

eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 19, otoño 2025



1 **PORTADA**
her afternoon. The Echo's Game.

4 **EDITORIAL**
Josep M^a Brun

6 **SALUDO**
Núria Farrés

ARTÍCULOS

8 Alberto Lasa. *Del autismo de ayer al de hoy... y al que vendrá. Segunda parte. Georg Frankl: ideas modernas... antes de tiempo.*

22 Brigitte Chamak. *Autismo: los orígenes de las controversias.*

28 Andrea Podzamczar Michalewicz. *El método de observación de bebés de Esther Bick aplicado a niños con autismo en una institución.*

EXPERIENCIAS

34 Nora Woscoboinik-Scheimberg. *El programa "Mirar y prevenir en el vínculo temprano" y el desafío de la clínica en comunidad.*

40 Maria Claudia Pismel y Tânia Carneiro. *Autismo y Psicoanálisis Contemporánea. Vínculos transformadores: Proyecto Autismo.*

46 Josep M^a Brun. *La ciudad de los sueños. La construcción de un continente que aloja un self en construcción.*

Revista digital de periodicidad semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.com
Obra de portada: @her.afternoon, *The Echo's Game*.

Todo el contenido de esta revista está bajo una licencia de Creative Commons.



Participa en nuestra campaña de micromecenazgo continuo con aportaciones desde sólo 2€ al mes.

La continuidad de la revista repende de aquellas personas que ponéis en valor la difusión sobre el mundo de los autismos.



La revista *eipea* forma parte del repositorio de Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO).

RACO pertenece al Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC) para consultar, en acceso abierto, el texto completo de los artículos.



Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

CONSEJO ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

DURBAN, JOSHUA (Tel-Aviv)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Ibiza)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

Miembros Honoríficos

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico)

CALVO, ALBA (maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

NOTA EN REFERENCIA AL ESTILO: En la redacción del texto, pretendemos hacer un uso no sexista del lenguaje. No obstante, conscientes de que las normas a utilizar pueden obstaculizar la comprensión de su lectura, siempre que sea pertinente, se empleará el masculino genérico como representación del conjunto de mujeres y hombres, niños y niñas en igual medida.

Editorial

Sostenía **André Pavrot**, arqueólogo francés y director del Museo del Louvre de París entre el 1958 y el 1962, que *toda persona civilizada tiene dos patrias, la suya propia y Siria*. Ciertamente, su territorio ha sido recorrido por treinta y tres civilizaciones durante la historia. Por desgracia, algunas de ellas tenían como objetivo arrasar y destruir las anteriores. Entre sus inmensas joyas, se encuentra el **Bimaristan Arghan** en Alepo, la ciudad de los pistachos y el algodón, entre las candidatas a ciudad más antigua permanentemente habitada del mundo y otrora ejemplo de convivencia y multiculturalidad. Se trata de un hospital psiquiátrico construido en el siglo XIV (año 1354), en época mameluca, compuesto de varias estancias en torno a patios rodeados de alcobas que van creciendo en espaciosidad a medida que avanzaban los tratamientos. Cada patio está dotado de una fuente de distinto tamaño y forma, con el fin de que los enfermos no acusaran la monotonía del encierro. Las terapias consistían, aparte de los posibles medicamentos, en la curación mediante el sonido del agua, el tratamiento de la luz y el espacio y, sobre todo, la música a través de virtuosos instrumentistas. La entrada del hospital incluía salas de espera, una clínica ambulatoria, una farmacia y una sala de recepción para visitas. Los pacientes con trastornos mentales más graves se alojaban en pequeñas habitaciones alrededor de un patio octogonal.

Contrasta ese trato y esos tratamientos de prematura y anacrónica antipsiquiatría medieval con el interesante recorrido histórico por el que nos guía **Alberto Lasa**, psiquiatra bilbaíno, en su libro *El Autismo infantil y la Psiquiatría: una historia de abandonos, búsquedas y desencuentros* (2022), describiendo el habitual trato dispensado durante siglos, no ya a las personas con autismo (término que no aparece hasta el 1911 como síntoma y hasta

el 1943 como cuadro clínico), sino a las personas con cualquier tipo de patología mental, permanentemente segregadas y confinadas y en especial a la población infantil, ya de por sí ignorada. Con evidentes y honrosas excepciones, la percepción de la clase médica y la población en general oscilaba entre el fatalismo de lo incurable y la deshumanización que empezaba en la descripción con términos que desde nuestra óptica actual veríamos como claramente despreciativos: *locos insensatos, alienados, imbéciles o subnormales*; aunque solemos juzgar a partir de nuestros cánones culturales, sociales y temporales.

Por fortuna, la visión de la clase psiquiátrica y del conjunto de la sociedad ha variado. Del fatalismo y la falta de humanidad se ha pasado a la idea de curabilidad, respeto y aceptación de plenos derechos como seres humanos. Los tratamientos y los tratos han cambiado para mejor. El recorrido, sin embargo, esconde ciertos riesgos, como el de salir del fatalismo para caer en el eufemismo. El mismo Alberto Lasa, en la continuación del libro anteriormente citado, *El Autismo. Una perspectiva integradora y psicodinámica* (2022), nos advierte con clarividencia: *En la búsqueda de soluciones se confunde la necesaria lucha contra la estigmatización de quien lo sufre (...) con la banalización e incluso la negación de su malestar y su sufrimiento: "solo son personas neurodiversas"*.

¿Qué día dejamos de preocuparnos por la desigualdad y empezamos a priorizar la diferencia? El dolor mental, el sufrimiento psicológico humano, cuyo alivio ha impulsado nuestros esfuerzos profesionales, parece haber quedado en segundo plano. En la misma línea, se expresa el filósofo surcoreano **Byung-Chul Han** (*La sociedad paliativa*, 2021): *vivimos en una sociedad de la positividad, que trata de deshacerse de todo tipo de negatividad. La 'psicología posi-*

tiva' ya no quiere saber nada del dolor ni del sufrimiento. Pero entre la fuente de reflexiones que implica la lectura del libro de Lasa, un apartado llama clamorosamente la atención: La consulta de los archivos de los siglos XVII y XVIII de los hospitales y lugares de internamiento (en Francia) muestra que los más vigilados, encerrados y perseguidos (...) no eran los locos, sino los mendigos. Y no se trataba de una excepción, ni en la geografía ni en el tiempo. Difícilmente cabe imaginar el admirable e ideal Bimaristan Arghan como un servicio público. Es razonable pensar que sólo unos pocos privilegiados pudieran permitirse el lujoso servicio de la musicoterapia.

Por ello, resultan absolutamente imprescindibles y esperanzadores proyectos como el liderado por la psicóloga y psicoanalista argentina **Nora Woscoboinik-Scheimberg**, *Mirar y Prevenir en el vínculo temprano*, que presentamos en este número. Un programa de salud prioritariamente preventivo y de control sobre las situaciones de riesgo en un contexto de alta vulnerabilidad socioeconómica, un programa ajustado a la comunidad. Como la propia Nora Woscoboinik afirma: *el programa Mirar y Prevenir es un testimonio de que la prevención es un acto ético.*

Agradecemos la creación de una portada ad hoc para este número a la ilustradora y escritora de Hong Kong **her afternoon**. Así como el entrañable saludo de **Núria Farrés** y los muy interesantes artículos y experiencias de **Alberto Lasa**, **Brigitte Chamak**, **Andrea Podzamczer**, **Nora Woscoboinik**, **Maria Claudia Pismel** y **Tânia Carneiro** y **Josep M^a Brun**.

Josep M^a Brun

Saludo¹



– Núria Farrés Martí –

Psicóloga. Psicoterapeuta. Maestra de educación especial. Coordinadora clínica del Centre Carrilet. Barcelona (España)

Te debates entre los nervios y la ilusión cuando quien ha sido uno de tus supervisores y maestros te invita a escribir el Saludo de la Revista *eipea*. Desde aquella propuesta de Josep Maria Brun, mi cabeza ha ido dando vueltas adelante y atrás, reviviendo recuerdos, recordando a niños, llevándome a recrear un viaje por todos los rincones de los 25 años trabajados en Carrilet, Centro Educativo y Terapéutico para niños con autismo y sus familias, ubicado en Barcelona. 25 años intentando aprender de un enigma que atrapa, que desconcierta, que desespera y que hace vibrar.

"¿Mi historia?" dice el protagonista sin nombre de Noches Blancas, de Fiódor Dostoievski. *"¿Quién le ha dicho a usted que yo tengo una historia? No tengo ninguna..."*.

"Entonces, ¿cómo ha podido vivir si no tiene usted una historia?", le responde Nástenka.

Recuerdo que leer este fragmento del libro me llevó a pensar que, en muchas ocasiones, las dificultades de los niños con los que trabajamos desembocan irremediabilmente en no poder tener una historia que proporcione la posibilidad de sentirse, de existir. Y uno de los retos más importantes es, creo, poder tejer esa historia. Encontrar un sentido, una explicación, un porqué. No es fácil construir un relato a partir de donde a veces sólo brota sensorialidad, caos y fragmentación. De donde nada parece tener sentido ni continuidad.

¿Cómo podemos vivir si no tenemos una historia? ¿Cómo podemos ser si no podemos construir un relato de quiénes somos, de qué nos pasa, de por qué hacemos lo que hacemos?

La Dra. Llúcia Viloca siempre nos ha transmitido la firme constatación de que, por muy raro que sea lo que nuestros niños nos muestran, todo tiene un sentido. Y que nuestro trabajo radica en pensar y significar la retahíla de actos no mentalizados que despliegan a su alrededor, dejando perdido y perplejo a quien lo observa. Recoger sus fragmentos, su forma extraña de protegerse del mundo (o de acercarse a él) y entender qué significa todo aquello. Transmitiendo que les podemos pensar, que les intentamos entender, que esperamos y desesperamos con ellos y que les proporcionamos palabras para hacer posible un relato de lo que da miedo o emociona tanto que no puede ser ni pensado. Coromines nos regaló su esquema psicopedagógico para intentar dar nombre al mundo sensorial y desmantelado del autismo.

Y ahora, pienso en Lúcia, a quien conocí el primer año de trabajar en Carrilet. Lúcia casi no hablaba; unas pocas palabras, que ni siquiera eran suyas, y que soltaba al aire; palabras que no parecían ir a ninguna parte ni ser dirigidas a nadie.

Sentí una y otra vez que tenía ojos angustiados que rehuían ver el mundo, aunque no siempre lo conseguían. Lúcia buscaba continuamente dureza. Dejaba caer todo el peso de los brazos sobre sus rodillas, que no dejaban nunca de estar amoratadas por la fuerza de los golpes que recibían. Y siempre procuraba estar sentada, realizando un balanceo seco y constante contra la pared para notar sobre su espalda el duro impacto de este movimiento. Era frágil, sensible y los cambios la rompían. Era mi primer año como maestra y su angustia me rompía también a mí. Sus gritos, sus golpes, su de-

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

desesperanza por pequeñas cosas externas que a veces eran imperceptibles a mis ojos. Le dábamos nuestra presencia, acariciábamos de forma suave aquellas rodillas tan llenas de moratones, le frotábamos la espalda tan cargada de los golpes contra la pared. Intentábamos dar, a nuestras aproximaciones suaves, un cariz de firmeza que también pudiera sostenerla, para poder ir abandonando la necesidad de buscar en los golpes y la pared el ancla donde aferrarse.

Dentro del aula, teníamos el cuento de la Cenicienta. Un niño lo pidió y me puse a leerlo. Lidia estaba allí en su rincón, con la espalda bien pegada a la pared, balanceándose, lejos de cualquier voluntad de aproximación hacia nosotros. Aquella lectura terminó y el día también. Pasó una semana. Y una mañana, nerviosa por la despedida con su madre, entró en clase y me acercó ese cuento. La veía frágil e intuía que todo podía estallar en cualquier momento. El libro era largo y yo estaba nerviosa. Sabía que aquello podía acabar mal. Lo leí, pero iba resumiendo las páginas y me saltaba muchas de ellas para abreviar el relato del cuento.

En un momento, sin embargo, dio un grito y dijo: “¡¡¡¡los pajaritos!!!!”.

¿Qué quería decir? No sabía a qué se refería... y ella empezó a pegarse, a gritar y a desesperarse. He recordado siempre ese momento. Costó calmarla y yo quedé emocionalmente exhausta y muy triste.

Y por la tarde me llevé el libro a casa. Y me lo leí de arriba a abajo.

Llegué a un fragmento en el que el hada le regalaba un traje a Cenicienta para ir al baile y conocer al príncipe. Al saberlo las hermanastras, corrieron a su habitación y le arrancaron y rompieron el traje. Pasé página y la Cenicienta lloraba y lloraba con su vestido rasgado, hasta que unos pajaritos

mágicos entraban por la ventana y con sus picos empezaban a coser todos aquellos desgarros, retornando a Cenicienta un traje aún más bonito. Allí estaban dibujados... los pájaros que cosían los trocitos rotos de la desesperada Cenicienta..

Pienso que esto es lo que he aprendido a lo largo de todos estos años. Parar, observar, dejarnos impactar sin perder la posibilidad de seguir pensando y entendiendo. Recoger los desgarros. Cuidar el caos y darle algún sentido. Coser, como aquellos pájaros, sus fragmentos rotos ayudándoles a construir una historia que les dé la posibilidad de ser.

Gracias a Lidia por enseñarme la importancia de ser pájaro. Y gracias a la Revista *eipea* por haberme dejado poner palabras a esa historia tan mía de hace 25 años. ●

Del autismo de ayer al de hoy... y al que vendrá. Segunda parte.

Georg Frankl: ideas modernas... antes de tiempo



– Alberto Lasa Zulueta –

Psiquiatra, psicoanalista. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad del País Vasco. Bilbao (España)

“Tener razón antes de tiempo es lo mismo que equivocarse”.

