



IMAGEN: Alban Gonzalez

# Los primeros pasos en la intervención con bebés en riesgo de sufrimiento psíquico

ENTREVISTA DE Raquel Oliveira

CON Érika Parlato-Oliveira

**Raquel Oliveira** Ante todo quiero agradecer su disposición para conversar sobre una cuestión tan importante para la clínica de la infancia y de la adolescencia. A partir de su experiencia, ¿qué es para usted el autismo?

**Érika Parlato** En primer lugar, estoy muy agradecida por su interés. Inicialmente mi trayectoria con el autismo dentro del Psicoanálisis me hizo entender que, en verdad, es un diagnóstico médico, psiquiátrico. No es una perspectiva que comparto en los grupos de investigación que integro, tanto en la Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como aquí en París VII. Actualmente, trabajando con la identificación del riesgo de autismo en el bebé, hemos pensado cada vez más en que se trata de algo que acontece de forma multifactorial. Por eso nos centramos en identificar algún riesgo en el bebé, para intentar identificar bien desde el inicio si hay una predisposición. Debemos estar atentos para identificar si el bebé padece algún sufrimiento o no. Estoy pensando en el sufrimiento psíquico, ya que generalmente pensamos más en sufrimientos del cuerpo. Estoy levantando la cuestión de que pensemos más en otros sufrimientos, psíquicos, que pueden darse en la constitución del sujeto durante el primer año de vida. Entonces, precisamos saber que, en el caso del autismo, es importante evaluar si ya habría algún riesgo en el bebé que lo pudiese llevar a constituirse como un autista. Y, más hacia adelante, mucho tiempo después, es que se puede pensar en un diagnóstico de autismo desde una perspectiva psiquiátrica. Quien va a trabajar con el diagnóstico en esta fase más avanzada es la Psiquiatría.

**Raquel Oliveira** En esa primera evaluación de los riesgos relacionados al desarrollo del autismo, ¿cuáles serían los primeros pasos para la acogida del bebé y su familia? ¿Qué sería importante respecto a la intervención, habiendo identificado ese riesgo?

**Érika Parlato** Formo parte del PREAUT (Programa de Investigación y Evaluación del Autismo). El PREAUT es una asociación francesa también existente en Brasil hace más de 10 años. Entonces, hemos trabajado mucho en cuanto al tema de la capacitación de profesionales que están en la primera línea, allí a donde llega el bebé. No solo el pediatra, tenemos un Sistema Único de Salud, el SUS, que tiene toda una primera línea que trabaja con el modelo del PSF (Programa Salud de la Familia), que funciona como una puerta de entrada por la que pasan todos los bebés. Brasil tiene una cobertura de vacunación que es excelente y, desde mi punto de vista, podemos vincular la capacitación del profesional que está situado en esa primera línea, al momento en que el bebé pasa por la red pública. Por ejemplo, en este momento de la vacuna, cuando el bebé frecuenta su Unidad Básica de Salud, el profesional que está allí tiene que estar capacitado para saber identificar si el bebé presenta algún sufrimiento psíquico o no. Hemos trabajado mucho en ese sentido en la UFMG. Capacitamos a muchos profesionales de la red pública, no solo de Belo Horizonte, sino en todo el estado de Minas. En São Paulo también tuve la oportunidad de participar en una capacitación en Garulhos y en más de diez ciudades de su entorno, con el objetivo de capacitar profesionales de toda aquella región, no solamente a pediatras.

**Raquel Oliveira** ¿Usted pudiera detallar un poco más en qué consiste esa capacitación? ¿Qué profesionales deben ser capacitados?

