

# Mecanismos de defensa, signos de alarma e intervención temprana en el autismo\*

JUAN LARBÁN VERA\*\*

## RESUMEN

El proceso autístico se va desarrollando con el aumento progresivo de un funcionamiento psíquico que se manifiesta en unas modalidades defensivas particulares. Éstas son las responsables de los signos de alarma que, presentes en el bebé de forma repetitiva, acumulativa y duradera, van llevando progresivamente al niño hacia un funcionamiento autista. Si, además de detectar estos signos, se pudieran observar los factores de riesgo interactivos entre el bebé y su cuidador, las defensas del bebé, y sobre todo, la evolución de la modalidad o estilo de interacción cuidador-bebé, sería posible plantear un tratamiento psicoterapéutico que ayude a modificar este estilo interactivo, interrumpiendo un proceso evolutivo autista patológico y permitiendo un desarrollo sano y normalizado en gran número de casos. PALABRAS CLAVE: autismo, defensas autísticas, signos de alarma, intervención temprana.

## ABSTRACT

DEFENSE MECHANISMS, WARNING SIGNS AND EARLY INTERVENTION IN AUTISM. The autistic process unfolds with a progressive increase in psychic, unconscious and unintentional operation, which manifests itself with particular defensive modalities. They are responsible for warning signs that are present in the baby and appear repeatedly, accumulate and last over a long period, gradually and locking the child in an inner world of autistic operation. If, in addition to these signs, risk factors are also apparent in the interactions between the baby and his or her caregiver, in the baby's defenses, and above all in the evolution of the form or style of caregiver-baby interactions, it is then possible to propose psychotherapeutic treatment to help to modify this style of interaction, thus interrupting the evolution of this pathological autistic process and in many cases enabling healthy, standardized development. KEY WORDS: autism, autistic defenses, warning signs, early intervention.

## RESUM

MECANISMES DE DEFENSA, SIGNES D'ALARMA I INTERVENCIÓ PRIMERENCA EN L'AUTISME. El procés autístic es va desenvolupant amb l'augment progressiu d'un funcionament psíquic que es manifesta en unes modalitats defensives particulars. Aquestes són les responsables dels signes d'alarma que, presents en el nadó de forma repetitiva, acumulativa i duradora, van portant progressivament el nen a un funcionament autista. Si, a banda de detectar aquests signes, es poguessin observar els factors de risc interactius entre el nadó i el cuidador, seria possible plantejar un tractament psicoterapèutic que ajudés a modificar aquest estil interactiu i a interrompre un procés evolutiu autista patològic per permetre així un desenvolupament sa i normalitzat en un gran nombre de casos. PARAULES CLAU: autisme, defenses autístiques, signes d'alarma, intervenció primerenca.

## El proceso defensivo autístico

El proceso autístico, que puede manifestarse clínicamente en el bebé de forma progresiva, regresiva y/o fluctuante

entre ambos, se va desarrollando con el aumento progresivo en el niño de un funcionamiento psíquico, inconsciente y no intencional, que se manifiesta con las modalidades defensivas que comentamos a continuación.

\*La primera parte del artículo, "Hacia una concepción integradora del autismo", centrado en la interacción y la intersubjetividad, se publicó en el número 27 (abril de 2016).

\*\*Psiquiatra y Psicoterapeuta de niños, adolescentes y adultos. Ibiza.

Correspondencia: [juan.larban@gmail.com](mailto:juan.larban@gmail.com)

Recibido: 11/05/2015 – Aceptado: 4/03/2016

### Las defensas autísticas

*Defensas anti-relación-comunicación con el otro. Repliegue sobre sí mismo y retirada relacional duradera con desconexión emocional, aislamiento relacional y “ausencia” autísticos.* El niño que evolucionaría hacia un proceso autístico lo haría pasando de la actitud de ensimismamiento (posición evolutiva), hacia una actitud de retirada relacional duradera y repetida con aislamiento y desconexión, tanto en el plano emocional y cognitivo como en la comunicación y relación con el otro, lo que daría como resultado la imagen del “bebé mentalmente ausente”. Sin olvidar la evitación de la relación y comunicación con el otro a través de la mirada y de los estímulos auditivos (como cuando duerme en exceso buscando refugio en el sueño) como signos característicos de dicho funcionamiento autístico (defensivo y anti-evolutivo) (Palau, 2010). Además, hay que tener en cuenta que la evitación de la relación y comunicación con el otro puede evolucionar hacia el rechazo, en caso de persistir los factores de riesgo en la interacción.