La Rochefoucauld, Siglo XVII

*“Eso que llamamos significado
debe vincularse con el primitivo lenguaje de los gestos”.*

L. Wittgenstein, 1933

Ocurre cíclicamente en la historia de todas las ciencias -en la medicina, en la psiquiatría y en la psicología también- que se producen vaivenes que vuelven desde nuevos logros hacia viejas ideas y costumbres. Sin embargo -los historiadores lo señalan con frecuencia- quienes se mueven en un tiempo concreto y valoran sus propios avances piensan que jamás se había pensado o hecho nada parecido y hasta creen haber creado su obra a partir de cero, olvidando o desconociendo lo anterior. La historia de la creación del concepto de autismo no es una excepción.

Sostuve en la primera parte¹ de este artículo que la genialidad de Kanner y de Asperger se sustentó sobre lo que recolectaron de otros autores y experiencias. También que, en mayor o menor grado, los dos “olvidaron” lo que bien sabían: que había una historia previa, compañeros y experiencias que los

habían precedido y que no quisieron reconocer claramente.

En esta segunda parte, me centraré en las aportaciones de Frankl -que contribuyeron a la construcción del concepto actual de autismo, que ha sido, y sigue siendo, una construcción coral. Su tronco común de origen se ha ido ramificando y trezando en diversas corrientes, ideas y prácticas que, procedentes de diferentes contextos -autores, lugares y momentos- han servido para edificar un “constructo” que aún está lejos de ser ni definitivo ni unánime. Lo muestran las periódicas modificaciones de las clasificaciones psiquiátricas y las periódicas y apasionadas diatribas acerca de las propuestas terapéuticas y su validez científica. Pese a la afirmación triunfalista de que disponemos por fin de una visión objetiva y científica del autismo, los hechos muestran que sigue siendo un problema de límites mal

definidos y de soluciones pendientes, sobre todo en su vertiente terapéutica.

Fue Frankl quien insistió, antes que nadie, en la importancia conceptual, clínica y pronóstica del lenguaje autista y por eso será el hilo central que seguiré en este texto.

LAS IDEAS DE GEORG FRANKL

Repasaremos lo que puede rescatarse de los escasos textos que le han sobrevivido y que durante tanto tiempo quedaron olvidados.

En su **texto de 1933**, publicado en alemán en una revista pedagógica y titulado “Dar órdenes y obedecer” (“también traducido como” Mando y obediencia”)⁽¹⁾, ya comenzó a reflexionar sobre lo que sería su tema predilecto: la compleja relación entre el lenguaje verbal, las palabras, y el lenguaje afectivo, también llamado “extraverbal” o “no verbal”, que inse-

¹ Del autismo de ayer al de hoy... y al que vendrá. Primera parte. Georg Frankl: un pionero silenciado y discreto. Revista *eipea*, número 18, primavera 2025.

parablemente lo acompaña. Describe una observación clínica: “Recuerdo bien una escena entre un niño pequeño y su madre. Era un chico de 5 años, particularmente agitado y turbulento; su madre enfadada murmuraba tras él, con una voz monótona y un rostro inexpresivo, algo así como “pero cariño ahora tienes que parar porque si no yo me enfado; siéntate aquí y mira qué bien se portan los demás niños”. Ella continuó así, con el mismo tono monótono y el niño apenas percibía esta débil letanía y si por azar tomaba conciencia de algunas palabras, para nada las obedecía. Es un ejemplo de una manera de dar órdenes inadecuada. Solamente cuando vemos los gestos y expresiones faciales que acompañan a la transmisión de órdenes resultan estas claras para quien las recibe y para quienes observan (...) esto no solamente es válido para las órdenes, sino en general para las relaciones humanas cuando se trata de comunicación. Si las acciones educativas no están integradas en el lenguaje afectivo, no encuentran un buen contacto emocional con los niños y entonces estas acciones educativas tienen un efecto sorprendentemente nulo y pueden desorientar tanto al niño como a quienes le observan”⁽²⁾.

En este mismo texto, Frankl insiste en que, para él, los trastornos del contacto afectivo tienen su raíz en una desconexión profunda de los mecanismos del lenguaje, una ruptura entre el lenguaje verbal y el lenguaje afectivo, una desconexión entre las palabras (el significante) y la gestualidad, tono y mímica que acompañan al mensaje que, bajo ellas, se trata de comunicar (el significado). Lo ilustra con un segundo ejemplo, una reflexión sobre una observación en una taberna. Relata la diferente manera de dar órdenes a sus respectivos perros por parte de sus dueños, que trataban de controlar su comportamiento mientras comían en el comedor: “en donde pude ver claramente demostrado, gracias a dos perros, cómo una orden puede darse de buena o de mala manera (...) los dos perros acompañaban a sus dueños durante la comida. Uno de ellos, un perro vivo, inquieto y astuto, suplicaba insistentemente a su dueña, lloriqueando y ladrando. Ella le hablaba dulce y amorosamente para calmarle y resignarse; le aseguraba que recibiría su comida más tarde y le pedía que se portara bien, como corresponde a un buen perro. Su voz calmada, amable y poco expresiva no conseguía suscitar ninguna reacción del perro. Ella se vio

forzada a tirarle restos de su comida, animándole así a seguir mendigando (...) El otro perro, un bóxer alemán de talla considerable, también era bien tratado y querido por su dueño, pero un simple “¡échate!” bastaba para que se quedara tumbado en su cojín en un rincón durante toda la comida (...) ciertamente, esta orden fue articulada con la fuerza sugestiva necesaria, con una buena carga de autoridad no hostil y acompañada del gesto apropiado (...) sin ninguna duda, la voluntad y la fuerza de hacer respetar la orden debieron ser percibidas por el perro”⁽³⁾.

Frankl va precisando lo que considera específico de lo que denominará *lenguaje afectivo*: modulaciones del tono de voz, acompañamiento de mímica facial y de gestos corporales. Con ello desplaza su foco de atención de lo semántico a lo corporal.

Conviene señalar, para resaltar lo adelantado de sus ideas, que la importancia del lenguaje no verbal -gestual- que acompaña a las palabras es un tema que adquiere importancia más tarde, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX; con la confluencia de la psicología con la etnografía y la antropología social, a finales del siglo pasado, se empiezan a considerar como inseparables el lenguaje verbal y su acompañamiento emocional y gestual. En la época de Frankl, los gestos y la mímica estaban considerados como un obstáculo al desarrollo del lenguaje verbal⁽⁴⁾. Además, la

ideología nazi consideraba indeseable que los gestos y la mímica, que consideraban típico de italianos... y de judíos, acompañaran a la expresión “limpia” del lenguaje verbal.

Frankl insistirá en su interés por pensar en cómo responden los perros al lenguaje de los humanos, pero ¿a qué componentes del lenguaje?

Buscando paralelismos con estilos de comunicación utilizados en tiempos más modernos con intenciones terapéuticas, señalaré que Frankl, aunque sin decirlo explícitamente, está explicando muy claramente en qué se basan los logros del adiestramiento como método para modificar comportamientos elementales. Él ya sabía, porque colaboraba diariamente con educadores, que cuando las palabras se acompañan de un impacto emocional quedan más grabadas en la memoria. Es la “eficacia” de lo traumático o de lo impuesto a la fuerza⁽⁵⁾. Posteriormente, los posicionamientos apasionados de los partidarios de diferentes corrientes terapéuticas también han alimentado polémicas respecto a cuál debe ser el “tono afectivo” para una mejor eficacia de las intervenciones educativas y terapéuticas. Afortunadamente, si nos informamos de los conocimientos actuales, hoy estamos en una situación alejada de polarizaciones extremas y en un reconocimiento más sensato de las ventajas y desventajas, de los aciertos, limitaciones y errores, las dificultades y logros de los diferentes tipos de intervenciones.

PLAY INTERVIEWS WITH NURSERY SCHOOL CHILDREN*

ANNI B. WEISS-FRANKL
Baltimore

INTRODUCTION

CHILD guidance work, in recent years, has been enriched by the widespread use of play interviews. The method shows a wide variety of trends, varying with the background and philosophy of the therapist and the problems offered by the children. One of the most important features of the present development seems to be the tendency of the psychiatrist to renounce premature hypotheses about the causes underlying maladjustment in all those cases where they cannot readily and overtly be found; instead he concentrates upon the present manifestations of the child's difficulties and problems. Thus, after having considered the information from parents, teachers, or social workers about the child's background and history, he starts his work by utilizing the child's spontaneous activity for both diagnostic and therapeutic purposes.

For some time it has been considered indispensable for successful play therapy that the child be made to realize his need for help. Such a preparation for the therapeutic experience, it was thought, would motivate the child to give active cooperation to the psychiatrist. In the case of young children, this prerequisite

Después de llegar a Estados Unidos con Georg Frankl, Anni Weiss escribió el artículo “Entrevistas sobre el juego con niños de preescolar” en 1941, después de su experiencia como psicóloga y consultora para preescolares en Chicago y Winnetka.

En dos textos posteriores, de 1937, reflexiona sobre las alteraciones del lenguaje en el parkinsonismo. A consecuencia de la epidemia de encefalitis letárgica que asoló Centroeuropa, y en particular Viena, entre 1917 y 1927, muchos afectados desarrollaron secundariamente dificultades del lenguaje con singulares características: pérdida de las modulaciones apropiadas de tono y de la expresión mímica y gestual, habitual acompañamiento del lenguaje normal. Para Frankl, este lenguaje *parkinsoniano* resulta de una desintegración entre el lenguaje verbal y el lenguaje emocional-gestual (Frankl, 1937a; 1937b). Lo que le lleva a pensar que las dificultades para el contacto afectivo de los niños de su hospital podrían tener su raíz en esta dicotomía que disocia el contacto entre el lenguaje afectivo y el lenguaje de las palabras. Le sirve también de apoyo para reflexionar sobre la relación entre la inteligencia y el lenguaje autista (y es la primera vez que utilizará esta palabra): *“un autismo tan extremo da un toque muy especial a la imagen global de la debilidad mental”*⁽⁶⁾.

En su texto de 1943, Frankl señala el contraste entre la situación de las alteraciones del Parkinson, en el que la parte de lenguaje que no funciona es la emocional, con otras situaciones en las que esta parte queda preservada, mientras que lo que queda abolido es el lenguaje verbal. Y aquí menciona la sordomudez, la afasia... y el lenguaje de los perros: *“un perro es capaz de expresar todo tipo de sentimientos, afectos y emociones a través de diferentes formas de ladrar y de gestos corporales. Es igualmente capaz de reconocer el humor, las intenciones y los sentimientos amigables u hostiles de su dueño y de actuar en consecuencia, pero solo comprende algunas palabras (...) el perro actúa de acuerdo con los gestos y la modulación de la voz más que con el sentido de las palabras”*.

Podrían añadirse como comentario algunas preguntas que, según quien las lea, podrían resultar provocadoras: ¿quiere esto decir que los perros sí tienen una *teoría de la mente*? ¿Estarían más dotados que las personas autistas que, para ciertos autores,

carecen de ella? ¿Están equivocados los afamados autores que así lo afirman? Volveré más adelante sobre esta cuestión, hoy ampliamente controvertida y que conviene matizar en muchas de sus diferentes perspectivas y aristas.

Quiero recordar aquí un dato. La noción de “teoría de la mente” procede de la etología y fue introducida, en 1978, por Premack y Woodrof en su artículo titulado: “¿Tienen los chimpancés una teoría de la mente?”. El tema ilustra la riqueza multidisciplinaria de las ciencias cognitivas que conectan con campos tan diversos como la etología, la filosofía del lenguaje, la psicología social, la lingüística y la neurobiología cerebral (el “cerebro social” de los neuro-cognitivistas). La teoría de la mente puede ser entendida como una teorización “por fin científica” del funcionamiento mental o como un saber construido mentalmente, una función o una aptitud propia de ciertos “animales sociales”, y en particular del ser humano, que permite acceder a la vida psíquica del otro y a sus estados mentales (Georgieff, 2013).



Zona de juegos del Hospital Universitario Infantil de Viena. Fotografía de 1921. Iconographic Collections - Wellcome Collection 28455i.

Otra cuestión clave es que la construcción de esta aptitud necesita de unas bases cerebrales recibidas por vía genética, pero, además, un plus relacional indispensable, un intercambio -interpersonal, interactivo y temprano- proporcionado por el entorno humano a través del lenguaje verbal junto con todo lo que de afectivo y corporal lo acompaña. Cuestión cuya solidez científica ha sido demostrada hace mucho tiempo con el conocimiento de la plasticidad cerebral y de su activación epigenética. Frankl, que aún no podía disponer de estos conocimientos posteriores, ya lo intuía en su tiempo⁽⁷⁾.

“El hecho de que estés imaginando el cerebro no significa que puedas dejar de usar la cabeza”. (Cacioppo y cols., 2003).

He elegido esta cita de un renombrado cognitivista, que reúne humor y lucidez autocrítica, a la vez que tiene en cuenta la complejidad propia del ser humano. Complejidad que a veces olvidan quienes comparan su cerebro con una computadora y que ahora se replantea con la emergencia imparable de la inteligencia artificial.

El lenguaje humano ha tenido un largo recorrido en el desarrollo de varias disciplinas científicas. Todas ellas han oscilado entre dos polos teóricos: el innatismo (la capacidad de hablar del ser humano es innata) y el culturalismo (nadie hablaría si no nace y se desarrolla rodeado de personas hablantes). Mencionaré solamente algunos de los mojones que han marcado este camino y que me parecen tener más relación con nuestro tema.

