solo que con él tenemos un par de problemas que, sobre todo combinados, nos hacen las cosas más difíciles: nuestra tendencia adulta a pensar y a hablar a nivel conceptual, abstracto, siguiendo el proceso secundario, que nos cuesta a veces modificar para adaptarlo al nivel del niño con el que estamos, sobre todo si su tamaño no nos ayuda en este intento. En realidad esto nos puede suceder, no sólo con el niño autista, sino en general con todos los niños que tienen dificultades: nos encontramos con un niño mayorcito y le hablamos como correspondería a su edad y no de acuerdo a su capacidad de comprender y de simbolizar.

Otro punto es la cuestión de si el niño con trastorno autista tiene intención de comunicarse o no. He oído discutir este punto algunas veces. Creo que es mejor no tomarse el trabajo de tratar de dilucidarlo y despreocuparse de esta cuestión: no importa si quiere comunicarse o no, el caso es que siempre comunica algo, no puede dejar de comunicar, tal como sucede a todo el mundo. Como decía antes, por identificación proyectiva, a través de su actitud, de su conducta, expresión facial, gesto, nos hace sentir y nos hace saber mucho acerca de él. Creo que eso es lo que debemos tener presente, lo que debe interesarnos y lo que hemos de utilizar para comunicarnos con él y que la cuestión de las intenciones resulta aquí secundario. Lo impor-

tante es que el terapeuta se esfuerce en captar al niño y en comunicarse con él a partir de lo que capta. Quizá es cierto que la comunicación comienza en la cabeza del terapeuta, pero eso no nos importa, la cuestión es que comience en alguna parte.

En la tarea psicoterapéutica con él, no debería preocuparnos especialmente el "aquí y ahora", ya que debemos ayudar al niño a hacer o a re-hacer la red de experiencias vividas, verbalizadas, de las que pueda poco a poco ir disponiendo para construir su historia y su identidad hasta donde sea posible. En este sentido nos interesa "el aquí y el allá, el ahora, el antes y el después", como forma de ir situando las experiencias en el tiempo y en el espacio, tarea que va junto al proceso de diferenciación del niño como individuo y de construcción de su identidad.

En esta línea, nos encontramos que para el niño autista tiene tanta fuerza el "objeto concreto" –"mesa" es esta mesa; con este nombre no se reconocerá a ninguna otra– que el "objeto permanente", tridimensional, que tiene unos esenciales y unos secundarios, a menudo no existe. Así, recuerdo un niño autista de unos tres años y medio que tuve en tratamiento. El primer día, cuando lo fui a buscar a la sala de espera, después de darme una mirada fugaz, y pululando por el espacio comenzó a cantar algo así como la séptima sinfonía de Beethoven. Me quedé sorprendida de lo bien que afinaba y la dulzura con que cantaba. Entraron los padres y el niño y al rato, que yo entendí como "cuando estuvo tranquilo", dejó de cantar.

Las siguientes veces, cuando vino para la exploración y luego para el tratamiento, también cantaba al comienzo de la entrevista, siempre la misma tonada. Cuando ya me tuvo "muy vista", estaba tranquilo y podía entrar sin dificultades, incluso con ganas (a veces, sin mirarme, me daba la mano para entrar o mejor dicho, tiraba de mi mano para entrar), dejó de cantar. Pero llegó el verano y un día de calor me recogí el cabello en forma de moño. Fui a la sala de espera sin reparar en este cambio. Al abrir la puerta su reacción fue como la del primer día: me miró muy de pasada y empezó a cantar mientras pululaba por la sala de espera. Necesité un momento para darme cuenta de lo que había pasado. Cuando lo saludé y le pude decir algo así como que "él notaba el cambio en mi peinado y que parecía que yo era otra", más a través de mi voz que de otra cosa me reconoció enseguida, cambió de actitud, dejó de cantar y entró como solía hacerlo en las últimas sesiones. O sea que hasta ese momento yo había sido siempre y solamente aquella del pelo suelto. Cuando esta imagen cambiaba, a pesar de que el contexto era el mismo de siempre, todo había cambiado y en el primer momento fui

una desconocida.

Otro niño autista de cinco años y con bastante lenguaje aunque muy concreto, mostraba su falta de conceptos aún elementales, la ausencia de tridimensionalidad en su juego y su lenguaje. A menudo jugaba a hacer patatas fritas. Sacudía la caja con los juguetes dentro, que se entendía que eran la sartén y las patatas (aquí se puede observar un primer nivel de simbolización) y decía: "patatas fritas, que ricas", luego tocaba la caja con el dorso de la mano y decía: "uy, quema, tiene fiebre". Puede observarse la condensación propia del proceso primario. También, decía frases usando una voz distinta para cada una de ellas: "ven, ven, vamos a hacer patatas fritas", "te has resfriado, cómo quemas, tienes fiebre", lo decía con una voz delgada, femenina; "queréis callar", "a ver vosotros, acabar con esto", lo decía con voz más grave, masculina y así otras frases y voces que iba repitiendo. Por supuesto podía reconocer en estas frases a la madre y al padre y, a veces, podía imaginar a personas de la escuela, su maestra, algún otro niño. Muchas de estas frases las repetía ecolólicamente, aunque más o menos integradas dentro del contexto del juego.