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

*Defensas anti-integración, desmantelamiento sensorial (Meltzer, 1975) o disociación de los diferentes estímulos sensoriales percibidos con refugio en la auto-estimulación sensorial.* El “trabajo” que tiene que hacer el bebé con la ayuda del entorno cuidador en su interacción con él para integrar las partes con el todo y la sensorialidad con la motricidad puede verse severamente afectado con semejante funcionamiento defensivo. La realidad interna y externa, así como la interacción entre ambas, percibidas a través de diferentes canales sensoriales, requiere de un trabajo de integración (mantelamiento sensorial), que va haciendo que lo percibido al principio separadamente en la comunicación sensorial y emocional con la madre pase a ser percibido de forma integrada (primeras semanas de vida) por el bebé, gracias a las respuestas de la madre.

En situaciones repetidas, vividas como estresantes y amenazantes, el bebé utiliza precozmente un mecanismo de defensa basado en una dificultad inicial que padece y

que es la dificultad de integración de los estímulos que le llegan por los diferentes canales sensoriales. El bebé se “protege” del efecto amenazante y desorganizador de los estímulos tanto internos como externos que no puede contener, ni asimilar, ni elaborar, sin la ayuda adecuada de su entorno cuidador. Desarrolla entonces actitudes y conductas (refugio en la auto-estimulación sensorial) contrarias a la integración de esos estímulos, que sería lo que se produciría en un bebé con un desarrollo sano. Estas actitudes tienen como objetivo en el bebé con funcionamiento autista la *disociación perceptiva* (desmantelamiento sensorial) de los estímulos recibidos, privilegiando su recepción a través de un solo canal sensorial para no integrarlos, evitando así la interacción emocional con el otro.

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

*Defensas anti-separación del otro, identificación adhesiva (Meltzer, 1974) con el objeto-sujeto relacional, con el otro.* El niño, en estos casos de funcionamiento autista, utiliza la mirada de forma periférica (percepción de contornos) y no central ni profunda, ya que se sitúa en una relación dual y en un espacio bidimensional. Así se relaciona también con los objetos y las personas, con una investidura superficial y adherente hacia ellos. Esta modalidad defensiva tiene por objeto, entre otros, evitar la separación y diferenciación con el otro. La identificación adhesiva se sitúa en el origen del funcionamiento mental y en la construcción de la organización narcisista. Se relaciona con los fenómenos de imitación que toman en consideración elementos formales y superficiales de los objetos. El funcionamiento mental opera en dos dimensiones.

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

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

### Los signos de alarma en el bebé

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

Didier Houzel, psiquiatra infantil y psicoanalista francés (1993, 2002), ha desarrollado una variante del método de observación de bebés de Esther Bick en su contexto familiar y habitual que ha permitido conseguir excelentes resultados, no solamente para la formación de profesionales que se ocupan de los niños pequeños, sino también como método de observación para detectar situaciones de riesgo evolutivo hacia el funcionamiento autista en el bebé y desarrollar intervenciones terapéuticas que lo eviten o que lo corrijan, en sus estadios iniciales. Houzel nos introduce en la observación de bebés situándola en tres niveles.