La cuestión básica de si es antes la acción (lo que hacemos) o el pensamiento (las ideas que necesitamos expresar hablando) es fundamental. Han tratado de responder a ella los más importantes teóricos del desarrollo de la mente humana, que siempre han señalado la necesidad de comprender las cosas desde la observación del desarrollo infantil. Freud, se interesó por el origen y naturaleza de las primeras representaciones mentales e intuyó que el primer pensamiento es la *“satisfacción alucinatoria del deseo”*. Lo que equivale a decir que el primer pensamiento rememora experiencias de satisfacción corporal... y la imagen de quienes la alimentan. Y eso es lo que designarán las primeras palabras del bebé. Wallon lo tuvo claro y tituló su obra fundamental *“De la acción al pensamiento”*:

lo primero es el movimiento, hacia el encuentro con el otro y lo segundo su representación mental; el bebé evoluciona “de la motricidad al lenguaje”. Piaget caviló mucho para darnos su epistemología genética, según la cual el niño construye sus conocimientos a través de sus propias acciones. Su psicología constructivista explica cómo el niño piensa acerca de lo que va experimentando con su actividad lúdica y transformadora. Aunque él dedicó incontables horas a observar al juego de sus hijos, su teoría, un tanto solipsista, parece más interesada por la cuestión de lo que se organiza dentro de la mente que por el mundo de las relaciones sociales que rodean al juego. Fueron quienes se interesaron más por el entorno social de la infancia los que señalaron que la construcción de una actividad motriz ordenada, acompañada por alguien que ayuda a organizarla y que lo hace con un placer compartido, es fundamental no solo para organizar el esquema corporal y una dinámica motriz más armoniosa, sino también para estructurar el psiquismo. A su manera, lo describió Winnicott, defensor de la función estructurante materna, cuya acción y cuidados son fundamentales para estructurar un psiquismo estable y sano. Bowlby prolongó los descubrimientos etológicos para subrayar la importancia del apego interhumano, insistiendo en que el ser humano busca antes el contacto con alguien que las satisfacciones corporales placenteras... que también le aportará (parece sencillo de entender, pero diferentes escuelas psicoanalíticas -las más “pulsionalistas” y las más “objetalistas”- se debatieron defendiendo la prioridad de lo uno o de lo otro, aunque los menos escolásticos se empeñaban en verlo todo como compatible e inseparable y lamentaban tanta diatriba en defensa de la pureza ideológica).

La aparición de Chomsky revolucionó las ideas vigentes en su tiempo al postular que los niños nacen con un conocimiento gramatical innato, genéticamente programado, y que no necesitan aporte exterior para captar- sin conocerla ni haber recibido enseñanzas al respecto- la complejidad del lenguaje y comprender la estructura lógica de *cualquier* lengua humana. Postulaba la existencia de un “órgano del lenguaje”, un “módulo cerebral específico y universal”, capaz de captar la compleja estructura gramatical común a todas las lenguas existentes. Entendía además que todo lenguaje es un sistema

interno de reglas, una lógica que sirve de principio universal para todas las lenguas. Con ello cuestionaba las ideas de Piaget según las cuales lo cognitivo resultaba del aprender por la experiencia, del espíritu indagador del niño. Aunque ya antes Vygotsky y Wallon habían reprochado a Piaget que no tuviera más en cuenta el aporte del entorno, la cultura y las relaciones sociales, hasta los “neopiagetianos” se vieron obligados a matizar que no todo lo cognitivo resulta de aprender por la experiencia.

Muchos lingüistas han cuestionado después las ideas de Chomsky y mostrado que las lenguas del mundo son más diversas de lo que predijo y presentan muchas excepciones a sus reglas, supuestamente universales, y se posicionaron también mayoritariamente a favor del necesario aporte social para aprender los diferentes patrones lingüísticos de cada sociedad.

Son también muchos los autores que, desde otras perspectivas, subrayan el carácter social del lenguaje humano. Sin duda el pensamiento de Tomasello⁽⁸⁾, entre otros, lo sintetiza muy bien. Al igual que otros antropólogos sociales evolucionistas interesados en la eclosión de la cognición en el homo sapiens, sostiene que el lenguaje verbal, exclusivamente humano, surgió inicialmente a través de los gestos (indicar, señalar) y no de los sonidos (tal como Frankl intuyó). La acción cooperativa (señalar peligros, avisar de la presencia de objetos vitales, compartir actividades de interés común) precedió al uso de palabras y símbolos que constituyeron luego el lenguaje. La actitud cooperativa de compartir actividades de interés común precedió y obligó a crear un lenguaje verbal comunicativo que necesitó dos elementos previos fundamentales: la atención conjunta, que permite aunar intereses comunes, y la capacidad de pensar que el otro piensa, de percibir la actividad y los estados mentales ajenos (lo que otros han llamado una teoría de la mente). Hipótesis que coincide totalmente con quienes han estudiado el desarrollo psíquico temprano del bebé humano y de las relaciones propias de la crianza, insistiendo sobre la atención conjunta como base fundamental que permite los intercambios activadores epigenéticos⁽⁹⁾.

Su importancia en la adquisición del lenguaje, en la cognición social (en el funcionamiento del cerebro social) y en la comunicación humana ha sido resaltada por varios autores, procedentes del campo psicoanalítico (desde Winnicott a Hobson, pasando por Stern y otros)

y de otras corrientes teóricas. Se atribuye a Bruner el inicio de la investigación sobre la atención conjunta, explorando con bebés de 2-3 meses su capacidad de seguir la mirada intencional de un adulto hacia un objeto. Fue este autor quien sugirió su importancia en el desarrollo lingüístico⁽¹⁰⁾. Trevarthen (1993) señaló la importancia de la atención conjunta para la comprensión de la intersubjetividad y la regulación emocional compartida con el adulto⁽¹¹⁾. Hobson (2005) también ha insistido en la importancia que atención conjunta e intersubjetividad tienen para el desarrollo cognitivo y social. Señala su relación con la identificación y la conexión emocional cuya alteración es esencial en el autismo, derivado este de la incapacidad para compartir emociones y comprender intenciones ajenas⁽¹²⁾. Postula así un componente emocional y no cognitivo en la dificultad para comprender el pensamiento del otro, aportando otros elementos diferentes a la denominada “teoría de la mente”.

Este planteamiento -el lenguaje surge de una actitud social cooperativa y de actos compartidos orientados hacia logros comunes- enlaza con las ideas de otros autores sobre el desarrollo temprano (además de Wallon, “el lenguaje va del acto a la palabra”, Vigotsky insistió en los orígenes sociales generadores del lenguaje). El peso de lo social, de la importancia de la relación con el otro, se ha mantenido en autores posteriores (Bruner, 1983, entre otros).

Volviendo al **texto de 1943**, que deslumbraría a Kanner, Frankl considera en él que el *lenguaje afectivo*, más tarde incluido como parte esencial del *contacto afectivo*, es el problema nuclear de lo que aún nadie había denominado “autismo infantil” aunque ambos, Frankl y Kanner, debatían sobre las características fundamentales que podían ayudar a entender el sorprendente y desconcertante funcionamiento de los niños cuyo estudio clínico compartían. Aún no los designaban como “autistas”, aunque el “autismo” fuera parte esencial de su mundo psíquico y de las situaciones y comportamientos “inexplicables” que trataban de desentrañar, fundamentalmente a través de sus comportamientos... y de su lenguaje. Ya hemos señalado que todo indica que fue Frankl quien ayudó a Kanner a interesarse por los peculiares diálogos mantenidos con “Donald”, al fin y al cabo el primer niño “autista” de la historia, “el caso número 1” del



Colectión de Revistas de Investigación Infantil (Zeitschrift für Kinderforschung) donde Georg Frankl publicó, en 1934, su artículo “Mandar y obedecer. Un estudio de educación especial” (Befehlen und Gehorchen. Eine heilpädagogische Studie). Foto propiedad de Antiquariat Christian Strobel (VDA/ILAB).

texto fundador del “autismo infantil precoz”... de Kanner quien, por cierto, no lo bautizó así hasta más tarde, eligiendo antes incluirlo entre sus once “trastornos autísticos del contacto afectivo”. También Asperger, sin citar a Frankl, “reconoció” años más tarde (en 1977!) que: “*si mi atención no hubiera sido atraída hacia los signos corporales de los estados afectivos, jamás hubiera sido capaz de discernir la personalidad autista*”.

Pero en el mundo occidental anglófono Frankl se quedaría solo y silencioso en la defensa del papel fundamental del mundo afectivo del autista... y de la posibilidad y necesidad de entenderlo... para tratarlo.

Muchos años más tarde, **en 1957**, en su **proyecto -abandonado- de tesis doctoral**, Frankl se plantea un intento de esforzarse en captar el lenguaje afectivo que se esconde en palabras “repetidas hasta la monotonía” y bajo comportamientos “carentes de sentido”.

Ya mucho antes, en 1933, lo había manifestado: “**Si aprendéis a conocerlos**, estos

niños resultan ser seres humanos con sentimientos, deseos, esperanzas y con sufrimiento... y entonces lo que parece malo no es más que debilidad”⁽¹³⁾.

Relata, en su proyecto, nueve casos, ocho niños y una niña, describiendo sus intentos de hacerse entender y de relacionarse. Su empatía, con ellos y con los intentos de acercarse y de poder entenderlos de sus madres y padres, resulta tan conmovedora que me parece un texto recomendable para que quienes inicien su formación en el trabajo con autistas atisben el duro trabajo que les espera. A riesgo de resumir excesivamente y desnaturalizar así la profundidad del texto, selecciono algunos de sus comentarios: “*Los autistas muestran siempre signos de ser conscientes de la gente que les rodea, en particular son importantes las personas de las que dependen para sus necesidades cotidianas (...) conocen las satisfacciones y placeres cotidianos que ofrecen (...) y cooperan con ellas en diversas actividades, a condición de que les conozcan bien y respondan a sus necesidades particulares (...)*”

esperan sus servicios en el buen momento y, a su manera, los exigen (...) reaccionan con explosiones violentas si los adultos no se comportan como ellos esperan causándoles con ello dolorosas violaciones de sus rutinas cotidianas y de su hipersensible sistema perceptivo (...) podemos preguntarnos cómo puede establecerse una comprensión y una cooperación suficientes si los canales de comunicación normales son inaccesibles o están destruidos (...) una cierta comprensión del lenguaje hablado -con palabras- está siempre conservada (...) algunas palabras o expresiones elementales se transforman en signos utilizados intencionalmente para provocar efectos bien definidos (...) las acciones de la rutina cotidiana de un niño crónicamente autista y las de su madre están con frecuencia increíblemente coordinadas (...) aunque tengan déficits intelectuales, son personas y no simples cerebros que funcionen exclusivamente en términos automáticos de estímulo-respuesta (...) son capaces de acciones intencionales con objetivos precisos y hacen tentativas deliberadas de comunicar sus deseos a otra persona (...) frases elementales o más estructuradas, pero de gran inflexibilidad sintáctica y gramatical, tienen una utilidad sorprendente (...) así aprenden o reaprenden a hablar, tras un periodo precoz con un lenguaje automático, semejante a un estímulo-respuesta inflexible, se va desarrollando en conjunción con otros comportamientos ritualizados (...) la lengua fluida, gramatical y sintácticamente flexible no se desarrolla hasta más tarde (...) la mayor parte de niños esquizoides saben o sienten que les falta algo y son dolorosamente conscientes de que sus experiencias son incompletas o diferentes de las de sus compañeros”.

Partiendo del conocimiento de estas dificultades de comunicación, Frankl diseña su posición y su proyecto (de investigación) clínica y terapéutica: “*trataremos de demostrar que los autistas manifiestan afectos y emociones, incluso cuando no encuentran expresiones simbólicas comunicativas y cómo se esfuerzan en reconstruir un nuevo lenguaje afectivo*”. Completa su proyecto con una detallada sistematización de las dificultades de lenguaje -afectivo y verbal, de gestos y de palabras- así como una descripción de las etapas que presentan los autistas en la evolución de sus intentos de comunicación.

Pero el propio Frankl, tras su paso por el hospital de Kanner, se fue centrando en un tema más

más amplio, las “anomalías del lenguaje” en la infancia, y el término “trastorno del contacto afectivo” va perdiendo peso y presencia en su trabajo. Previamente, había insistido en la gran variabilidad clínica de las formas de expresión de los autistas, inherentes a las formas extremadamente heterogéneas de perturbaciones del contacto afectivo que presentan o, para decirlo más empáticamente, padecen. Con ello se mostraba conocedor de un amplio y variable abanico de posibilidades de evolución clínica que muchos años después, cuando tuvo conocimiento de ello a través del texto de Asperger, serviría a Lorna Wing para afianzar su concepto de *espectro*, hoy consagrado universalmente por el DSM-5 y sin duda responsable del crecimiento exponencial de diagnósticos de TEA... que incluyen muchos casos clínicos que nunca hubiéramos considerado autistas ni diagnosticado de autismo durante las décadas previas al predominio social y profesional de este “nuevo” y exitoso término diagnóstico⁽¹⁴⁾.