Otro punto que me parece importante en el tratamiento de un niño autista es la cuestión de nuestro interés por él. A veces he oído decir: "debemos hacer que se interese por nosotros, por lo que podemos ofrecerle, por lo que hacemos con él". Creo que no podemos pretender que primero se interese él por nosotros, sino que primero hemos de interesarnos nosotros intensamente por él, por su mundo, por lo que expresa, única forma de establecer una relación viva, rica, a pesar de la tendencia del niño a estereotiparla y volverla mortecina. A partir de ahí posiblemente se vaya interesando en nosotros.

Pienso que éste es el reto: interesarnos por el niño, establecer con él una relación viva, rica, con la cual trabajar, que se diferencie bien de lo que sería una técnica, una forma de hacer que nos pueden enseñar o podemos enseñar, pero que según como se utilice corre el riesgo de quedarse en eso, en técnica, en algo que se repite, que puede llegar a convertirse en mecánico, estereotipado. Quien aprende una técnica y la aplica no hace suficiente; debe recrearla a su estilo, a su manera, desde su descubrimiento del niño en la relación, de lo que puede motivarle, para conseguir que se trate de una experiencia viva. Una terapeuta decía: "noto que todo va bien cuando me divierto con el niño, me doy cuenta de que algo no va, cuando comienzo a aburrirme".

En esta relación viva podremos seguir la tendencia del niño, a veces incluso sus estereotipias, para ir introduciendo a medida que podamos pequeños cambios, con sufi-

ciente cuidado como para que no le provoquen grandes reacciones, sino que, por el contrario, pueda irlos aceptando y tal vez integrando. Es la forma de irnos diferenciando de lo que él espera encontrar. El solo hecho de que un niño en lugar de hacer girar por ejemplo un cubo, haga girar, pongamos, un cenicero que le ofrecemos es ya un pequeño cambio en su sistema, que quizá permitirá ir incorporando otros y modificar su inmutabilidad.

Sabemos que el niño autista necesita tener todo controlado, que nada se mueva un ápice, que solo admite, de momento, aquello que espera; pero podemos conseguir no estar completamente tiranizados por él. Un ejemplo de esto sería otro niño, con rasgos autistas, que tenía en tratamiento. En medio de la sesión podía de repente pedir agua, pero la pedía como una orden ansiosa, exigente e impaciente: ¡agua!, ¡agua! Era una de las pocas palabras que decía. Teníamos el lavabo al lado del despacho, pero para él, bajar de la silla, coger el vaso y servirse agua —cosa que sabía hacer— era toda una eternidad. Lo habíamos ensayado en otros momentos, pero a veces surgía la urgencia, la emergencia, no parecía admitir un segundo de espera. Yo había ensayado diferentes tanteos como reacción a su urgencia y uno de esos días mi reacción fue moverme para ir a buscarle agua, suficientemente deprisa como para no ponerlo más ansioso ni irritarlo, pero también con suficiente calma como para mostrar que su emergencia no me hacía entrar en pánico. Le dije, "bueno, bueno, ya voy, pero no puedo ir tan rápido". Y también, al pasar a su lado: "te la traigo porque quiero, no porque me grites". Por supuesto, con este tipo de respuesta buscaba otra forma de relacionarnos en que yo pudiera aparecer más diferenciada de aquella en que él necesitaba convertirme.

Creo que lo que he dicho hasta aquí anticipa que considero que uno de los abordajes necesarios con el niño autista —junto con el pedagógico o el de pedagogía especializada en la institución correspondiente, según el caso— es el tratamiento psicoterapéutico. Pero enseguida surge la pregunta: ¿qué clase de tratamiento psicoterapéutico?

Por supuesto no planteo un tratamiento clásico en el que se focalizan los conflictos y se está pendiente de interpretar ansiedades y defensas a un nivel simbólico. No es lo que tengo "in mente" cuando pienso en la psicoterapia para un niño autista. Por el contrario, pienso en ese abordaje psicoterapéutico que se centra en el niño en su totalidad, con ánimo de conocerlo, captarlo, descubrir lo que vive y de buscar la forma de comunicarnos con él, en palabras y en acciones; de verbalizar para él, a su nivel, lo que captamos.

Este enfoque comprendería hacer con él y hablarle de

todo lo que pueda interesarle —o según como, de lo poco que pueda interesarle—, de lo que captamos que vive, incluido lo que vive en las sesiones, en relación a nosotros, en el venir y en el marchar. Se trata de comunicarle lo que captamos a través de la reacción que nos provoca, de comunicarle las hipótesis que nos sugiere.