*La observación perceptiva* involucra todo lo que puede ser del orden de la conducta del niño y su entorno. ¿Qué podemos observar en este nivel? Trabajando con niños pequeños, podríamos preguntarnos: ¿cuál es el canal sensorial que el bebé privilegia como modo de comunicarse: el visual, motriz, sonoro? ¿Privilegia siempre el mismo canal sensorial en detrimento de otros canales? ¿Qué tipo de interacción corporal despliega? ¿Cómo es su mímica, sus gestos, su postura, su tono muscular? ¿Es un bebé rígido o, por el contrario, llama la atención su hipotonía? ¿O es un bebé que puede acomodar su cuerpo y su tono muscular a diversas situaciones? Recordemos que el cuerpo del bebé ocupa un lugar totalmente central, en tanto que, como dice Golse (2004), “es la vía regia de acceso a los procesos de subjetivación, de simbolización, de semantización y de semiotización en la especie humana” con una intrincación muy estrecha con lo psíquico. A nivel de las interacciones vocales, ¿balbucea, realiza murmullos, gorjeos, laleos, se canta? Todo esto va constituyendo las primeras creaciones sonoras, que si bien inicialmente obedecen a una búsqueda de sensaciones, al placer de la exploración y del autoerotismo, van promoviendo respuestas en el entorno y en estos movimientos sonoros de idas y vueltas comienzan a desplegarse las primeras vocalizaciones y el desarrollo del lenguaje. ¿Cómo se maneja con las interacciones visuales, qué tipo de mirada utiliza frecuentemente? ¿Atenta, evasiva, distante, recíproca?

*La receptividad empática y emocional* le permite al observador experimentar dentro de sí mismo aquello que el niño puede estar experimentando en ese mismo momento.

*La receptividad inconsciente* se manifiesta en la contra-transferencia o la transferencia del observador a través de sentimientos, representaciones, ideas, incluso manifestaciones físicas, que en un primer momento pueden parecer vacías de sentido, pero que, en un análisis más profundo, resultan plenas de significación. Este aspecto es el más difícil de ejercitar y sostener, y se requiere de una experiencia grupal de supervisión para darle un sentido al significado latente. Estamos hablando de un método de observación de bebés y niños pequeños en su contexto natural (medio familiar), tanto en situaciones normales como de riesgo. Houzel y colaboradores, a partir de su experiencia en el ámbito de la observación de bebés, han propuesto reagrupar los diferentes signos de alarma de la siguiente forma.

*Signos psicomotores:* ausencia de ajuste o acoplamiento

postural o de “diálogo tónico”, ausencia de anticipación mimética, hipertónías o hipotonías paradójicas y sin causa pediátrica.

*Anomalías de la mirada:* retraso en la instauración de una mirada penetrante, prevalencia de la mirada periférica sobre la central, conductas de evitación de la mirada.

*No aparición de los tres elementos organizadores del psiquismo temprano del niño*, según Spitz (1970, 2001): sonrisa intencional o social, angustia del extraño y conductas de negación y oposición con la manifestación del no, por parte del niño.

*Anomalías del grito:* demasiado monocorde y monótono, no diferenciado, sin aparición de la especialización funcional.

*Trastornos del sueño:* insomnios tranquilos o beatíficos, es decir, sin llamada y sin reivindicación de la presencia del cuidador.

*Trastornos alimenticios diversos:* anorexia primaria masiva, o evocadora, de presencia más rara.

*Ciertas fobias* variables y atípicas con respecto a la edad del niño.

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

### Perspectiva evolutiva

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

### Signos de alarma presentes en el bebé hasta los tres meses de vida

A continuación, se muestran los signos de alarma de mayor a menor gravedad, según el número de asteriscos.

*Ausencia o poca presencia de la sonrisa intencional o social. No suele participar en la interacción emocional con el otro. Muestra alteraciones de la capacidad de sonreír como expresión de placer en el intercambio relacional con el otro. No es la sonrisa beatífica de satisfacción de una necesidad fisiológica. Es la primera señal interactiva, relacional y comunicacional, con carácter intencional, expresada por el bebé\*\*\*.* Se presenta a partir de la cuarta y sexta semana. Si a los tres meses no aparece en el bebé y en la interacción con su cuidador, nos encontramos ante una situación de riesgo de comienzo de funcionamiento autista. La sonrisa intencional a esta edad es un signo de paso de la imitación a la identificación. Su ausencia o poca presencia indicaría la dificultad de establecer una relación intersubjetiva con el otro, intersubjetividad que consiste en la capacidad de compartir la experiencia subjetiva vivida en la interacción con el otro. La intersubjetividad, base de la empatía, es un elemento fundamental para la comprensión interpersonal. La aparición y permanencia de la sonrisa intencional evidencia en el bebé tanto el desarrollo de la integración sensorial como de su capacidad de relación intersubjetiva con el otro, además de ser el inicio del intercambio emocional.