Esta “actualización” -y su mal uso posterior- ha convertido lo que -en Frankl, Kanner y Asperger- era la descripción de la variabilidad clínica y evolutiva de los diversos autismos, en un concepto diagnóstico unificador, englobador y estático que ha difuminado el matiz de incertidumbre clínica y de diferenciación psicopatológica que tanto hizo cavilar a aquellos autores, que intentaban encontrar una denominación original y única para un grupo de niños variopintos y desconcertantes que no encajaban en las nosologías conocidas. Además, la escuela londinense (Wing, Frith, Baron-Cohen) basándose en el influyente trabajo del cognitivista John Morton y en la senda que abrió Rutter definiendo el autismo como un problema cognitivo (y no afectivo), desarrollaron sus “modelos” de comprensión de las “teorías de la mente” que, para ellos, caracterizaban al autismo y que durante años han marcado las ideas predominantes vigentes respecto al autismo considerado “científico”. Numerosos autores han señalado las razones clínicas que les hacen cuestionar la generalización de estas teorías y matizan que las diferencias y particularidades que caracterizan al pensamiento autista les hacen defender que es un pensar “diferente” en vez de “limitado” por sus carencias. En particular Mottron (2004, 2012), que ha integrado en su equipo investigador a Michelle Dawson, persona autista e investigadora de élite. Critican que las valoraciones del autismo se hagan considerando que sus diferencias con el pensamiento y el lenguaje “normo-

típico” resultan de limitaciones y deficiencias, sin considerar que sus peculiaridades, construidas como único medio para poder amoldarse al mundo social, constituyen una especificidad original, que los hace distintos, “neurodiversos”. Particularmente interesados por la evolución del lenguaje verbal en el autismo y su correlación con la mejoría de sus relaciones sociales, han estudiado las sorprendentes y variadas modalidades de aparición y organización del lenguaje autista y han aportado también nuevas ideas sobre lo que sirve o no sirve para favorecer su eclosión y desarrollo. Lo hacen desde una posición pragmática que compara resultados a medio y largo plazo de diferentes tipos de intervención, dejando de lado la actual pretensión de ciertas intervenciones y autores que reivindican la pureza científica de sus metodologías y su eficacia terapéutica incuestionable. En un texto, cuyo subtítulo declara toda una definición de su posición clínica y teórica, cuestionan muchas afirmaciones partidistas gratuitas⁽¹⁵⁾. Otros autores, numerosos y diversos, han introducido, sin tener conocimiento de las ideas de Frankl, quien a su vez tampoco pudo conocerlas y apoyarse en ellas, la comprensión de los inicios del lenguaje y del pensamiento desde una perspectiva interaccional de las relaciones interpersonales tempranas⁽¹⁶⁾.

Volviendo al artículo de 1943, publicado junto al texto fundacional de Kanner, Frankl partía en él de la centralidad del lenguaje como medio privilegiado de comunicación en las relaciones humanas. Basándose en la descripción clínica de “*Karl K.*” un niño que había conocido en Viena, afectado de esclerosis tuberosa y ejemplo claro de falta de contacto afectivo, detallaba ordenadamente las ocho características de su lenguaje: “1. *No usa palabras*; 2. *Tiene una comprensión muy limitada de las palabras que oye*; 3. *No tiene lenguaje emocional*; 4. *Es insensible al lenguaje emocional que se le dirige*; 5. *Cuando estás con él, experimentas no estar en contacto emocional*; 6. *Sus relaciones con los otros son muy limitadas*; 7. *Se comporta como si no diferenciara entre personas y objetos inanimados*; 8. *No muestra ninguna tendencia a comunicar*”. Complementaba estos datos con una descripción de su comportamiento: “*no habla; le consideran sordo; no te mira a los ojos; no muestra ningún interés por las personas que le hablan; se desplaza sin objetivo alguno; se balancea sentado; muestra impulsividad agresiva hacia sus compañeros a los que trata como objetos; utiliza al otro como herramienta y lo desecha si molesta...*”.

Era una descripción superponible a los casos de “psicopatía autista” de Asperger o a los que luego quedarían catalogados como “autismo de Kanner”. Curiosamente tanto Asperger como Kanner conocieron y describieron múltiples casos con muy diversos grados de limitación o de capacidad intelectual (desde la deficiencia mental severa hasta los “conocimientos prodigiosos”). Pese a ello, los estereotipos sociales predominantes atribuyeron al “autismo de Asperger” mejores capacidades intelectuales y lingüísticas y al “autismo de Kanner” una mayor afectación del lenguaje y de sus capacidades cognitivas. Esta “aceptación” o “transformación” social de un diagnóstico médico muestra que, ya desde sus inicios, la configuración del concepto de autismo quedaría rediseñada en diferentes etapas, por motivos que poco tienen que ver con la clínica pero que han influido mucho en las sucesivas clasificaciones diagnósticas psiquiátricas, aunque estas pretendan autodefinirse como basadas únicamente en razones científicas. La aparición y desarrollo del concepto de discapacidad y sobre todo la importancia de las medidas sociales acompañantes que han ido acarreado, han transformado no solo la visión social del autismo sino la modificación radical de muchas ideas -y prácticas- dominantes en la psiquiatría (y en los servicios sociales y educativos que han complementado o desplazado a la oferta de servicios sanitarios).

Frankl tampoco desconocía la frecuencia con que diversos cuadros patológicos orgánicos (la esclerosis tuberosa en el ejemplo citado) acompañaban a las dificultades de contacto autísticas. También aquí se mantuvo a distancia de las simplificaciones de su época, evitando atribuir a los cuadros orgánicos la causalidad directa de las dificultades autísticas. Prefirió considerar que las causas etiológicas, desconocidas, eran múltiples y que los trastornos orgánicos “asociados” o “acompañantes” tenían un efecto causal sobreañadido, pero no exclusivo. Intuía muy bien la complejidad del cerebro y la del lenguaje, que la ciencia posterior ha ido confirmando. Por eso se interesó por entender los mecanismos íntimos del lenguaje y su papel en la comunicación humana y en los orígenes del psiquismo precoz.

Desde nuestra perspectiva actual resulta emocionante, en la lectura de sus textos, ver que sus intuiciones e ideas se adelantan a lo que actualmente sigue despertando el interés de cuestiones nucleares para varias ciencias

humanas: *“He consagrado un interés particular a la cuestión de **saber cómo la incapacidad para ligar relaciones sociales y emocionales influye el lenguaje de gestos. En las relaciones con la gente, el lenguaje gestual no es en absoluto menos importante que el lenguaje de palabras. La función principal de las palabras es la simbolización de hechos objetivos y su comunicación a otras personas. Los gestos, y no las palabras, son los símbolos apropiados para las emociones, los afectos y los humores. A fin de cuentas, los trastornos que afectan a la relación con personas derivan de trastornos del lenguaje gestual (...) solamente he considerado casos extremos que se prestan bien a ser analizados, pero pienso que un análisis similar es igualmente posible en numerosos casos menos graves, pero igualmente caracterizados por un trastorno similar de las relaciones sociales y emocionales (...) estamos habituados a considerar los gestos como una reliquia superflua de la época en la que los ancestros del Homo Sapiens, carentes de palabra, pero necesitados de comunicarse, utilizaban acciones motrices y vegetativas para intimidar enemigos o atraerse amigos (...) los casos descritos muestran más bien que los gestos no son simplemente un vestigio transitorio de tiempos antiguos (...) parece más bien que la comunicación de emociones a través de gestos simbólicos tiene una función importante y bien consolidada que en ningún caso está destinada a extinguirse mientras las emociones juegan un papel importante en las interacciones humanas”.***

Los conocedores de la filosofía del lenguaje de Wittgenstein⁽¹⁷⁾, autor contemporáneo de Frankl, se sorprenderán de la cercanía entre algunas de las ideas de ambos. Desconozco si Frankl pudo tener conocimiento alguno de la obra de Wittgenstein, aunque todo parece indicar que no tuvieron entre sí ningún conocimiento mutuo, ni personal, ni entre sus ideas. Quizás sea una conjetura disparatada, pues trabajaban en terrenos distintos, pero sin duda esta coincidencia en sus ideas lleva a preguntarse sobre tal eventualidad, siempre posible dada la conocida cultura “interdisciplinaria” existente en la intelectualidad germanoparlante de la época. La personalidad del filósofo, que sus biógrafos han calificado de “probable Asperger” y que destacó por su personalísimo, genial e inaccesible lenguaje,

es otro cabo que me ha conducido a pensar en alguna posible conexión entre ambos⁽¹⁸⁾. Por ejemplo, Wittgenstein propone que no hay una esencia común en las palabras, lo importante no es su significado, sino cómo se usan en la práctica social (“en la vida, en los juegos del lenguaje”): *“si quiero indicarle a una persona el rumbo que ha de seguir, señalo esa dirección con el índice (...) es parte de la naturaleza humana comprender el acto de señalar de esta manera (...) el lenguaje de los gestos es primario, en un sentido psicológico”.* Frankl insiste en que el autista se comunica recurriendo a los gestos antes de poder utilizar palabras.

La lectura del citado antropólogo evolucionista Michael Tomasello, quien por cierto encabeza los capítulos de su principal texto con citas de Wittgenstein, suscita también muchas preguntas acerca de la proximidad entre las ideas actuales de la antropología social y las del desarrollo psicológico temprano, respecto a la emergencia del lenguaje humano. Y, sobre todo, colocan al autismo en el punto central de la comprensión de los orígenes del psiquismo.

Los humanoides fueron accediendo al lenguaje progresivamente, durante millones de años, y el ser humano, debido a las prodigiosas posibilidades de su inmaduro y plástico cerebro, también lo hace así, pero progresando vertiginosamente desde que nace a lo largo de sus primeros meses y años de infancia. Como la ciencia de la evolución ha sostenido, la ontogenia de cada ser individual repite las leyes de la filogenia general de las especies. Frankl, aludiendo al lenguaje como resultado de la evolución, nos recuerda sin decirlo una de las paradojas del autismo. Algo hay en los componentes de este grupo humano que les lleva a sobrevivir a su manera a pesar de, o precisamente por, no disponer de la herramienta más importante para poder apegarse a las personas que les rodean. Apego, o desapego distinto, que puede salvarles de la profunda desconexión en la que su programa genético les hace nacer, dificultando que reciban las aportaciones -epigenéticas- de su entorno que enriquecen su cerebro y completan sus potencialidades genéticas.

Este planteamiento -el lenguaje surge de una actitud social cooperativa y de actos compartidos orientados hacia logros comunes- enlaza con las ideas de otros autores sobre el

desarrollo temprano. Enlaza también con lo que siempre ha sido el meollo de los intentos terapéuticos por lograr actividades que consigan una vinculación humana con las personas afectadas de autismo. Como es sabido, para intentar lograrlo, las intervenciones terapéuticas actuales han buscado los espacios “naturales” y las actividades que surgen “espontáneamente”.

Tratan así de apoyarse en ellas para lograr la repetición de experiencias placenteras compartidas que, quizás, encuentren en la atención conjunta la eclosión de palabras comunes que las nombren y que suelen aparecer tras ser precedidas de indicaciones y gestos, de comunicación corporal.

Pero en el debate entre “innatistas” y “culturalistas” sigue habiendo cierta tensión entre posiciones contrapuestas que también incluyen al autismo entre sus puntos de interés

El innatismo de Chomsky emparentó más tarde con la posición de Rutter. Cuando junto con Schoppler, en 1979, ambos asumen la nueva dirección de la revista *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, fundada por Kanner en 1971, escriben junto con Stella Chess, antigua redactora, un editorial en el que anuncian y promocionan una “revolución” en las ideas vigentes hasta entonces sobre el autismo.

Junto a un nuevo título para la revista, ahora *Journal of Autism and Developmental Disorders*, plantean que “*el autismo no es un problema de inadecuación afectiva sino de limitación cognitiva*” que consideran vinculada a una *problemática neurológica determinada genéticamente* ⁽¹⁹⁾.

Emparenta también este posicionamiento con los planteamientos posteriores de influyentes autores londinenses (Wing, 1981; Frith, 1991;

Baron-Cohen, 1991). Anteriormente, he citado un autor que señala que la lectura que se ha hecho de los textos clásicos sobre el autismo, a partir de la traducción del alemán al inglés por la escuela londinense, ha alterado y sesgado su comprensión (este autor lo llama la “versión moderna” del autismo. Todd, 2015). Es cierto que progresivamente esta visión del desarrollo neurológico autístico ha ido incluyendo, con cuentagotas, la toma en consideración de factores epigenéticos y relacionales. Pero sigue concediendo una prioridad determinante a los factores neurológicos y genéticos y ha marcado con su peso las líneas de investigación y los procedimientos exploratorios utilizados que, por sus características (imagen cerebral, estudios genéticos, bioquímica molecular, etc.), han sido patrimonio del mundo médico hospitalario que entiende que es el único autorizado para calificar como científicos, según sus criterios, los hallazgos y opiniones relativas al autismo ⁽²⁰⁾.



Jóvenes pacientes en convalecencia en una terraza del cuarto piso del Hospital Infantil Universitario de Zürich en 1935. Creative commons/Baugeschichtliches Archiv. Swissinfo.ch

Sin embargo, quienes conviven largo tiempo y de cerca con autistas siguen esperando que la aplicación de estas investigaciones aporte algo a los procedimientos terapéuticos y educativos que mejoren su evolución y destino. Esperemos también que alguna vez reflexionen sobre qué es lo que hace que, en ciertos casos, desafortunadamente los menos frecuentes, desarrollen sofisticados conocimientos y un sorprendente lenguaje. Mientras llega ese momento, quienes creemos en los efectos positivos de comprometerse con ellos en una relación humana protectora y delicada, tendremos que insistir en que este acompañamiento puede ser un valor de probada eficacia que merece ser considerado, también por la metodología científica, como uno de los elementos importantes de la “multifactorialidad” hoy aceptada de los componentes evolutivos del autismo.

Se evitaría con ello la prolongación de una línea de continuidad desde la vieja versión de una neurobiología cerebral estática (las estáticas “áreas cerebrales del lenguaje” de Brocca y Wernicke) hasta ciertas concepciones actuales del determinismo exclusivamente “neuro-cerebral”, sin componentes socio-relacionales, del lenguaje. No es casualidad que un neurofisiólogo, actual especialista en la investigación de las actividades neuronales cerebrales, esté dedicando especial atención a desmontar lo que ha denominado “la burbuja de la psiquiatría biológica” y sus exageradas propuestas “neuro-esencialistas” (Gonon, 2011, 2024).