**Érika Parlato** El PREAUT constató que, en Brasil, el pediatra ve al bebé cuando tiene una queja orgánica identificada por la familia, como otitis, diarrea. Son los momentos específicos en que se da la consulta con el pediatra. En Brasil, la puericultura, o el acompañamiento del desarrollo y del crecimiento del bebé, no es hecha necesariamente por el pediatra. Ella es hecha por un equipo encargado de eso. Entonces, para nosotros, lo esencial es que ese equipo, compuesto por enfermeros, psicólogos, pediatras, entre otros profesionales, esté capacitada para ver si el bebé sufre. Si el bebé pasa por la Unidad Básica de Salud, entonces, en esa primera línea, es que necesitamos tener profesionales capacitados para percatarse de si el bebé corre riesgo. Hablamos del bebé, pero es claro que siempre pensamos también en su cuidador principal, que generalmente es la madre, y que es, de hecho, quien cuida al niño regularmente. Vemos que puede ser la madre, la vecina, la madrina, la nana, es decir, eso varía, pero el bebé tiene un cuidador habitual. Es este cuidador habitual quien va a llevar al bebé a vacunarse, por ejemplo. Entonces, en ese momento, ambos pueden ser observados, y el profesional puede quedar en estado de alerta en cuanto a si el bebé está sufriendo. Es importante dejar claro que estamos hablando de dos tipos profesionales diferentes, el que está capacitado solamente para identificar el riesgo, el sufrimiento, y aquel que está capacitado también para intervenir. Además, es necesario que exista una red formada en cada territorio, capaz de hacer la intervención con la madre y el bebé al mismo tiempo, de forma muy rápida, pues el bebé no puede esperar. No puede quedar en una lista de espera. Una semana para un bebé de dos meses es la octava parte de su vida. Es muy diferente a nuestra noción de tiempo.

Quando trabajamos con bebés que sufren estoy pensando en el primer año de vida, antes del primer aniversario es preciso realizar una intervención inmediata con el bebé y con ese cuidador principal. Entonces, esa intervención debe realizarse por profesionales que, para lidiar con ese grupo etario, precisan invertir en una formación profesional para el ejercicio de la clínica de orientación psicoanalítica. Se trata de cuestiones bien complicadas. El pediatra que va a identificar las señales no va a ser necesariamente aquel profesional que se interesa por la clínica, por el Psicoanálisis, que tiene tiempo en su agenda para ejercer una intervención semanal. Por eso, nosotros precisamos hablar de una atención más amplia, con otros profesionales. Entonces, existe una preocupación inicial que es identificar al bebé con riesgo de autismo y de otros sufrimientos psíquicos, ya que no solo existe el autismo en la vida del bebé, otros sufrimientos psíquicos también están presentes. Cuando identificamos el riesgo, entonces, tenemos que buscar a un profesional capacitado para intervenir con el bebé y con su principal cuidador.

**Raquel Oliveira** Según esta idea de una acogida en dos etapas, es preciso identificar el riesgo, y, posteriormente, encaminar la intervención, para la atención propiamente. En esa primera etapa, ¿qué es lo más importante a lo que se debe prestar atención? Incluso, de cara a la segunda etapa de encaminamiento para la intervención.

**Érika Parlato** Lo primero y más importante es escuchar a la madre, o a ese cuidador habitual. Las informaciones con que contamos después, a partir de los relatos de las madres,

siempre se caracterizan por que la madre refiere que sentía que algo no estaba bien. O bien porque es el segundo hijo, o porque compara con otros bebés más o menos de la misma edad. Pero la madre percibe que hay algo que le incomoda. Y muchas veces, como es algo sutil, en la consulta (dado el ritmo con que se realiza, en las condiciones con que contamos hoy) acaba pasando que el personal de salud no tiene tiempo para escuchar a la madre. Por ejemplo, es un bebé que puede estar creciendo bien, alimentándose bien, durmiendo bien. A veces, hasta duerme demasiado bien, lo que puede ser una señal de alerta. A veces encontramos bebés que duermen mucho. No estoy diciendo que dormir mucho sea un problema. Pero, frecuentemente, parece que algunos bebés tienden a usar ese recurso de dormir más de la cuenta para no estar en relación con el otro. Y, ¿cómo una madre va a protestar por un bebé que duerme mucho? ¿Qué dirán de esa madre? Van a decir: “¿Cómo es posible señora? ¡Él es muy bueno! Él duerme, la deja hacer todo en la casa. ¿Cómo va a protestar por un bebé que duerme mucho?” Es difícil protestar por eso. Entonces, lo que observemos es esencial.

**Raquel Oliveira** ¿Cuál debería ser la postura del profesional que está acogiendo al bebé y a su madre o cuidador habitual?