*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 en el espejo de la mirada de quien lo cuida, ya que evita y rechaza mirarlo.

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

*Oye pero no atiende cuando se le solicita o se le llama\*\*.* Sordera ficticia. Debido a sus dificultades de integración



sensorial el niño puede pasar del aislamiento sensorial auditivo a una hipersensibilidad dolorosa ante un ruido inesperado (aspirador, truenos, portazo, petardos, etc.).

*No reclama, no pide llorando, o su llanto es apagado e inexpressivo. No comparte. No hace con el otro, y si lo hace a veces, no es por propia iniciativa sino por la insistencia del otro\*\*.* Ausencia o poca frecuencia de reciprocidad, de momentos de acceso a la intersubjetividad.

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

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

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

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

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

*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.

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

discapacidad les provoca serias dificultades para investirlo.

La participación activa del bebé en el proceso de evitación de la relación y de la comunicación, tanto visual (evitación y rechazo del contacto visual) como auditiva y corporal, a través del sueño como refugio y como mecanismo de defensa contra los estímulos no asimilables, mecanismos de defensa tanto más visibles cuanto más nos acercamos a los tres meses, sería el indicador más fiable para realizar un diagnóstico hacia una posible evolución de tipo autista en el niño. El diagnóstico diferencial con un proceso depresivo del bebé puede hacerse basándose en la conducta activa de evitación y rechazo de la comunicación con el otro indicado anteriormente, ya que el bebé deprimido no suele evitar ni rechazar activamente la comunicación aunque se muestre apático, desvitalizado y con una pobre o débil respuesta a los estímulos en la interacción con el otro.

### **Signos de alarma presentes en el bebé hasta los seis meses de vida**

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

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

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

*Ausencia o poca presencia de interacción lúdica en la relación padres-bebé. Inexistencia o poca presencia de un espacio de juego espontáneo y sin reglas 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. La falta de interés y de participación en estos juegos tiene que ver con su incapacidad relacional y comunicacional, así como su consecutivo y posterior rechazo como mecanismo de defensa; incapacidad y rechazo hacia lo que estos juegos tienen de simbólico (presencia-ausencia) y de sorpresa ante el cambio inesperado, etc.

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

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

*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. Tienen una relación con la alimentación muy rara y perturbada. Unas veces comen con gran voracidad y otras no comen. Frecuentemente no chupan ni succionan. El mericismo y la rumiación (regurgitaciones alimenticias repetidas) constituyen una modalidad de estimulación auto

sensorial equivalente al balanceo, golpeteo de cabeza, aleteo de manos, etc.

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

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

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

### Signos de alarma presentes en el bebé hasta los doce meses de vida

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

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

- a. El niño gatea sin girarse para comprobar la presencia de la madre o del educador.
- b. El niño no lanza objetos esperando que el adulto los recoja. En el niño sano, esta actividad se convierte en un juego que le permite ser parte activa en el proceso de separación y encuentro que de forma simbólica repite y reproduce 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. Se trata de un 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.

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

*No suele señalar para formular demandas. El niño con funcionamiento autista no señala para comunicar que le falta algo ni que lo necesita porque sus defensas le impiden la diferenciación-separación y le protegen de la toma de conciencia de la*

*ausencia, de la falta del otro o de lo otro\*\*\*\*. Al no poder tener conciencia de que le falta algo (sensación intolerable para él), no puede pedirlo. Al evitar y rechazar la comunicación con el otro, no le demanda, no le pide.*

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

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

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

*No suele hacer ni reproducir sonidos que indiquen un comienzo de comunicación pre-verbal\*\*\*\*. De nuevo vemos aquí que la incapacidad de comunicar, de comunicarse, lleva al niño con funcionamiento autista a rechazar y a negar la necesidad de relacionarse, de comunicarse no verbalmente con el otro. Esto conlleva la imposibilidad de adquirir una comunicación pre-verbal que conduzca al niño con desarrollo sano a iniciarse en la comunicación verbal con el otro. A través de los sonidos que emite, el niño comunica verbalmente y al mismo tiempo incorpora e interioriza el continente que encuadra la comunicación y el contexto en el que se produce, que es lo que le da sentido. El continente, lo que contiene la comunicación, la estructura que lo sustenta, tiene que ver con el ritmo, la prosodia, la alternancia, la reciprocidad y la correspondencia.*