Me parece definitivamente importante que todo lo que se haga, se juegue y se hable con el niño esté a su nivel emocional e intelectual de comprensión. Mejor que las frases sean sencillas y que no se hable mucho, que no se le den "baños de palabras", justamente para asegurar que cada palabra tenga un peso, sea importante, significativa, y que todo lo que suceda y se diga en las sesiones tenga significado para el niño y para el terapeuta. En realidad, como terapeutas tanteamos y buscamos el nivel de comunicación con el niño y sabemos que de momento este encuentro no es fácil y que cuando lo conseguimos es muy lábil: lo conseguimos pero lo volvemos a perder. No podemos esperar contactar con el niño y conservar ese contacto, el nivel de comunicación; sabemos que volveremos a perderlo y tendremos que buscarlo de nuevo. Algo parecido le sucede a los padres y a partir de nuestra experiencia podemos ayudarles a no desanimarse y a volver a intentarlo.

Como he dicho antes, lo importante no sería el "aquí y ahora", sino el aquí, allá, ahora, antes, después, hace días... Esto incluiría la historia de nuestra relación con el niño —lo que ha pasado hace un ratito, lo que pasó ayer o hace días— y el futuro que podamos vislumbrar: "irás", "harás", "podrás hacerlo".

Para mi, el *setting*, el encuadre, debería crearse para cada niño, según las características que para él debiera tener el tratamiento. Esto incluye por supuesto la cuestión de la frecuencia de las sesiones, duración de las mismas, interrupciones programadas, etc. Un punto a veces discutido es si el psicoterapeuta del niño autista puede hacer el seguimiento de los padres y si puede contactar con la escuela. A mi juicio esta decisión debería quedar en manos del terapeuta, ya que en ocasiones no solamente puede ayudar a los padres o a la escuela, sino que debe hacerlo, en la medida en que él es quien, terapéuticamente, conoce más al niño. Creo que la idea del psicoterapeuta que no interviene para nada fuera de las sesiones es seguramente válida cuando se trata de centrar la tarea en analizar la transferencia-contratransferencia. Pero con el niño autista la psicoterapia es otra cosa.

Este tratamiento y el tratamiento en la institución especializada —cuando el niño la necesita— o en la escuela y la familia, se complementarían, en la medida en que serían complementarios el trabajo individual con el niño o con el

niño y los padres según se viera conveniente, y el trabajo en el grupo institucional.

Podemos decir que la psicoterapia de un niño autista es diferente, pero en realidad cada psicoterapia es diferente de las otras, aunque también puede decirse que tienen algo en común: todas deberían transcurrir al nivel de comprensión emocional e intelectual del niño. Todo debería ser significativo para él y el terapeuta. Todas deberían dejar fuera de la sesión las teorías y focalizar en el niño.

### Apunte final

Para terminar, y tomando en cuenta la convergencia de conocimientos clínicos e investigativos, creo que tenemos por delante una tarea enormemente importante en relación a la prevención, que debería tener en consideración, entre otros, los siguientes puntos:

- Ayudar a los padres, después de un diagnóstico tan precoz como sea posible, a recuperar el contacto con su hijo cuando se detectan tendencias autistas.
- Ayudarles, por supuesto, si por ecografía se ha detectado la posibilidad de alguna de estas tendencias. En este caso el diagnóstico por ecografía sería una herramienta válida de prevención.
- Difundir a todos los profesionales que trabajan con bebés y con niños pequeños los signos que nos alertan acerca de un problema autístico.
- Y quizá especialmente, hacer campañas de educación que dieran a conocer a los padres la importancia del primer vínculo entre ellos y su bebé, la importancia de la calidad del vínculo, de cultivarlo y preservarlo; por tanto, la gran importancia del tiempo que los padres dedican a sus hijos pequeños y de la calidad de la relación que establecen con ellos.

- Sería imprescindible sensibilizar a las autoridades para que dediquen más esfuerzos a esta educación que a otras cuestiones a menudo más vistosas.

- Se debería ayudar a las parejas, a través de condiciones laborales correctas, para que puedan ocuparse de sus hijos el máximo tiempo posible después del nacimiento y con menos frecuencia tengan que recurrir a instituciones que los cuiden. El coste económico de esta ayuda a los padres restaría de los costes de atender las posteriores dificultades de sus hijos.

### Bibliografía

BION, W. R. (1962). *Learning from experience*. Londres. Heinemann.

BRUN, JOSEP M. Y VILLANUEVA, RAFAEL (2004). *Niños con Autismo. Experiencia y Experiencias*. Valencia. Promolibro.

COROMINAS, JÚLIA (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona. Espax.

GINER, ROGER (1975). Comunicación personal en el Hospital de la Cruz Roja de Barcelona.

PIONTELLI, ALESSANDRA (1992). *From Fetus to Child*. London. Routledge.

TUSTIN, FRANCES (1984). *Autismo y psicosis infantiles*. Barcelona. Paidós.

VILOCA, LLÚCIA (2002). *El niño autista*. Barcelona. Ediciones CEAC.