**Érika Parlato** El primer paso es que el profesional escuche y le permita a la madre decir si algo le inquieta, sin juzgarla. Porque las madres refieren mucho lo siguiente: “¿Cómo yo iba a reclamar porque mi bebé fuese demasiado serio? ¿O porque durmiese de más? ¿O porque no se riera cuando yo le hablaba?” Parecería que está quejándose de un lujo. Porque es un bebé que está bien, que crece bien, se desarrolla bien. ¿De qué se queja la madre? Entonces, el primer paso para darse cuenta es escuchar a la madre. Muchas veces los pediatras me hacen la pregunta contraria: “¿Cómo yo le digo a la madre que el bebé tiene un problema?” Nunca tuve que decirle a una madre que su bebé tiene un problema. Siempre es la madre quien viene a decir cuando su bebé tiene un problema. Ella se siente aliviada por encontrar un profesional que cree en lo que ella está diciéndole. Que va, junto a ella, a investigar lo que le está pasando a su bebé. Que le cree. Porque ella le dice: “Mira, yo veo a los bebés, yo conozco bebés... Hay algo que no está bien.” Aunque ella no sepa lo que es, hay algo que ella, que pasa las 24 horas del día cuidando al bebé, sabe que no está bien. Usted se sienta, espera, y le ofrece tiempo, le permite al otro que tenga la oportunidad de hablar sobre lo que está pasando. Y entonces vamos a saber lo que la madre tiene que decir de su bebé, que no está bien, y entonces concordamos con ella y le proponemos: “¿vamos a intentar resolver esto juntos?” En esa etapa, con niños de esa edad, es raro encontrar madres que huyan del tratamiento, porque es muy diferente del caso de las familias de niños autistas de cuatro, cinco años de edad. Ese es otro momento. Entonces, varios profesionales cuentan: “Ah, la familia está negándolo, no acepta el diagnóstico”. Es otro momento de la historia. Ellos ya pasaron por muchas otras experiencias. Cuando estás frente a un bebé y a su cuidador, esa madre está sufriendo por la dificultad del bebé desde el inicio. Entonces, el hecho de encontrar a alguien que le permita hablar de ese problema le alivia: “Uff, encontré a alguien que entiende lo que estoy sintiendo.” Entonces: ¿qué es lo difícil? Ella te va a decir:

“Mira, él duerme demasiado, y no consigo jugar con él, él no muestra interés.” Le decimos: “vamos a intentar mejorar ese día a día.” No hay madre que no quiera eso. Cambia todo. Es muy diferente a cuando trabajamos con otro grupo de edad. Las situaciones son otras, las barreras son otras. En el caso de los bebitos, el hecho de abrirnos a escuchar el malestar de la madre hace que ella encuentre un apoyo para poder expresarse y para poder trabajar juntos.

**Raquel Oliveira** Por eso es tan importante contar con profesionales capacitados.

**Érika Parlato** Ese profesional en la primera línea tiene que saber escuchar. Tiene que creer que la madre sabe lo que está diciendo del bebé. Es su bebé, lo conoce. Yo digo madre, pero me refiero al adulto responsable del niño. Publiqué un trabajo en la década de los 90 sobre una investigación en que participaba una población del Centro de Salud-Escuela. En ese estudio comparamos, a partir de la aplicación de un cuestionario, la coincidencia entre lo que la madre decía y lo que se observa en el bebé. El resultado fue de un 94% de coincidencia. En aquella época usaba como recurso para dar clases de pediatría la siguiente observación: Al contrario de ir inmediatamente a palpar al bebé, si le preguntas a la madre “¿Dónde crees que le duele?” Ella sabe. 94% de las madres sabían identificar el problema de forma primaria. No se puede decir que es parte y parte. No se trata del 50% de los casos, el 94% de las veces aquello que la madre dice coincide con lo que el pediatra encuentra en el bebé. Entonces, ese dato le confiere credibilidad a lo que la madre está diciendo.

El segundo paso es muy importante, es ver si el bebé reacciona a lo que se le ofrece. Entonces, si yo le hablo y él me responde, todo está bien. Casi todos los bebés hacen eso. ¿Cuál es la diferencia? El tiempo para mí es una palabra clave. Necesito saber si el bebé toma la iniciativa, si muestra interés, más allá de si es capaz de responder. Me gusta mucho el verbo “provocar”. Es preciso saber si el bebé es capaz de provocar al adulto e interactuar con él. Entonces, además de saber si el bebé interactúa con el adulto, cambiamos el centro de atención, cambiamos el orden de los elementos. Si yo le hablo y él me responde, el bebé interactuó conmigo. Ahora, yo quiero saber lo contrario. Cuando no le hablo, ¿él me provoca para que le hable? ¡Eso lo cambia todo! Porque lo que sabemos en términos de investigación es que los bebés con riesgo de autismo no son capaces de tener la iniciativa. A veces ellos hasta responden. En algún momento consigues una respuesta suya. Lo que nunca consigues, en su caso, lo que ellos no son capaces de hacer por sí solitos, es provocarte, tomar la iniciativa. Entonces, esa es la gran diferencia, y es difícil a veces, para el personal de la salud, percatarse de esa diferencia. Porque la madre incluso puede llegar a decir: “Él es medio triste, es un bebé difícil”. Pero conversas con él con una entonación que llama su atención. Quien está acostumbrado a trabajar con bebés, generalmente usa una entonación específica de forma espontánea, que es llamado “manhês”<sup>1</sup>. Frente al bebé usted habla con otra musicalidad y el bebé