*No suele expresar emociones ni reclama atención\*\*\*\*. Éste es otro signo que indica no relación y no comunicación emocional. Esto se debe a la dificultad de estos niños para conectar el sentir de sensación con el sentir de sentimiento. Al evitar o rechazar la comunicación,*

sobre todo emocional con el otro, no desarrolla (o lo hace con dificultad) la capacidad de expresión emocional que normalmente se adquiere a través de la interacción emocional con el cuidador que con su actitud, mirada, caricias, etc., le sirve de espejo al bebé para reconocerse como un ser parecido y a la vez separado y diferente de él, haciéndose así una imagen interna de sí mismo y del otro que le cuida. *Para reconocer al otro como externo, separado y diferente de sí mismo, hace falta que se produzca al menos la integración de la percepción sensorial de los estímulos que le llegan al bebé por dos canales sensoriales diferentes.*

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

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

quiere, lo cuida, lo calma y lo tranquiliza. Se puede formar así la imagen interna de un objeto-sujeto relacional cuidador con las características de deseable, agradable y placentero, además de calmante, protector y tranquilizador.

Es muy conocida la experiencia realizada con bebés de algunos días: el bebé chupa la tetina de su biberón de una determinada forma sin haberla visto antes y, sin embargo, es capaz de orientar de forma preferente su mirada hacia la representación gráfica de esta misma tetina entre otros dibujos de tetinas diferentes que se le presentan. Podemos deducir de esta experiencia que el bebé es capaz de extraer de sus sensaciones táctiles (succión) una estructura morfológica que localiza enseguida en el seno de sus sensaciones visuales (integración perceptiva transmodal) lo que se podría considerar como un esbozo o un comienzo del desarrollo de la capacidad de abstracción en el bebé.

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

*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\*\*\*\*.*

*Suele utilizar 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.

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

*Hipotonía. Retraso en la adquisición de la posición de sentado y de pie\*\*\*\*.* Se suele corresponder con una inhibición psicomotora. Por ser un signo compartido con una evolución depresiva y con otros retrasos en el

desarrollo psicomotor, no es específico de una posible evolución autista.

*Ante el espejo, no suele sentir curiosidad por su imagen, la evita, e incluso rechaza el mirarla\*\*\*\*.* Es un signo bastante específico de funcionamiento autista. Sin embargo, a esta edad, no es tan grave como a los 18 meses, ya que esta capacidad de interesarse, verse y reconocerse a través del espejo para incorporar en su mundo interno la imagen y la representación mental, a la vez real e idealizada de sí mismo, se va desarrollando entre los seis y 18 meses. No obstante, en el niño que evoluciona con riesgo de funcionamiento autista, estas dificultades de verse y reconocerse surgen antes de verse reflejado en un espejo, ya que al evitar la relación y comunicación con el otro a través de la mirada que para él haría la función de espejo, no puede verse reflejado en ella.

*Trastornos del sueño\*\*\*\*.* Aunque son inespecíficos de la evolución hacia un funcionamiento autista, en el caso de un exceso de sueño expresan una modalidad de aislamiento y repliegue que, junto con otros signos anti-relación y anti-comunicación, van en el sentido de las defensas autistas. 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.

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

*Ante un adulto desconocido el niño reacciona frecuentemente con llanto y pánico difícil de calmar y contener por la madre o su cuidador habitual\*\*\*\*.* En este caso, la reacción de pánico y llanto indica un esbozo de diferenciación y amenaza de separación para el niño, con el consiguiente riesgo de ausencia y de pérdida de la persona que le cuida. Se trata de una situación y una 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 de repliegue relacional con refuerzo de sus defensas y barrera autista tras la que puede encerrarse



de nuevo. Depende también una u otra evolución de la fortaleza y seguridad del vínculo que el niño puede tener con quien le cuida.