La inmadurez del bebé humano le impide sobrevivir en soledad: ¿cómo y por qué es posible que el bebé autista, pese a que esquiva el contacto, corporal y afectivo, pueda sobrevivir? ¿Cómo no atribuirlo, la experiencia clínica lo confirma, a los esforzados intentos de atraerlo a la relación humana que su entorno pone en marcha con entusiasmo y, a veces, con lógica desesperación? ¿Cómo no va a afectar al acceso, al aprendizaje de lo que ha sido un prodigio de la evolución humana, el lenguaje? ¿Puede su entorno, familiar, educativo o terapéutico, tratar de suplir el fallo y atasco del acceso al lenguaje que los mecanismos genético-neuronales básicos condicionan? ¿Existe una vía interactiva utilizable y eficaz para compensar las limitaciones derivadas de la alteración causal? Preguntas con difícil respuesta frente a las que la epigenética ha permitido concebir algunas esperanzas. Esperanzas que unidas al sorprendente acceso

al lenguaje que algunos autistas alcanzan, frecuentemente con ayuda exclusivamente familiar y escolar, sin otras ayudas profesionales, abren la posibilidad de plantearse cuales pueden ser los entornos y actividades más favorables a la eclosión en su evolución psíquica, muchas veces sorprendente e inesperada, de un lenguaje verbal distinto, complejo, pero comunicativo⁽²¹⁾.

Frankl postulaba el papel fundamental que los gestos motores y el contacto afectivo (y corporal) jugaban para articular lo emocional y lo verbal. Hubiera sido interesante saber adónde hubiera llegado Frankl en caso de haber conocido todas las aportaciones de las teorías intersubjetivas del nacimiento del lenguaje y de los aspectos psicopatológicos resultantes de las alteraciones vinculares tempranas. Que él no pudiera hacerlo no nos exime de conocer todos los aspectos que iluminan las teorías del apego y de las relaciones interactivas tempranas y su aplicación clínica en estas fases del desarrollo, sea normal o patológico.

Más preguntas: ¿es el autismo una alteración cerebral específica, una “condición patológica”, una diferencia cualitativa, una “categoría” distinta? ¿O es más bien una “dimensión” que podía ser de mayor o menor grado en la afectación de una función (y de las conexiones anatómicas y de la neuroquímica que regulan la actividad sináptica de complejas redes neuronales)? Aún más, ¿se puede ser más o menos autista? ¿Puede variar el grado de funcionamiento autístico desde la normalidad hasta la patología, desde el aislamiento que acompaña a la genialidad creativa hasta el que impide acercarse a los aprendizajes más básicos? ¿Y de qué depende que así sea?

Nos hemos ido acostumbrando estos últimos años al término “neurodiversidad” que trata de defender que el autismo no es patológico sino una simple “variación de la normalidad”, constituida esta por los “neurotípicos”, los socialmente considerados como sanos. Ahora, ya no serían considerados del todo diferentes los unos de los otros, salvo en el mayor o menor grado de peculiaridad de cada cual. Pocos ejemplos hay más claros de cómo las ideas sociales afectan a los criterios de normalidad que, con mayor o menor precisión en sus límites, sostenían la diferencia entre salud y enfermedad, entre lo “psicopatológico” y lo solamente “peculiar” de ciertas personalidades.

Cabe recordar que “autismo” era un término habitual en la lengua y cultura alemanas antes de convertirse en un concepto clínico y diagnóstico. Todas las personas eran consideradas “más o menos autistas” y su grado de relación social y de contacto con la realidad era un rasgo de personalidad -hoy diríamos una dimensión cuantitativa- considerada de una intensidad normal o patológica según la amplitud de las limitaciones en el acercamiento al mundo social o la persistencia en el alejamiento de relaciones personales y la rareza en la elección de intereses culturales peculiares. Ya previamente a su utilización clínica, el castellano tenía una acepción que se acopla con pertinente exactitud al uso “natural” que tenía en la cultura alemana.

Me refiero al “ensimismamiento”. Como siempre, María Moliner lo definió con su talento único. “*Ensimismarse*”: *quedarse alguien tan entregado a sus pensamientos que no se entera de lo que pasa a su alrededor* (y propone como sinónimos: abstraerse, concentrarse)⁽²²⁾.

Los tiempos modernos han introducido un corte, que es más bien administrativo y burocrático que clínico, que pasa por el grado de discapacidad, término que se va transformando, pero que siempre tiene una consecuencia invariable. Se le llame como se le llame, porque los términos han ido variando (“subnormalidad, hándicap, limitación, discapacidad, diversidad”) siempre implica la pertenencia a un grupo socialmente reconocido como adjudicatario de diversos reconocimientos y derechos que la sensibilidad social les ha ido concediendo, porque previamente han ido siendo conquistados por otras minorías sociales marginadas o maltratadas. El diagnóstico clínico se transforma y desplaza hacia una certificación de la discapacidad y de su reconocimiento legal y así lo demandan los familiares de los afectados (o ellos mismos cuando su protagonismo social ha ido siendo tolerado primero y reconocido después). Esta evolución en los términos y en las respuestas sociales, políticas e ideológicas ha sido un factor determinante en los cambios del lenguaje clínico y diagnóstico (Gil Eyal, 2010). Hasta el punto de que, socialmente, ha quedado obsoleto el lenguaje psicológico que fue habitual en la psiquiatría centroeuropea en la cual surgieron y crecieron las ideas de Frankl, de Asperger, de Kanner y de muchos otros.

¿POR QUÉ RECUPERAR UN VIEJO Y OLVIDADO TEXTO?

La mejor y más convincente respuesta sería la traducción y lectura completa del texto de 1957. En él, Frankl plasma todo lo que había hecho, lo que pensaba del lenguaje de los autistas y lo que proyectaba como líneas futuras de avance en su comprensión. Son páginas de reflexión sobre extraordinarias observaciones clínicas narradas por alguien que acompañó a niños autistas, a diario y durante muchos años, en un lugar educativo y terapéutico estable, tratando de relacionarse a través del diálogo verbal “*con aquellos que llegaban a poseer el lenguaje de la palabra (...) que solo puede surgir en ellos tras muchos intentos de hacerse comprender a través del lenguaje afectivo de los gestos*”. Su relato, de nueve casos, merece ser considerado como un hito en la historia del autismo, comparable al de los once del texto de Kanner, que, como hoy sabemos, también conoció y todo parece indicar que también aprendió de este texto y de la sensibilidad de su autor. Es muy tarde para devolverle un reconocimiento que nunca tuvo. Pero, afortunadamente, puede servir a quienes se interesan por la infancia autista para descubrir la extraordinaria emoción que impacta a quien consigue llegar a la intimidad de quienes sufren por no poder comunicarse. Para terminar, un epílogo respuesta: Pues sí, sí vale la pena tratar de hablar con las personas autistas. Sobre todo, porque lo necesitan desesperadamente y porque si nadie se ofrece quedarán condenadas al silencio.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA).** (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington: APA.
- Asperger, H.** (1938). Das Psychisch Abnorme Kind. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 51, 1314–1317.
- Asperger, H.** (1944). Die “Autistischen Psychopathen” im Kindesalter. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117(1), 76–136.
- Ávila, A.** (2013). *La tradición interpersonal. Perspectiva social y cultural en psicoanálisis*. Madrid: Ágora Relacional.
- Baron-Cohen, S. y cols.** (1991). *Mind blindness. An essay on Autism and theory of mind*. Boston: MIT Press.
- Bruck-Biesok, V., Pirquet, C. y Wagner, R.** (1927). Kurze Wissenschaftliche Mitteilungen Rachitism prophylaxe. *Klinische Wochenschrift*, 6(20), 952.
- Bruner, J. S.** (1983). *Child's Talk: Learning to Use Language*. New York: W. W. Norton Co. (Trad. cast.: *El habla del niño: aprendiendo a usar el lenguaje*. Barcelona: Paidós, 1986).
- Bruner, J. S.** (1986). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cacioppo, J., Berntson, G. y cols.** (2003). Just because you're imaging the brain doesn't mean you can stop using your head. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 650–661.
- Castell, R.** (2008). *Hundert Jahre Kinder und Jugendpsychiatrie*. Gotinga: V&R unipress.
- Cohen, D. y Muratori, F.** (2024). *Les pionniers de la clinique de l'autisme*. Paris: Langage.
- Czech, H.** (2018). Hans Asperger, National Socialism and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. *Molecular Autism*, 9, 29. doi:10.1186/s13229-018-0208-6.
- Czech, H.** (2019). *Hans Asperger, autismo y Tercer Reich. En busca de la verdad histórica*. Barcelona: NED.
- Dawson, M.** (2004). *The Misbehavior of Behaviorists: Ethical Challenges to the Autism. Blog No Autistics Allowed: Explorations in Discrimination Against Autistics* (18 de enero).
- Dobs, D.** (2022). La nueva historia del autismo. *Spectrum*, 09/11/2022. (Trad. cast.: *Autismo en Vivo*, 04/enero/2023.)
- Donvan, J. y Zucker, C.** (2016). *In a Different Key: The Story of Autism*. Nueva York: Crown Publishing Group.
- Dluzak, S.** (2019). The forgotten pioneers: The life and work on Anni Weiss and Georg Frankl. <https://www.researchgate.net/publication/337935440>. (Trad. francés: *Les pionniers oubliés de l'autisme: la vie et l'œuvre d'Anni Weiss et de Georg Frankl*, *L'Information Psychiatrique*, 97(5), 407–421, 2021).
- Feinstein, A.** (2010). *A History of Autism: Conversations with the Pioneers*. West Sussex: Wiley & Sons Ltd. (Trad. cast.: Ávila, 2016, Una historia del autismo: conversaciones con los pioneros.)
- Frankl, G.** (1934). Befehlen und Gehorchen (Mando y obediencia). *Zeitschrift für Kinderforschung*, 42, 463–479 (Teil I) y 43, 1–21 (Teil II).
- Frankl, G.** (1937a). Triebhandlungen bei Dissozialität nach Encephalitis epidemica und anderen Störungen des Kindesalters. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 46, 401–448.
- Frankl, G.** (1937b). Über postenzephalitischen Parkinsonismus und verwandte Störungen im Kindesalter. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 46, 199–249.
- Frankl, G.** (1937c). Die Heilpädagogische Abteilung der Wiener Kinderklinik. *Zeitschrift für Kinderschutz Familien und Berufsfürsorge*, 29(5–6), 33–38 (Teil I) y 29(7–8), 49–54 (Teil II).
- Frankl, G.** (1943). Language and affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 251–262.
- Frankl, G.** (1957). *Autism in Childhood: An Attempt of an Analysis. Manuscrito inédito*. Lawrence, KS: Biblioteca de Investigación Kenneth Spencer, Universidad de Kansas.
- Frith, U.** (1991). *Autismo y síndrome de Asperger*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Georgieff, N. y Speranza, M.** (2013). *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Paris: Elsevier Masson.
- Gil, Eyal, et al.** (2010). *The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic*. Cambridge: Polity.
- Gonon, F.** (2011). *La psychiatrie biologique: une bulle spéculative*. Esprit, novembre.
- Gonon, F.** (2024). *Neurosciences: un discours néolibéral*. Nîmes: Champ Social Éditions.
- Grandin, T.** (2008). *The Way I See It: A Personal Look at Autism and Asperger's*. Arlington: Future Horizons.
- Grandin, T.** (2014). *El cerebro autista: el poder de una mente distinta*. Barcelona: RBA.
- Hamburger, F.** (1939). Nacionalsocialismo y medicina. En A. Swallow (Ed.), *Lecturas sobre fascismo y nacionalsocialismo seleccionadas por miembros del Departamento de Filosofía, Universidad de Colorado* (pp. 107–110). Chicago, IL: Swallow Press.