---

<sup>1</sup> Término portugués sin equivalente exacto en español que designa la forma especialmente melodiosa, rítmica, suave, con que, en ocasiones, una madre u otro adulto, le hablan a un bebé.

reacciona a eso. De ese modo, puede pasar que el profesional piense que el bebé está bien porque acepta la provocación. Entonces pasamos a la etapa siguiente. Usted habla y él responde. Ahora deseamos saber lo contrario. Cuando usted no habla, ¿él te provoca? Ya eso es diferente. Tenemos que entender que cada quien tiene su momento en un diálogo. Cuando yo hablo usted responde. Ahora le toca al otro. ¿Él me provocará, tomará la iniciativa para que dialogue con él? Ahí cambia la historia. No solo vemos que el adulto se dirige al niño y que el niño le responde. También vemos al bebé dirigiéndose al adulto, provocando al adulto para que este le responda. Esto es una muestra de cómo observamos al bebé. Porque el bebé es capaz de hacer eso desde los primeros días.

**Raquel Oliveira** ¿Usted nos está diciendo que desde los primeros días de vida los bebés son capaces de tener la iniciativa de interactuar con los adultos, con el mundo a su alrededor?

**Érika Parlato** Bebés de dos días de nacidos son capaces de provocar. No sabemos con un día de nacidos porque, generalmente, durante el posparto el bebé pasa por un periodo de reposo de, aproximadamente, 24 horas. Él necesita reorganizarse después de la situación por la que atravesó durante el parto. Entonces, durante el primer día de vida no investigamos al bebé. Soy una psicoanalista a la que le gusta mucho investigar y transmitir, entonces hago las tres cosas. En la UFMG coordino un laboratorio de investigación sobre bebés. Se llama Baby Lab - UFMG. Aquí en París trabajo en colaboración con Maya Gratier, del laboratorio de bebés de la Universidad de París Nanterre. Cuanto más sepamos sobre las competencias del bebé, más podremos traspasar ese conocimiento al área de la clínica y entender lo que el bebé es o no capaz de hacer. Entonces, a partir de las investigaciones con informaciones del bebé, sabemos sobre sus competencias, que es capaz de interactuar con otros y tener iniciativa, provocar al adulto que lo cuida desde su segundo día de vida. No tiene por qué esperarse más tiempo. Antes no sabíamos eso y entonces decíamos: “No, vamos a esperar, él es muy pequeñito, apenas consigue ver. Vamos a esperar, con el tiempo él lo va a hacer”. Hoy contamos con datos de investigación que muestran que no precisamos esperar. Desde el primer momento, desde que llega a casa, saliendo de maternidad, el bebé es capaz de provocar al otro. No tiene por qué ser de otra forma. Ese es un dato esencial.

**Raquel Oliveira** Usted contó un poco sobre su trabajo en la UFMG. ¿Nos podría decir cómo fue su formación? ¿Es psicoanalista de origen? ¿Cómo es su práctica? ¿Cómo trabajan?

**Érika Parlato** Provengo de la lingüística, entonces, el lenguaje me formó. Mi base está en la lingüística y en la fonoaudiología, y, a partir de ahí, creo que el lenguaje tiene que ser analizado desde muchos ángulos. Tengo una especialización en psiquiatría infantil que hice en el Instituto de Psiquiatría de la USP, donde estuve en contacto con niños autistas y psicóticos. Pero eso fue en el siglo pasado. Antes del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) todavía existían autistas y psicóticos. Lo que hoy, después del DSM-V, es un problema. Hice una Maestría en Lingüística en el IEL (Instituto de Estudios del Lenguaje), en la Unicamp, un sector de referencia en Brasil para estudiar la cuestión del lenguaje. Comencé a estudiar