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

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

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

## La intervención temprana

Ya hemos visto que la base del desarrollo sano en el niño, así como el proceso de desarrollo del trastorno autista (sin negar la importancia de los factores genéticos y constitucionales, es decir, el temperamento del niño), tienen mucho que ver con la crianza, con el estilo de interacción que se va estableciendo entre el entorno cuidador y el bebé a lo largo de su primer año de vida. Desde esta perspectiva, la detección, diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo presentes en el niño y en la interacción con él serían posibles en el primer año de vida, como lo demuestra el importante porcentaje de padres (30 % - 50 %) que observan alteraciones

precoces en el desarrollo y en la comunicación con sus hijos durante el primer año. Además, la experiencia clínica basada en el estudio e investigación del estilo de interacción precoz entorno cuidador-bebé y, más específicamente, padres-bebé, muestran que este tipo de intervención temprana es posible (Larbán, 2008). Para conseguirlo, habría que cambiar los parámetros tardíos en los que los profesionales nos apoyamos actualmente para efectuar la detección y utilizar los que hemos indicado anteriormente (las dificultades duraderas y repetitivas, tanto para la integración de la sensorialidad como para el desarrollo de la intersubjetividad) como factores precoces de riesgo interactivo de una posible evolución hacia un funcionamiento autista del niño.

Es importante tener en cuenta que estudios recientes, basados en los datos personales recogidos durante varios años a partir de filmaciones familiares, efectuados por Sandra Maestro y Filippo Muratori, profesores de la Universidad de Pisa (Italia), muestran que entre los seis meses y el año, en un porcentaje muy importante de casos (87 %), se puede detectar y diagnosticar la evolución hacia un funcionamiento autista de carácter progresivo y fluctuante-progresivo. Quedarían excluidos de este seguimiento evolutivo y evaluativo el 13 % restante de niños que, entre los 15 y 24 meses, pueden presentar un funcionamiento autista de tipo regresivo que se presenta frecuentemente como reactivo y asociado a una cascada de pérdidas importantes para éstos, tal y como indicábamos en el apartado de la evolución del proceso autístico al referirnos a la evolución regresiva (Maestro et al., 1999, 2001, y Muratori, 2008, 2009, 2012).

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

Respecto al diagnóstico clínico, no podemos olvidar que uno adecuado es lo que permite poner en marcha un tratamiento acertado. El diagnóstico del funcionamiento autista se basa en la conducta observada en la interacción. La interpretación de la significación de una

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

Hay que destacar el importante trabajo clínico y de investigación efectuado en el servicio de pediatría (neonatología y neuropediatría) del hospital de Sagunto en España, llevado a cabo por destacados profesionales de la neuropediatría, Mercedes Benac, y de la psicología clínica, Pascual Palau, que está permitiendo el diagnóstico y tratamiento psicoterapéutico (centrado en la interacción padres-bebé) del comienzo de los trastornos psicósomáticos y autísticos primarios en las primeras semanas de vida del bebé, evitando así que dichos trastornos se instalen y cronifiquen en el psiquismo temprano del niño (Palau, 2009a, 2009b).

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

El deseo del otro para comunicarse de forma prioritaria y empática con el niño que presenta un funcionamiento defensivo autístico, comprendiendo y respetando

sus temores pero sin ser cómplice de ellos, ajustándose a la evolución de sus defensas, buscando la forma de interesarlo en lo que le proponemos, y siempre teniendo más en cuenta sus intereses que los nuestros, facilita la interacción y permite el establecimiento de una rudimentaria alianza terapéutica que es la base en la que se apoya todo progreso terapéutico y educativo, no solamente en el seno de una relación profesional, sino también de crianza.