- Heller, T.** (1904). *Grundriss der Heilpädagogik*. Leipzig.
- Heller, T.** (1914). *Paedagogische Therapie für praktische Ärzte*. Leipzig.
- Hobson, R. P.** (2005). What Puts the Jointness in Joint Attention? <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199245635.003.0009>
- Hobson, R. P.** (2005). *Joint Attention: Communication and Other Minds: Issues in Philosophy and Psychology*. En N. Eilan (Ed.), Oxford: Oxford University Press.
- Hochmann, J.** (2020). L'affaire Asperger. *L'Information Psychiatrique*, 96, 67–72.
- Insel, T. y cols.** (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Kanner, L.** (1935). *Psiquiatría infantil*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher Ltd.
- Kanner, L.** (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Klein, M.** (1978). L'importance de la formation du symbole dans le développement du moi. En *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot.
- Lasa Zulueta, A.** (2022). *El autismo: una perspectiva integradora y psicodinámica*. Barcelona: Herder.
- Lasa Zulueta, A.** (2023). *El autismo sin nombre. El autismo infantil y la psiquiatría: olvidos, búsquedas y desencuentros*. Bergara: autoedición.
- Lazar, E.** (1923). Die Heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien. *Zeitschrift für Kinderforschung*, 28, 161–174.
- Lazar, E.** (1927). *Probleme der Forensischen Jugendpsychiatrie*. Viena: Hölder-Pichler-Tempsky.
- Lotz, D.** (2000). Theodor Heller (1869–1938). En M. Buchka, R. Grimm y F. Klein (Eds.), *Biographies of Important Curative Teachers in the 20th Century*. Munich–Bâle.
- Lucchelli, J. P.** (2021). Georg Frankl: The third or first man in the genesis of autism? *Vertex Rev. Arg. Psiquiatr.*, 32(151), 55–61.
- Manouilenko, I. y Bejerot, S.** (2015). Sukhareva—Prior to Asperger and Kanner. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(6), 479–482.
- Michaels, J. J.** (1935). La estancia pedagógica de la clínica infantil de la Universidad de Viena. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(3), 266–275.
- Mottron, L.** (2016). *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Bruselas: Mardaga.
- Muratori, F. y Bizzari, V.** (2019). *Alle origini dell'autismo. Il ruolo dimenticato di George Frankl*. Giovanni Fioriti Editori.
- Muratori, F., Calderoni, S. y Bizzari, V.** (2020). George Frankl: An undervalued voice in the history of autism. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27 aug 2020. doi:10.1007/s00787-020-01622-4.
- Olmsted, D. y Blaxill, M.** (2010). *The Age of Autism*. St. Martin's Press.
- Revista eipea.** (2016, noviembre). *Escoltant i Pensant els Autismes*. Semblanza biográfica de G. E. Sukhareva.
- Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C.** (2008). *Les neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob.
- Robison, J. E.** (2017). Kanner, Asperger, and Frankl: A third man at the genesis of the autism diagnosis. *Autism*, 21(7), 862–871. doi:10.1177/1362361316654283.
- Rosenblum, E.** (1961). Le développement de la pédagogie curative. *Enfance*, 14(2), 165–178.
- Sheffer, E.** (2018). *Asperger's Children: The Origins of Autism in Nazi Vienna*. Nueva York: W. W. Norton. [Trad. cast.: *Los niños de Asperger*. Ciudad de México: Planeta, 2019].
- Sheffer, E.** (2014). Fascist Psychiatry: Social Spirit and the Idea of Autism. Paper presented at the *Central Europe Workshop*, University of Chicago, November 12, 2014.
- Silberman, S.** (2015). *NeuroTribes: A Legacy of Autism and the Future of Neurodiversity*. Nueva York: Penguin Random House.
- Silberman, S.** (2016). *Una tribu propia. Autismo y Asperger. Otras maneras de entender el mundo*. Barcelona: Ariel/Planeta.
- Stern, D. N.** (1977). *The First Relationship: Mother and Infant*. Cambridge: Harvard University Press. [Trad. cast.: *La primera relación madre-hijo*. Las Rozas de Madrid: Ediciones Morata, 1998].
- Stern, D. N.** (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. Nueva York: Basic Books. [Trad. cast.: *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991].
- Sukhareva, G.** (1926). Die Schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 60, 235–261.
- Todd, S. H.** (2015). *The Turn to the Self: A History of Autism, 1910–1944* [Tesis doctoral, Universidad de Chicago, Departamento de Estudios Germánicos].
- Tomasello, M.** (1999). *The Cultural Origins of Human Cognition*. Cambridge: Harvard University Press.
- Trevarthen, C.** (1993a). The function of emotions in early infant communication and development. En J. Nadel y L. Camaioni (Eds.), *New Perspectives in Early Communicative Development*. Londres: Routledge.
- Trevarthen, C.** (1993b). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Neisser (Ed.), *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Van Krevelen, D. A.** (1971). Autismo infantil temprano y psicopatía autista. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1(1), 82–86.
- Van Krevelen, D. A. y Kuipers, C.** (1962). La psicopatología de la psicopatía autista. *Acta Paedopsychiatrica*, 29, 22–31.
- Vygotsky, L. S.** (2010). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Weiss, A. B.** (1935). Qualitative intelligence testing as a means of diagnosis in the examination of psychopathic children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5(2), 154–179.
- Westphal, A., Schelinski, S., Volkmar, F. y Pelphey, K.** (2013). Revisiting regression in autism: Heller dementia infantilis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 265–271.

Wing, L. (1981). Síndrome de Asperger: un relato clínico. *Psychological Medicine*, 11(1), 115-129.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*. Londres: Hogarth Press. [Trad. cast.: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Barcelona: Paidós, 1993].

Wittgenstein, L. (2005). *The Big Typescript: TS 213*. Oxford: Blackwell.

NOTAS ANEXAS

1. Frankl, G. (1934) Befehlen und Gehorchen (Mando y obediencia). *Zeitschrift für Kinderforschung*, 42: 463-479; y 43: 1-21.

2. Este y otros comentarios de Frankl y de Anni Weiss, se parecen mucho a otros casi idénticos del texto de Asperger de 1944. Quien mejor lo ha detallado ha sido Todd (2015), que lo ha cotejado exhaustivamente en los textos originales en lengua alemana de todos ellos. Tras leer su tesis doctoral resulta razonable su opinión de que hay que atribuir a ellos el origen de muchas de las observaciones clínicas que Asperger incluye en sus textos como propias. También insiste en que con su traducción al inglés (Wing y Frith, 1981) el término original de “autismo” quedó desnaturalizado y su (errónea) comprensión marcó lo que llama la “versión moderna” del autismo, que critica abiertamente.

3. Los lingüistas relatan con claros ejemplos el sentido oculto, pero perfectamente inteligible, que puede esconderse bajo las palabras. Ejemplo: Una madre vuelve a su casa tras haber dejado solo a su hijo. Al entrar ve un jarrón roto y exclama: “¿qué ha pasado aquí?”. El niño responde inmediatamente: “yo no he sido”. La “teoría de la mente” del niño ha deducido inmediatamente que es lo que verdaderamente quería saber su madre pese a la distancia existente entre su pregunta “inocente” y su tono de indagación y sospecha respecto al autor del estropicio.

4. No en vano, el debate de si a los niños sordos y a los deficientes se les debía enseñar o prohibir el lenguaje gestual “de signos” para favorecer que adquirieran el lenguaje verbal “de palabras” tenía un recorrido previo de más de un siglo en la pedagogía especial.

5. Cuestión que constituiría el meollo de los conflictos entre Lovaas y las asociaciones de padres de autistas, unos partidarios y otros opuestos a sus métodos terapéuticos, para unos necesarios y para los otros de una violencia inadmisibles. También algunas destacadas personas autistas (entre otras Michelle Dawson, 2004 y Temple Grandin 2008 y 2014) han manifestado públicamente sus críticas a las imposiciones terapéuticas que sufrieron por parte de terapeutas de orientación conductual. Otros testimonios también han criticado intervenciones autoritarias e intrusivas de terapeutas de otras orientaciones (en particular las que practicaba Bettelheim en su escuela ortogénica de Chicago).

6. Comentario que apunta a un tema complejo, de larga historia y todavía vigente actualmente: las relaciones y diferencias, conceptuales y clínicas, entre déficit intelectual y autismo (Lasa Zulueta, 2022. Cap. “Sobre la inteligencia de los autistas” págs. 379-385).

7. Recuerda la actitud de Cajal, quien confiaba en que los futuros logros científicos confirmarían su afirmación revolucionaria, que las conexiones neuronales se modifican y no son estáticas ni definitivas.

8. Michael Tomasello, investigador especializado en la comunicación de los primates, en su evolución hacia el lenguaje y la cognición humanas, ha resumido sus experiencias y deducciones en varios textos que, en mi opinión, todos los interesados por el nacimiento y desarrollo del lenguaje temprano y sus alteraciones en el autismo deberíamos conocer (Tomasello, 1997, 2007 y 2013).

9. También el descubrimiento de las neuronas espejo ha venido a confirmar la existencia de una predisposición cerebral a estar atento y reaccionar hacia lo que interesa al vecino cercano (Rizzolatti, 2008).

10. Jerome Bruner (1915-2016). A su inicial visión cognitivista del desarrollo, añadió una perspectiva social y cultural, con su concepto de “andamiaje” (el apoyo en el adulto y la interacción con él). Su interés por el papel de la atención conjunta en la construcción de los modos progresivos de representación del lenguaje (enactivo, icónico y simbólico-narrativo) ha estimulado la creatividad de quienes intervienen con autistas a la hora de facilitarles diferentes modos de expresión.

11. Colin Trevarthen (1931-2024). Su gran influencia en la comprensión del desarrollo emocional y la intersubjetividad en el desarrollo temprano y su interés por el juego y las canciones que facilitan el ritmo emocional compartido ha inspirado todo un campo de investigaciones sobre el desarrollo temprano y también sobre la comprensión del autismo temprano y el diseño de las intervenciones más adecuadas.

12. R. P. Hobson (2004), desde su perspectiva psicoanalítica, ha estudiado la atención conjunta y la intersubjetividad e investigado sobre las dificultades con ambas en el autismo. Ha insistido en los componentes emocionales e interactivos en la relación terapéutica con autistas.

13. Asperger escribió insistentemente sobre la “maldad” y la “sensación placentera” de destruir” de los niños autistas. Una perspectiva “ético-moral” errónea sobre la cuestión, alejada del sentido que tenía para Asperger, puede afectar a un entendimiento correcto del significado que tenía en el mundo educativo y en las ideas psicológicas y psiquiátricas de la época. Por ejemplo, ha llevado a Sheffer a acusar a Asperger de favorecer las políticas criminales nazis de exterminio de niños deficientes y autistas, basadas en que eran “imposibles de educar” e “inútiles para incorporarse a responsabilidades sociales”. La cuestión de si Asperger trató de salvarlos con sus informes clínicos o, por el contrario, cedió a las presiones nazis para certificar su traslado a centros de exterminio sigue estando en debate (Todd, 2015; Czech, 2018 y 2019; Sheffer, 2014 y 2018; Lasa Zulueta, 2022). Sea cual sea el veredicto final de la historia, el DSM, sin explicarse al respecto, ya ha “clausurado” el síndrome de Asperger que ya no aparece en el DSM-5 del 2013.

14. Lo cual abre otra cuestión, importante para quienes se interesan por la psicopatología clínica: ¿qué otros diagnósticos recibían entonces cuando no eran considerados “trastornos del espectro autista”?

15. Laurent Mottrom (2016): *L'intervention précoce pour enfants autistes. Nouveaux principes pour soutenir une autre intelligence*. Su lectura y su posición conciliadora, pero demoledora frente a ciertas afirmaciones partidistas, aportan un sosiego que puede contribuir a calmar los pasionales debates que han sacudido el mundo profesional del autismo.

16. Entre otros muchos, Vygotsky (2010), Winnicott (1965), Bruner (1983 y 1986), Trevarthen (1993a y 1993b), Stern (1977 y 1985) y un largo listado de autores, interesados por el papel fundamental de los intercambios tempranos en la constitución del psiquismo y del lenguaje -cuestión que hemos visto que también interesó a Freud-, han ido conformando las teorías interpersonales y la clínica e intervenciones basadas en los intercambios e interacciones relacionales (ver Ávila, 2013; Georgieff, 2013; Lasa Zulueta, 2022).

17. Ludwig Wittgenstein (Viena, 1889-Oxford, 1951) escribió dos textos fundamentales. El *Tractatus logico-philosophicus* (en 1923), único texto que publicó en vida, declarando que tras ello abandonaba la filosofía considerando resueltos todos los problemas filosóficos... que él se había planteado, para dedicarse a la enseñanza como maestro rural y volver así al lenguaje infantil, el único que le parecía espontáneo. En el segundo, *Investigaciones filosóficas*, escrito entre 1936-1949 y publicado póstumamente en 1953, dejó de lado la lógica para centrar su interés en el lenguaje (al que dedicaría reflexiones que, escritas en 1932-1933, fueron publicadas también póstumamente en 2005).

18. Una vez que el conocimiento del “síndrome de Asperger” se fue extendiendo han sido innumerables los artículos que en los medios de comunicación han catalogado como probables afectados por el síndrome a una multitud de sabios con personalidades “peculiares”: Newton, Einstein, Bobby Fisher o, también, el propio Asperger entre otros muchos.

19. Los textos de Frankl, autor poco influyente, eran desconocidos entonces por estos autores, así que no es probable que su posicionamiento tuviera nada de una confrontación con él, pero sí con Kanner y con algunas ideas psicoanalíticas entonces vigentes sobre el autismo.

20. Pese a ello, es bien conocido el posicionamiento de Thomas Insel, máxima voz del NIMH estadounidense, criticando la falta de rigor del DSM-5, que consagró a partir del 2013 el término de Trastornos del Espectro Autista y declarando que no utilizarían tal clasificación por su falta de rigor científico.

21. En la reciente jornada celebrada en Barcelona (50 aniversario del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet), Catherine Lord nos afirmó la gran dificultad de predecir a largo plazo las evoluciones de autistas acompañados desde su primera infancia. Lo hacía apoyándose en el gran peso de sus catamnesis a largo plazo. También nos explicó que su método diagnóstico trata de homogeneizar una realidad clínica muy diversa que, por ser más rica y variada, necesita ser sistematizada (reducida) a efectos de necesidades metodológicas imperativas. Abre así una ventana de posibilidades evolutivas imprevisibles y de influencias multifactoriales, también las relacionales, que permite planteamientos educativos y terapéuticos diferentes y compatibles en un acompañamiento de largo recorrido.

22. Aunque se dice que ningún autista es capaz de entender y practicar la ironía que conlleva el humor, creo haber conocido más de uno que disponía de esta capacidad; eso sí, con matices muy personales. Me ayudó a entenderlo la definición que, otra vez María Moliner, nos da de ironía: “*Manera de expresar una cosa, que consiste en decir, en forma o con entonación que no deja lugar a dudas sobre el verdadero sentido, lo contrario de una cosa (...) tono burlón con que se dice algo*”.



Autismo: los orígenes de las controversias¹



– Brigitte Chamak –

Doctora en Neurobiología y doctora en Historia y Sociología de la Ciencia. Investigadora asociada del CERMES3², del laboratorio del CNRS³, del Inserm⁴ de l'EHESS y de la Université Paris Cité. París (Francia)

La visibilidad mediática del autismo ha hecho proliferar una serie de controversias que ponen de manifiesto conflictos ideológicos, epistemológicos, éticos, económicos y políticos. Los temas de las polémicas son diversos y tienen que ver tanto con las definiciones de autismo como con las tasas de prevalencia, posibles causas y modos de intervención (Chamak, 2021). ¿Cómo podemos distinguir lo que es conocimiento científico establecido de lo que es información procedente del marketing o de intereses privados? El aumento de la financiación de la investigación sobre el autismo atrae cada vez a más profesionales. Para recibir financiación y reconocimiento y poder sacar adelante su carrera, los investigadores deben publicar en las mejores revistas. La presión es importante y la tentación de adoptar la retórica de las promesas antes que la evidencia de las pruebas es grande (Gonon et al., 2014). Cuando un investigador tiene interés por encontrar resultados positivos, el peso de los argumentos está sesgado, sin que normalmente sea consciente de este sesgo (Moynihan, 2008). Algunos trabajos en ciencias sociales han confirmado que, aunque las personas traten de ser objetivas, su juicio está sometido a sesgos inconscientes e involuntarios (Dana y Loewenstein, 2003). Por eso es tan importante estudiar de forma detallada las publicaciones científicas y los sesgos metodológicos e interpretativos si queremos analizar con perspectiva los resultados alcanzados.