en París en 1995 y desde entonces colaboro en investigaciones con ese grupo. Hice un Doctorado en Ciencias Cognitivas y Psicolingüísticas, en el que abordé las cuestiones del lenguaje desde un punto de vista mental, desde la perspectiva de las ciencias duras, un conocimiento también necesario para pensar el lenguaje. Además, hice un Doctorado en Comunicación y Semiótica, con el grupo de la PUC - São Paulo, coordinado por Lucia Santaella, que es una gran referencia en esa área, no solo en Brasil. Y después, realicé un posdoctorado en psiquiatría infantil en el Servicio del Profesor David Cohen, en el Hospital Pitié-Salpêtrière, abordando la cuestión del “manhês”, de la entonación, de las señales de riesgo en el bebé. Concomitantemente, colaboro con el profesor Fillippo Muratori, de la Universidad de Pisa. Hay una investigadora con la que trabajo mucho aquí en París, que se llama Marie Claire Busnel, que fue la primera en trabajar con sensorialidad fetal, sobre cómo las entradas sensoriales favorecían la comunicación del bebé en el interior del útero. Durante el posdoctorado fui a maternidad, y allí trabajé con las gestantes en el último trimestre de gestación y pasamos de pensar que el bebé de dos días ya es muy competente a pensar, incluso, en el bebé antes del parto. En paralelo a eso, desde 1998, he trabajado la clínica psicoanalítica con bebés, junto a Marie Christine Laznik, a quien conozco desde esa época.

Junto al equipo de PREAUT nosotras hemos construido un poco esa clínica, que es nueva. No es un proyecto acabado. A partir del momento en que sabemos que hay una señal de riesgo, tenemos que capacitar al personal de la salud y de la educación, porque tenemos casos en que bebés muy pequeños se quedan en la guardería de siete a siete. Entonces es necesario que el personal de la educación que está en la guardería sepa sobre el bebé, sobre lo que el bebé es capaz de hacer. Porque a veces esa es la realidad del bebé, él es cuidado por el personal de la guardería, no por su mamá o su papá. En este caso no estoy pensando en la escuela, sino en ese periodo de la guardería, donde el bebé a veces pasa la mayor parte del día. Cada vez nos empeñamos más en formar personas para la intervención. Necesitamos de mucha gente para identificar el riesgo, que, además, es inusual. Sabemos que un bebé con riesgo de autismo no va a aparecer todas las semanas. Es importante esclarecer que no existe ninguna epidemia de autismo, ;no es cierta esa idea de que hay autistas en todas partes! Esa no es la realidad. Me gusta mucho un texto del profesor François Ansermet que discute mucho el aumento generalizado de diagnósticos de autismo. Él muestra que para nada es así. Esos números están sobrestimados.

**Raquel Oliveira** ¿Quiere decir que es necesario tener cuidado en relación con los diagnósticos de autismo y de otros sufrimientos psíquicos que puedan estar padeciendo los bebés?

**Érika Parlato** El día que el profesional esté capacitado para identificar los sufrimientos de un bebé, necesitaremos tener en la red, también profesionales formados que puedan ocuparse de acompañar a ese bebé. Nos estamos empeñando mucho en formar personal para eso. En la UFMG tuvimos la oportunidad de colaborar con un gran centro de diagnóstico de autismo de niños. Lo que propusimos fue ofrecer una evaluación a las familias que tienen un hijo mayor autista y están con un bebé en casa o la madre está embarazada nuevamente. Hacemos una consulta, apoyamos

a la madre y al bebé, que, en este caso, tiene un hermano mayor autista. Porque la literatura dice que el riesgo de tener un segundo niño autista en la misma familia es muy grande. Entonces, eso ya nos favorece para la observación de ese bebé pequeño que, en principio, tiene un riesgo potencial. Un dato importante es que, en determinado momento, se discutió si no estaríamos creando otro problema para la madre. Ofrecerle atención a la madre embarazada que ya tiene otro niño autista en casa, ¿podría causar algún problema? ¿Podría incomodar a la madre? Hoy sabemos, después de más de 50 familias atendidas, que las madres se sienten muy bien y más seguras con esta posibilidad. Toda la atención es pública, son servicios brindados por el SUS, en colaboración con la UFMG.

**Raquel Oliveira** Al identificar algún riesgo, ¿cómo ustedes proceden?

**Érika Parlato** Son pocos los que van a precisar de un acompañamiento más cuidadoso, más próximo. Pero, a cualquier bebé que se identifique que sufre, se le ofrece, al momento, a él y a su familia, la oportunidad de superar esa dificultad a través de atenciones semanales gratuitas, esto es muy importante.