La alianza terapéutica se fundamenta en la interacción empática que se establece entre dos personas o más, con el objetivo común de conseguir unos determinados resultados. Esto supone, en el seno de una relación de ayuda, el desarrollo de un proceso co-construido en el seno de una interacción evolutiva y en espiral que, aunque asimétrica entre quien da y quien recibe ayuda, supone una relación de comprensión y de interdependencia recíproca, además de una colaboración y respeto mutuos. La base de esta alianza terapéutica en un sentido amplio sería la comprensión empática con las características antes descritas, que permite al terapeuta o al que presta ayuda comprender lo que siente y lo que piensa el otro “como si” estuviese en su interior. A su vez, este proceso interactivo permite sin pedírsele, que el otro, a su vez, intente comprendernos de la misma forma.

Me parece oportuno señalar la importancia de que, tanto en el momento de la detección como del diagnóstico, la información que se 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.

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

Por eso es muy importante trabajar adecuadamente con estos niños y adultos las transiciones de una actividad a otra, de un sistema de cuidados a otro, y también

las ausencias, para ayudarles a interiorizar el sentido de continuidad existencial dentro de la discontinuidad relacional que la realidad de la vida nos impone, tal y como nos muestra muy acertadamente la Dra. Viloca en su libro *El niño autista* (2003).

Los centros terapéutico-educativos de día, así como los centros de rehabilitación psicosocial de día, a tiempo completo o parcial, han demostrado ser un dispositivo intermedio, entre la hospitalización y la atención ambulatoria, que puede proporcionar buenos resultados cuando el equipo terapéutico-educativo está adecuadamente y específicamente formado, coordinado, y además, preparado para trabajar en la red asistencial comunitaria de salud mental, en los casos en que los trastornos son más severos y se hace muy difícil o imposible la integración escolar y social del niño, así como la integración social y laboral del adulto que los padece.

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

## Conclusiones

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

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

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

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

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

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

## Bibliografía

- FRITH, U. (1989). *Autismo*. Madrid: Alianza.
- GOLSE, B. (2004). *Du corps à la pensée*. París: PUF.
- GREENSPAN, S. I. Y WIEDER, S. (2008). *Comprender el autismo: un recorrido por los trastornos del espectro autista y el síndrome de Asperger a lo largo de todas las etapas escolares hasta la edad adulta*. Barcelona: Plaza.
- HOUZEL, D. (1993). El tratamiento precoz del autismo y de las psicosis infantiles por medio de una aplicación de la observación de bebés. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 15-16, 73-95. Recuperado en: <http://www.sepyrna.com/articulos/tratamiento-precoz-autismo-observacion-bebes/>
- HOUZEL, D. (2002). *L'aube de la vie psychique*. Nogent-le-Rotrou: ESF.
- LARBÁN, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 63-152. Recuperado en: <http://www.sepyrna.com/articulos/guia-prevencion-deteccion-precoz-funcionamiento-autista-nino/>
- MAESTRO, S., CASELLA, C., MILONE, A., MURATORI, F.

Y PALACIO-ESPASA, F. (1999). Study of the onset of autism through home movies. *Psychopathology*, Vol. 32 (6), 292-300.

MAESTRO, S., MURATORI, F., BARBIERI, F. ET AL. (2001). Early Behavioural development in Autistic Children: the first two years of live through home movies. *Psychopathology*, 34, 147-152.

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

MELTZER, D. (1974). Adhesive identification, En A. Hahn (ed.), *D. Meltzer, Sincerity and Other Works*, Londres: Karnac, 1994, 335-350.

MELTZER, D. (1975). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Ed. Paidós S. A., 1984.

MURATORI, F. (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria I. *Psicopatol. Salud Ment.*, 12, 39-49. Recuperado en: <http://es.scribd.com/doc/86601319/Autismo-como-Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-I>

MURATORI, F. (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (y II). *Psicopatol. Salud Ment.*, 13, 21-30. Recuperado en: <http://es.scribd.com/doc/86602014/Autismo-como->

### Efecto-de-un-Trastorno-de-la-Intersubjetividad-Primaria-II

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

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

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

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

SPITZ, R. A. (1970). *Primer año de vida del niño, génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Ed. Aguilar.

SPITZ, R. A. (2001). *No y sí: sobre la génesis de la comunicación humana*. Barcelona: Paidós.

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

WINNICOTT, W. D. (2002). *Realidad y juego*, Madrid: Ed. Gedisa.