El análisis crítico de la literatura científica sobre el autismo de los últimos veinte años y el estudio de los cambios en la clasificación del Manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) desde la década de 1990 permiten evidenciar tres orientaciones en el ámbito del autismo:

- 1a:** la ampliación de los criterios diagnósticos;
- 2a:** la adopción generalizada de interpretaciones genéticas y neurobiológicas del autismo, a pesar de la falta de resultados fiables y coherentes;
- 3a:** la promoción de métodos educativos y conductuales, a pesar de las dificultades para evaluarlos y unos resultados escasos.

Este artículo sobre las controversias del autismo se centra en estas tres orientaciones.

1a: CAMBIOS EN LA DEFINICIÓN DEL AUTISMO Y AUMENTO DE LA PREVALENCIA

A raíz de las modificaciones en las clasificaciones del DSM, el autismo pasó de la categoría de «psicosis infantil» a la de «trastorno global del desarrollo», «trastorno generalizado del desarrollo» (TGD) y «trastorno del espectro autista» (TEA) hasta que en 2013 se incluyó en la categoría de «trastornos del neurodesarrollo» (TND). Estos cambios sucesivos se correspondieron con una ampliación de los criterios diagnósticos que llevó a incluir dentro de los TEA tanto a personas sin lenguaje y con disca-

pacidad intelectual como a personas que hablan y muestran capacidades cognitivas importantes, con el punto en común de tener dificultades para la interacción social y tener intereses específicos, aunque con diferentes niveles de gravedad. En cuanto a los TND, reúnen diferentes sintomatologías heterogéneas: TEA, discapacidad intelectual, trastornos «dis-» del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH).

Por otra parte, es frecuente la presencia de diversos trastornos asociados, lo que dificulta llegar a un adecuado diagnóstico. Los síntomas de los TEA pueden variar según la edad, el sexo, la cultura y las comorbilidades. A falta de marcadores biológicos, el diagnóstico debe basarse en la observación conductual, que puede variar considerablemente en cada niño. Esta variabilidad remite a la cuestión del diagnóstico diferencial, que sólo puede basarse en la observación clínica: ¿de qué manera podemos distinguir claramente entre TEA, trastornos del lenguaje, retraso en el desarrollo, discapacidad intelectual, depresión infantil, trastornos obsesivo-compulsivos, fobia social, etc.?

Por tanto, si diagnosticar el autismo ya no es fácil, la presión por hacer un diagnóstico cada vez más precoz aún lo dificulta más. ¿Es creíble un diagnóstico antes de los 24 meses? Parece que la falta de estabilidad en la manifestación de los síntomas en los primeros meses del desarrollo y los problemas que plantea el diagnóstico diferencial no permiten garantizar con certeza un diagnóstico de autismo fiable antes de los dos años de vida.

¹ Traducido del original en francés.

² Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société.

³ Centre national de la recherche scientifique.

⁴ Institut national de la santé et de la recherche médicale.

⁵ École des hautes études en sciences sociales.

La constante ampliación de los criterios diagnósticos del autismo, la detección precoz y el cambio que significa clasificar como TEA lo que antes pertenecía a los ámbitos de la discapacidad intelectual (DI), del trastorno del lenguaje, de la fobia social o del trastorno de ansiedad complican la obtención de datos epidemiológicos sólidos. La inexistencia de marcadores o pruebas biológicas que puedan contribuir al diagnóstico, sumada a las dificultades metodológicas específicas de la epidemiología del autismo provocan una variabilidad muy grande en los datos de prevalencia. Las variaciones según los criterios diagnósticos, los gráficos de análisis, el muestreo, la consideración de los riesgos de comorbilidad o errores de diagnóstico, las políticas de cribado y del sistema de salud propio de cada país o región también son factores que influyen en la producción de datos (Ponnou et al., 2025).

Más allá de las fluctuaciones en la prevalencia, el grueso de los estudios indica un aumento general de los diagnósticos de autismo, tanto si esa evolución es fruto de una mejor concienciación política y social de los TEA como de la ampliación de los criterios diagnósticos o del traspaso de determinados diagnósticos (DI, trastornos del lenguaje, etc.) hacia la categoría de los TEA. Otra dificultad tiene que ver con la variabilidad entre los sexos. Según el DSM-5 y las publicaciones disponibles, se diagnostican cuatro veces más TEA en niños que en niñas. Sin embargo, algunos estudios recientes y algunos testigos indican que los diagnósticos femeninos podrían estar subestimados (Rivet y Matson, 2011). Hay menos diagnósticos y son más tardíos en las niñas que en los niños porque las formas de autismo son menos graves. Algunas hipótesis formuladas para explicar este fenómeno son que las niñas autistas tienden a desarrollar estrategias de imitación social, de camuflaje, a fin de ocultar sus dificultades, que presentan menos problemas de conducta y que sus centros de interés son más comunes con los de otros niños que los de los niños autistas.

2ª: ETIOLOGÍAS GENÉTICAS Y NEUROBIOLÓGICAS DEL AUTISMO: FALTA DE RESULTADOS FIABLES

Antes del éxito de las teorías genéticas y neurobiológicas del autismo, las que dominaban el terreno del autismo eran las teorías psicoanalíticas. Estos conceptos, centrados con frecuencia en las interacciones

entre la madre y el hijo y en la responsabilidad de los progenitores, fueron criticados y rechazados por las asociaciones de padres y generaron conflictos entre profesionales y psicólogos conductuales.

Numerosas publicaciones hicieron hincapié en los orígenes genéticos y neurobiológicos del autismo; pero, a pesar de las importantes inversiones económicas a lo largo de treinta años, las anomalías genéticas identificadas sólo afectan a algunos casos aislados y, a pesar de los diversos trabajos en neurociencias para detectar anomalías cerebrales que fueran comunes en los autistas, las conclusiones no permiten mucho entusiasmo (Chamak, 2025a).

La heredabilidad genética del autismo es moderada

Se han identificado varios cientos de genes que predisponen al autismo. Están implicados principalmente en la neurotransmisión, la formación de sinapsis y, de forma más general, en el desarrollo del sistema nervioso central; sin embargo, aunque estas variantes genéticas aumentan el riesgo de presentar algunos signos autistas, no comportan necesariamente la aparición de una forma de autismo. El proyecto Paris Autism Research International Sibpair Study (estudio Paris), que se inició en 1992 y se extendió durante la década de 2000 con la colaboración de la profesora Marion Leboyer y del profesor Christopher Gillberg, pretendía poner en práctica los estudios genéticos y su implicación del máximo número posible de personas autistas y de sus familiares en Francia y Suecia. Gracias a estos esfuerzos científicos y económicos se pudieron identificar nuevas anomalías, pero siempre en casos poco comunes. En 2003 se identificaron los genes de la neurologina 3 y la neurologina 4, asociados con el autismo, sólo en dos familias (Jamain et al. 2003). En ese momento, algunos medios publicaron titulares como: «Un equipo del Pasteur encuentra el gen del autismo» y muchos padres y madres recurrieron a análisis genéticos que se vendían por Internet para buscar esas mutaciones. Sin embargo, las mutaciones de las neurologinas son poco frecuentes y no son específicas del autismo, puesto que pueden estar asociadas con retraso mental sin autismo (Laumonnier et al., 2004), algo que los autores del artículo no precisaban.

En 2006, se detectaron alteraciones del cromosoma 22q13 en tres familias, por parte del mismo equipo de investigadores, y se identificaron mutaciones del gen SHANK3 (Durand et al., 2007). Ahora bien, en estos casos, los resultados tampoco son específicos del autismo. En 2003, los investigadores de un equipo americano sobre el síndrome de delección 22q13 (o síndrome de Phelan McDermid) ya habían identificado una alteración del gen SHANK3 y su papel en la aparición de signos neurológicos, aunque no necesariamente asociados con el autismo (Wilson et al., 2003). Cabe destacar que los autores de la publicación de 2006 no hacían referencia a este artículo.

Los primeros resultados obtenidos en estudios de parejas de gemelos durante las décadas de 1970 y 1980 sirvieron para afirmar que el autismo tenía un origen mayoritariamente genético, pero aquellos estudios muestran numerosos sesgos metodológicos, aproximaciones erróneas y problemas de interpretación, además de subestimar los riesgos ligados a la perinatalidad (Chamak, 2010). En un estudio californiano con un número mucho más considerable de gemelos (192 parejas de gemelos) se halló que la heredabilidad genética del autismo era moderada (entre el 37 % y el 38 %) y que tenía importancia el entorno compartido (Hallmayer et al., 2011).

Los riesgos ligados a la perinatalidad se han pasado por alto durante mucho tiempo. Puede haber limitados o predominantes, como en el caso de exposición al ácido valproico o en la rubéola. Las infecciones víricas de la madre durante el primer trimestre y las bacterianas, también de la madre, a lo largo del segundo trimestre se han relacionado con el diagnóstico de autismo (Atladóttir et al., 2010). Las infecciones o la hipoxia durante el embarazo, el parto o, más adelante, durante la infancia, la vulnerabilidad genética y los problemas metabólicos son también factores susceptibles de desencadenar la aparición de síntomas autistas. Todas las alteraciones del desarrollo de origen infeccioso, tóxico o traumático que afectan al embrión o al niño de poca edad, ya sea durante el embarazo, el parto o los primeros años de vida, pueden comportar la aparición de un cuadro autista.

Esto se ha demostrado en algunos casos familiares de autismo, aunque sólo representan un porcentaje bajo del total de

casos de autismo (del 10% al 15%) (Chamak, 2010). Se han identificado mutaciones genéticas *de novo* (mutaciones que aparecen en una persona, sin que los progenitores las tengan ni formen parte de su patrimonio genético). Sin embargo, la mutación de un gen no condiciona sistemáticamente la aparición de una anomalía, ya que lo que tiene importancia es la expresión de los genes, y ésta puede verse afectada por numerosos factores (Giacobino y Ansermet, 2012). Una misma mutación puede generar un niño sin ninguna anomalía concreta, un niño autista, un niño con síndrome de Asperger o un niño con buenas capacidades, lo que cuestiona el uso abusivo de las pruebas de cribado genético.

Ausencia de un modelo de anomalía cerebral del autismo

En un estudio de imágenes cerebrales en el que participaron un número considerable de personas (mil participantes de 6 a 65

años, 500 de los cuales con autismo y 500 sin él), se demostraron estadísticamente mayores volúmenes ventriculares, cuerpos callosos más pequeños y zonas corticales más densas en un porcentaje más alto en el grupo de las personas autistas, aunque no se hallaron las anomalías descritas en estudios anteriores en el cerebelo y la amígdala (Haar et al., 2016). Las anomalías, cuando las había, sólo se identificaron en algunos sujetos. El estudio de Boddaert et al. (2009) en el que participaron 77 niños con autismo no sindrómicos notificó anomalías en la RMN (resonancia magnética) en un 48%.

En imagen funcional, se ha identificado una menor activación del córtex temporal durante las tareas que implican reconocimiento de caras, con activación de zonas implicadas normalmente en el reconocimiento de objetos (Crichley et al., 2000). Sin embargo, estos estudios de imagen funcional se han llevado a cabo con un reducido número de adultos con lenguaje.

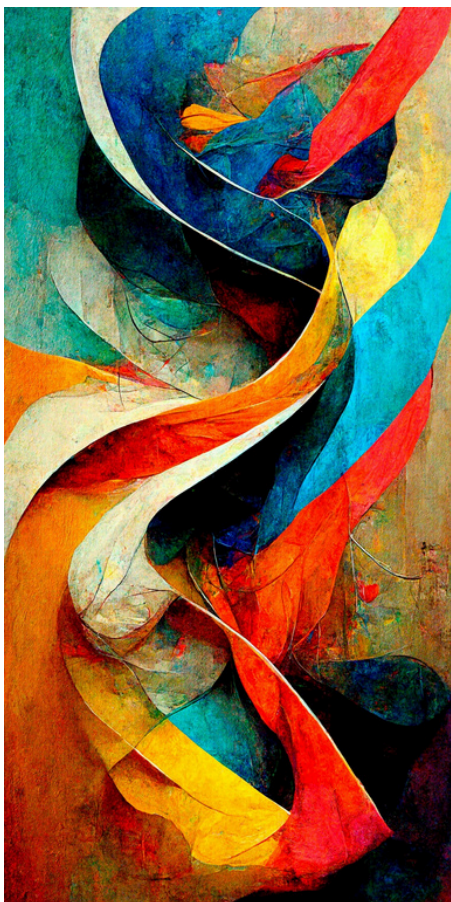
Por otra parte, se evidenciaron anomalías en la activación de las regiones temporales izquierdas durante la audición de la voz en cinco adultos autistas con lenguaje y ocho adultos no autistas (Gervais et al., 2004). En cuatro de los cinco adultos autistas, los autores del artículo no observaron ninguna activación específica del lóbulo temporal superior. Estas investigaciones con imagen funcional permiten ilustrar que la forma de tratar la información es diferente en algunas personas autistas, pero no aportan nada sobre los orígenes etiológicos del autismo.

Pese a los múltiples trabajos en neurociencias dirigidos a detectar anomalías cerebrales comunes, las conclusiones son dudosas. Sólo se identifican anomalías, cuando existen, en algunos sujetos. En la mayoría de los casos, lo que varía es la conectividad neuronal. La teoría más extendida habla de hiperconectividad neuronal dentro de una misma región (por ejemplo, el hipocampo) y de hipoconectividad entre determinadas regiones del cerebro (Venkataraman et al., 2015). Esto explicaría tanto la existencia de determinadas capacidades extraordinarias (de memoria, por ejemplo) como de una visión detallada y de un problema de coherencia central (dificultades por tratar diferentes informaciones perceptivas y extraer un sentido global).