La capacitación para la atención a los bebés y sus padres es muy valiosa. En São Paulo, colaboro con el Instituto Langage (una ONG). Allí tenemos un grupo en formación continua y supervisión semanal. Atendemos en una clínica social a los bebés que lo necesitan y a sus familias. Y en Belo Horizonte participo en un programa de formación junto a Rosely Graziere Melgaço y Thereza Bruzzi, en la Escuela Freudiana de Belo Horizonte (IEPSI). Allí también tenemos cómo atender a bebés. El PREAUT existe en diversas ciudades, de norte a sur de Brasil. Entonces, el coordinador del PREAUT, en cada extremo, tiene sus equipos de formación continua. Marie Christine Laznik imparte un curso de formación cada quincena en el centro Alfred Binet, en París. También están los congresos y coloquios, así como la transmisión de conocimientos a través de las publicaciones. Coordinó una colección que se llama “Comienzos y tropiezos en el Lenguaje”, del Instituto Langage. Hemos logrado publicar libros con relatos de esas experiencias de la clínica y sobre las competencias del bebé. Obviamente, la formación es diferente a la capacitación para la identificación del riesgo. Por ejemplo, en la capacitación para identificar el riesgo, generalmente nosotros contamos con un número de horas que no deben ser sobrepasadas. Pero el profesional que va a trabajar en la intervención con niños necesita una formación más cuidadosa y continua.

**Raquel Oliveira** En relación a los puntos de trabajo del PREAUT, en Brasil, ¿cómo ha sido realizado el trabajo de prevención del autismo?

**Érika Parlato** Actualmente no usamos el término prevención. En otro momento la sigla “PREAUT” significó Prevención del Autismo. Eso fue en 1998. En el 2002 definimos que no se trataba de prevenir, porque consideramos que el bebé nace con una predisposición para devenir autista. Así, en el momento en que identificamos una señal de riesgo, aunque el bebé tenga solo un año de vida, ya él tiene esa señal de riesgo. Entonces, no estoy previniendo en el sentido clásico del término, en el sentido de evitar que pase algo, como en el caso de las vacunas, por ejemplo. Usted se vacuna contra la rubeola

para no contraer rubeola. No es ese el tipo de prevención que estamos haciendo en el PREAUT. Realmente, estamos ya ante la presencia de una señal de riesgo, que algo no está funcionando bien y, en ese momento, lo que se hace es intervenir para que esa predisposición al autismo no se concrete. Porque una predisposición no es algo acabado y definido. Se nace con una predisposición a desarrollarse como autista, pero lo que pasa en el entorno es lo que favorecerá que esa predisposición se haga realidad o no.

**Raquel Oliveira** Recientemente fue aprobada en Brasil la Ley 13.438, que instituye la obligatoriedad de un protocolo de evaluación del riesgo psíquico en bebés. ¿Usted considera que esta Ley puede favorecer el trabajo de evaluación de sufrimiento psíquico en bebés?

**Érika Parlato** En verdad, es un párrafo que incluye una mirada en relación al psiquismo en el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA). Algo bien puntual. Históricamente el ECA establecía la obligatoriedad de realizar una evaluación de los dientes, del crecimiento y no se consideraba el aspecto psíquico. Entonces, en realidad, ese párrafo que se agrega en el ECA, determina que el psiquismo sea considerado en una etapa etaria, en que, verdaderamente, se olvida bastante. Difícilmente el profesional que trabaja con bebés que tienen entre 0 y 18 meses, tuvo durante su formación, un referente para pensar el psiquismo. En la UFMG los alumnos de pediatría reciben clases de lenguaje y sobre las competencias del bebé. Cuando ellos pasan por el Ambulatorio de Pediatría, tienen acceso a esa información. Pero, infelizmente, eso no ocurre en todos los programas de formación de Medicina, principalmente en la especialización en pediatría.

Algo que no era entonces considerado, el psiquismo, a partir de la ley que lo incluye en un párrafo del ECA, pasa a ser considerado, apareciendo en la etapa etaria de 0 a 18 meses, en que no era muy evidente. Lo que pasa a partir de entonces es importante, pues comenzaron a llegar al PREAUT solicitudes a través de Facebook, o a través de mi e-mail personal, por parte de asociaciones de pediatras, que nos decían: “Ahh! Ahora estoy obligado a saber algo que no sé. ¿Cómo hago para aprender?” Me percaté, entonces, de la emergencia de un movimiento muy positivo por parte del profesional de la salud, no solo del pediatra (porque el texto declara “en consulta pediátrica”). Quien conoce el funcionamiento del SUS sabe que “en la consulta pediátrica” el profesional implicado no es exclusivamente el pediatra, porque el SUS trabaja hoy según la propuesta del PSF (Programa de Salud de la Familia). Durante su crecimiento el niño es acompañado por profesionales de la salud responsables del territorio. No necesariamente solo por pediatras. Este equipo es multiprofesional, puede haber psicólogos, enfermeros. Entonces, a partir del momento en que existe una ley que implementa la realización de una evaluación psíquica, percibo que los profesionales comenzaron un movimiento muy interesante, y se cuestionaron lo siguiente: “Hay algo que no sé. ¿Cómo lo aprendo?” Entonces, creo que este movimiento de por sí, es muy válido. Porque el profesional comenzó a reconocer que existe algo que él no sabe y a demostrar su interés por aprender. Surge la oportunidad de que ese profesional comience a estar en alerta sobre aquellas cuestiones que referíamos al comienzo de la entrevista, a saber, cuáles son esas señales que necesito observar en el bebé. Es evidente que la ley no dice cuál es el protocolo a seguir.

**Raquel Oliveira** ¿Es algo importante el hecho de que no se defina el protocolo?

**Érika Parlato** Una ley no puede definir el protocolo que va a ser usado. La ley establece que debe hacerse la evaluación a través de un protocolo o de un instrumento destinado a eso. Incluso, la palabra “protocolo” es acompañada por la frase: “o por otro instrumento creado con ese objetivo”. Con la publicación de la ley, nosotros recibimos muchas demandas de las prefecturas ante la dificultad de escoger el protocolo, con algunas interpretaciones equivocadas sobre el grupo etario. Es importante señalar que la ley dice “entre 0 y 18 meses”. A partir de los 18 meses ya no se está dentro de ese grupo. Claro que, solo el hecho de discutir sobre el tema es muy importante, pues en el campo de la salud mental el bebé siempre era dejado fuera y ahora estamos hablando del psiquismo del bebé. Por lo menos ahora contamos con algo por lo que hemos batallado desde hace años para que fuese comprendido. Incluso, la oposición por parte de los profesionales de la salud mental y tal vez, de algunos psicoanalistas, pudiese tener una resonancia interesante, como, por ejemplo, una crítica en relación al aumento del número de diagnósticos de autismo. No obstante, ya este tema formaría parte del debate y de la construcción en el campo de la investigación y de la clínica.

**Raquel Oliveira** También está la crítica en relación a la medicalización desmedida, en fin, toda esta problemática de la patologización abusiva en el campo de la clínica infantil. ¿Qué opinión tiene sobre este tema?

**Érika Parlato** La ley no habla de autismo, no usa la palabra “autismo”. Además, la ley no conduce a un aumento o exageración en el diagnóstico del autismo. Ya eso venía pasando, no es algo de ahora. El número de diagnósticos de niños con autismo venía creciendo con el paso del tiempo. No es la ley la que lo está estimulando, eso ya era un hecho. Creo que la Ley no se refiere al diagnóstico y no se refiere al autismo. Se refiere a hacer una evaluación sobre el psiquismo del bebé. Entonces, hay una distorsión en la comprensión del texto. El movimiento que percibimos de los profesionales de la salud, profesionales que evalúan al bebé, es un movimiento en torno a la búsqueda de conocimientos sobre el psiquismo del bebé. Eso tiene que ser valorado.

**Raquel Oliveira** ¿Nuestra responsabilidad entonces es con la capacitación de los diversos profesionales que atienden a ese grupo etario?

**Érika Parlato** Como lo hemos hecho hace años. Ahora es que los profesionales de la salud lo están demandando, pues se dieron cuenta de que no tienen esa formación, quieren aprender y entender la evaluación de riesgos y el sufrimiento psíquico en esa edad de 0 a 18 meses. El movimiento es muy positivo.

**Raquel Oliveira** Bueno, para concluir, quería preguntarle, ¿qué usted les indicaría a los profesionales interesados en conocer y dedicarse a este trabajo clínico de evaluación e, incluso, de intervención primaria con bebés? En el campo de la salud mental hemos notado, cada vez más, personas interesadas en aproximarse a este ejercicio de la clínica.

**Érika Parlato** Creo que es válido destacar dos cuestiones. La primera es que esta práctica clínica debe ser enfocada de forma transdisciplinar. Hago una clínica psicoanalítica cuyo formato le permite no encerrarse en sí misma. Como lo fue para Freud y para

Lacan, se trata de buscar interlocuciones con otras áreas. Creo que, en el caso del bebé, esa interlocución es realmente esencial. Pienso en una práctica clínica que es psicoanalítica, pero que tiene un carácter transdisciplinar. ¿Qué quiere decir eso? Si tengo que trabajar con un bebé, necesito saber sobre crecimiento y desarrollo orgánico. Necesito conocer bien cuán competente puede ser el bebé y ese es un tema que se investiga en el campo de las Neurociencias. El pensamiento clínico responde a una integración de factores que implican diversas áreas del conocimiento: las Neurociencias y la propia Medicina (en lo referido al desarrollo y al crecimiento del bebé), la Lingüística (que cuenta con todo un aparato para analizar la cuestión del lenguaje), la Semiótica (ya que se trata de una clínica en la que no impera el habla). Estamos más acostumbrados a trabajar con la comunicación oral y, cuando estamos en la clínica para bebés, mucho de lo que allí acontece se da a través de formas de comunicación que no son verbales. Entonces, la Semiótica brinda un soporte para entender otras formas de comunicación más allá de la lengua. Pues, la ausencia del habla no significa ausencia de lenguaje. Sólo que ese lenguaje se está expresando de otras formas. Entonces, este conjunto de conocimientos se basa en el Psicoanálisis (mi ejercicio de la clínica se inscribe en el Psicoanálisis lacaniano), pero no está ajeno al resto del mundo. Es una clínica psicoanalítica que dialoga con la Semiótica, con la Lingüística, con las Neurociencias. Considero que ese es el camino para quien esté interesado en trabajar con bebés. Pensar la clínica psicoanalítica en interlocución, por lo menos, con las Neurociencias y la Medicina, la Semiótica y la Lingüística.

**Raquel Oliveira** La práctica transdisciplinar sería, entonces, la mejor manera de lidiar con el autismo. ¿Usted considera que los investigadores y profesionales de Brasil están teniendo acceso a buenas publicaciones sobre el tema?

**Érika Parlato** Sí, estamos teniendo acceso a una literatura muy buena. Por ejemplo, la colección “Comienzos y Tropiezos en el Lenguaje”, está muy interesante para quien se interesa por los bebés. Ahora en julio lanzamos un libro titulado “El bebé y el otro”, que organicé junto a David Cohen de la Pitié Salpêtrière, con trabajos de Maya Gratier, François Ansermet, Myriam Szejer, Marie Christine Laznik. Este libro habla justamente del bebé y de cómo está interactuando con todo su entorno. El acceso a publicaciones en lengua portuguesa está creciendo significativamente. Existen cursos, grupos de trabajo. Quien lo desee puede entrar en contacto con el PREAUT (PREAUT Brasil) a través de las redes sociales.

**Raquel Oliveira** ¡Muchas gracias! En nombre de la Revista DESidades le agradezco mucho su disposición para conversar con nosotros.

**Resumen**

El diagnóstico de autismo y de otras modalidades de sufrimiento psíquico tiene un fuerte impacto, tanto sobre las dinámicas familiares, como sobre los posibles modos de atención y acogida. Profesionales capacitados, especialmente aquellos que trabajan en las unidades de atención primaria, son fundamentales para el diagnóstico, inclusive, en los primeros días de vida del niño, así como, para las decisiones respecto a la intervención inmediata. La atención primaria debe privilegiar la escucha de los cuidadores para la toma de decisiones, para la acogida y, en especial, en lo concerniente al lugar de las políticas de salud en la atención al sufrimiento psíquico de los niños.

**Palabras clave:**

autismo, bebés, sufrimiento psíquico, capacitación profesional, atención primaria.

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 20/01/2017

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 19/09/2017

**Érika Parlato-Oliveira**

Psicoanalista. Doctora en Ciencias Cognitivas y en Comunicación y Semiótica. Posdoctora en Psiquiatría Infantil en la Université Pierre Marie Curie, França. Profesora Titular de Psicología. Profesora del Posgrado de la Facultad de Medicina (UFMG), Brasil y de la Université Paris Diderot. Co-coordinadora de la Diplôme Universitaire “Le Psychique face à la naissance” de la Université Paris Descartes. Co-coordinadora regional del PREAUT Brasil.

E-mail: [eparlato@hotmail.com](mailto:eparlato@hotmail.com)

**Raquel Correa de Oliveira**

Psicoanalista. Doctoranda del Programa de Teoría Psicoanalítica de la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

E-mail: [raquel.correa@terra.com.br](mailto:raquel.correa@terra.com.br)