Finalmente, Waterhouse, London y Gillberg (2016) concluyeron que no existe un modelo de anomalía cerebral del autismo que se haya replicado y que, por tanto, ningún modelo de los existentes actualmente aporta validez neurobiológica a los TEA.

3ª: PROMOCIÓN DE MÉTODOS EDUCATIVOS Y CONDUCTUALES

Durante mucho tiempo, los abordajes psicoanalíticos predominaron en el ámbito del autismo. Estos implican a diferentes profesionales y una variedad de intervenciones (terapéuticas, educativas, deportivas, culturales) que, tal y como se describen, se centran en buscar el significado detrás de los síntomas para contribuir a mejorar el conocimiento de la vida mental de los sujetos y facilitar un abordaje terapéutico más adaptado a cada persona. Sin embargo, estos métodos han sido ampliamente criticados por asociaciones de familias que denuncian la falta de



La cobertura mediática en torno a la genética y la neurociencia en el ámbito del autismo es desproporcionada. Los resultados están muy lejos de ofrecer claves que ayuden a entender mejor y acompañar a los niños autistas.

aprendizaje escolar y la exclusión de los padres y madres. La lógica del empoderamiento llevó a algunos progenitores a implicarse en el ámbito asociativo para obtener ventajas de la administración pública en forma de financiación y de consideración de sus dificultades. El desarrollo de un lobbismo asociativo, que contribuyó a modelar las representaciones y políticas públicas en materia de autismo, ya ha sido destapado (Chamak, 2019b). La administración pública tomó el relevo en el discurso de las familias, favoreció la inclusión escolar y recomendó terapias cognitivo-conductuales.

Desde finales de la década de 1960 se desarrollaron diversas técnicas educativas y terapéuticas para ayudar a los niños autistas a adquirir competencias y capacidades de relación. Históricamente, el abordaje Teacch (*Treatment and Education of Autistic and Communication related handicapped Children*), concebido en 1966 por Eric Schopler, había transformado las intervenciones en autismo implantando un enfoque educativo y conductual que priorizaba las competencias emergentes del niño y favorecía la colaboración con los progenitores, en torno a un programa individualizado.

Sin embargo, fue el abordaje ABA (*Applied Behavioral Analysis*) el que acabó imponiéndose. La publicación, en 1987, de Ivar Lovaas⁶ tuvo un impacto sin precedentes en las asociaciones de padres y madres, que reclamaban la generalización de este método educativo y conductual intensivo⁷ al ser conocedores de los resultados del estudio: se describía que nueve niños de un grupo de diecinueve habían “*logrado un desarrollo intelectual normal y un funcionamiento educativo normal, con un CI normal*”. Aunque, en 1993, el equipo de Lovaas reevaluó a la baja estos resultados dado que, a la larga, uno de los nueve niños que mejor había evolucionado se incorporó a una línea de educación especial (McEachin et al., 1993). En cuanto a los niños autistas de 4 años con «retraso mental profundo», los resultados no fueron concluyentes después de un tratamiento ABA de 30 horas semanales durante dos años (Smith y Lovaas, 1997). Sin embargo, la única publicación citada regularmente por las asociaciones de padres y madres y la administración pública fue la de 1987, sin tener en cuenta publicaciones posteriores que ilustraban los límites de este abordaje.

Entre ambos extremos del espectro autista, los perfiles varían considerablemente. La tentación de seleccionar es grande, como lo es también el riesgo de sesgos metodológicos (Matson et al., 2014). Se observan importantes variaciones interindividuales en los perfiles de progresión. El análisis del progreso a los 3 años de 208 niños de 5 años permitió identificar dos grupos: uno en el que la gravedad de los síntomas había disminuido y otro que había evolucionado de forma menos favorable, independientemente de las intervenciones (Darrou et al., 2010).

El examen atento de los estudios citados por los defensores de los métodos conductuales intensivos pone de manifiesto unos sesgos importantes: la mayor parte de los estudios se realizaron con pequeños efectivos, a corto plazo y con niños muy pequeños (Chamak, 2015). Un metaanálisis realizado en el año 2011 cuestionó las afirmaciones sobre la eficacia de los métodos conductuales intensivos precoces, al considerar que se fundamentaban en estudios iniciales metodológicamente débiles, que se había seleccionado a niños con afectaciones menos graves y que no se habían evaluado los resultados a largo plazo (Warren et al., 2011).

Sin embargo, el 8 de marzo de 2012, la Alta Autoridad de Salud⁸ publicaba una serie de recomendaciones de buena práctica sobre las intervenciones educativas y terapéuticas de los niños y adolescentes con autismo (HAS, 2012) y, entre las de base presuntamente científica, estaba el método conductual ABA. Por la misma época, la guía de recomendaciones británicas del National Institute for Health and Care Excellence (Nice, 2013), en vez de un método único, proponía y defendía un conjunto de intervenciones coordinadas: el acceso a los servicios de salud, incluidos los de salud mental, el acceso a los servicios sociales y la ayuda a las familias. Se trataba, igualmente, de adaptar el entorno físico y social (facilitar soportes visuales para favorecer la comprensión, asegurar un mínimo de espacio, tener en cuenta las particularidades sensoriales individuales), de proporcionar intervenciones psicosociales a cargo de equipos multidisciplinares que permitieran aplicar estrategias basadas en el juego con los progenitores y los maestros para potenciar la atención conjunta y la comunicación, de ade-

lantarse a los problemas de conducta tratando el dolor físico y las cuestiones de salud mental asociadas (ansiedad, depresión, hiperactividad, etc.), garantizando una buena comprensión de las situaciones, evitando los cambios de rutina o preparándolos, favoreciendo las actividades de ocio y previniendo los abusos contra los niños o los adultos.

Más recientemente, el informe de evaluación a los 6 años, publicado por el Departamento de Defensa de Estados Unidos (2021), llegaba a la conclusión de que el coste de la ABA era demasiado alto para unos resultados tan decepcionantes, ya que en el 43% de los niños no se había observado ninguna mejoría en los síntomas, y en algunos casos incluso había un empeoramiento. Además, en este informe se denunciaban casos de fraude, despilfarro y abuso cometidos por los proveedores de servicios ABA, así como de facturas y pagos indebidos por estos servicios. Por otra parte, en una publicación se hablaba de aumento de los síntomas de estrés postraumático en las personas autistas que habían vivido la experiencia de la ABA durante la infancia (Kupferstein, 2018). Un metaanálisis con 252 estudios de evaluación de intervenciones en autismo (ensayos controlados aleatorizados) ha mostrado últimamente que, aunque los métodos conductuales mejoran la percepción de los cuidadores sobre el comportamiento difícil, las ventajas potenciales no se pueden establecer con certeza, ya que los investigadores no verificaban ni notificaban los eventos adversos (Sandbank et al., 2023). De los efectos adversos de la ABA tenemos el testimonio de algunos progenitores, como la quebequesa Johanne Leduc, madre de dos niños autistas que lamenta con tristeza haber recurrido durante cuatro años a los métodos conductuales para su hijo mayor, que se autolesionaba (golpes de cabeza) después de las intervenciones de ABA y que no obtuvo ningún beneficio, ya que en la edad adulta sigue no verbal y presenta signos importantes de ansiedad (Leduc, 2012 y 2022).

Desde 2004, Michelle Dawson, una persona autista que vive en Quebec, denuncia las malas prácticas conductuales (Dawson, 2004) y varias asociaciones de personas autistas consideran que la ABA es una terapia abusiva y poco ética⁹.

⁶ Lovaas O.I. (1987) Behavioral treatment and normal education and intellectual functioning in young autistic children. *J. Consult. Clin. Psychol.* 55, 3-9.

⁷ Este método se caracteriza por una serie de pruebas repetidas y separadas en niños menores de 5 años, 40 horas por semana, con un niño por cada facilitador que practica condicionamientos y refuerzos dirigidos a modificar las conductas.

⁸ En Francia.

⁹ Así, CLE Autistas (Colectivo para la Libertad de Expresión de los Autistas) publica en su sitio web un argumentario contra los métodos conductuales <https://cle-autistes.fr/ressources/interventions-therapies/>

Como los abordajes psicoanalíticos, los métodos educativos y conductuales también deben evolucionar para adaptarse mejor a las necesidades de los niños y de los padres y madres, pero las intervenciones son muy diferentes según los terapeutas y los educadores. También pueden variar según la gravedad de los síntomas de niños y adolescentes. Por otro lado, aunque un informe del IGAS (2018) consideraba que los centros de acción médico-social precoz, los centros médico-psicopedagógicos y los centros médico-psicológicos infantiles y juveniles “ofrecen a los niños y adolescentes el apoyo esencial para acceder a los cuidados”, los propios autores del informe constataban que estos centros “se enfrentan al aumento constante de la demanda de cuidados. Un aumento que se produce mientras las presiones sobre el personal amenazan la viabilidad de estos centros». La administración ejerce una fuerte presión sobre el personal para imponer la generalización de los abordajes cognitivo-conductuales.

CONCLUSIÓN

Ya hace unos años que las comunicaciones sobre el éxito de los métodos cognitivo-conductuales para tratar el autismo invaden el espacio mediático, pero los resultados a largo plazo no están a la altura de las expectativas. La promoción de estos métodos y la preeminencia de la investigación en genética y en neurociencia han guiado las políticas públicas, con la consiguiente desinversión en lo que se refiere al acompañamiento médico, social y psicoafectivo de los niños, los adolescentes y los adultos. La falta de lugares de acompañamiento y de acogida, la saturación de la oferta, la evitación de las situaciones más complejas y las desigualdades sociales y territoriales no llevan a pensar que la situación de las familias pueda mejorar, a pesar de la importante financiación que se dedica a los sucesivos planes sobre el autismo.

De forma paralela al aumento exponencial de las publicaciones sobre el autismo, se han multiplicado los mercados del autismo, sobre todo en el ámbito de las intervenciones. Sin embargo, el testimonio de numerosos padres y madres de niños autistas habla de estrés, de fatiga, de conflictos profesionales y familiares, del gasto de tiempo y de energía, de la búsqueda de información y de servicios, y todo ello subraya la falta de cuidados y acompañamiento (Chamak y Bonniau, 2018; Chamak, 2019a).

La cobertura mediática en torno a la genética y la neurociencia en el ámbito del autismo es desproporcionada. Los resultados están muy lejos de ofrecer claves que ayuden a entender mejor y acompañar a los niños autistas. Los intereses de determinados investigadores (genetistas, investigadores en ciencias cognitivas, neurocientíficos) y de los psicólogos conductuales forman parte de esta visión sesgada sobre la aportación de la genética, las neurociencias y el abordaje ABA. La Fondation Fundamental, creada en 2007, ha desempeñado un papel lobbista a la hora de guiar la investigación, adoptar la terminología de los TND y orientar hacia el diagnóstico, la investigación y la recomendación de intervenciones educativas y conductuales. Esta fundación se centra más en la investigación que en los pacientes, a los que utiliza como proveedores de datos. Su retórica prometedora influye en las políticas públicas, pero no permite mejorar el seguimiento de los niños autistas ni la vida de las familias (Chamak, 2025a; Gonon, 2024 y 2025).

BIBLIOGRAFIA

Atladóttir, H. O., et al. (2010). Maternal infection requiring hospitalization during pregnancy and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1423–1430.

Boddaert, N., et al. (2009). MRI findings in 77 children with non-syndromic autistic disorder. *PLOS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0004415>

Chamak, B. (2010). L'autisme: surestimation des origines génétiques. *Médecine/Sciences*, 26, 659–662.

Chamak, B. (2015). Interventions en autisme: évaluations et questionnement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(4), 297–301.

Chamak, B. (2019a). L'autisme à Marseille nord: inégalités territoriales, précarité et pénurie de services publics. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 67, 304–310.

Chamak, B. (2019b). Lobbying associatif: l'exemple de l'autisme. *Revue Médecine et Philosophie*, 1, 26–31.

Chamak, B. (2021). *Controverses sur l'autisme. Décrypter pour dépasser les antagonismes*. Toulouse: Éditions érès

Chamak, B. (2025a). Relativiser les interprétations étiologiques génétiques et neurobiologiques de l'autisme. A S. Ponnou (Dir.), *À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse* (pp. 77–89). Champ social éditions.

Chamak, B. (2025b). Remise en question des approches comportementales de l'autisme. A S. Ponnou (Dir.), *À l'écoute des enfants autistes. Le pari de la psychanalyse* (pp. 135–148). Champ social éditions.

Chamak, B. i Bonniau, B. (2018). «Mon fils, c'est ma petite entreprise!» Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis. *Anthropologie et Santé*. <https://journals.openedition.org/anthropologie/3395>

Dana, J. y Loewenstein, G. (2003). A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA*, 290(2), 252–255.

Darrou, C., Pry, R., Pernon, E., Michelon, C., Aussilloux, C. y Baghdadli, A. (2010). Outcome of young children with autism. *Autism*, 14(6), 663–677.

Dawson, M. (2004). *The misbehavior of behaviourists: Ethical challenges to the Autism-ABA industry*. https://www.sentex.ca/~nexus23/naa_aba.html

Département Américain de la Défense. (2021). *Annual report on Autism Care Demonstration program*.

Durand, C. M., Betancour, C., Boeckers, T. M., et al. (2007). Mutations in the gene encoding the synaptic scaffolding protein SHANK3 are associated with autism spectrum disorders. *Nature Genetics*, 39, 25–27.

Gervais, H., et al. (2004). Abnormal cortical voice processing in autism. *Nature Neuroscience*, 7, 801–802.

Giacobino, A. y Ansermet, F. (2012). *Autisme: à chacun son génome*. Paris: Navarin / Le Champ freudien.

Gonon, F. (2024). *Neurosciences, un discours néolibéral : psychiatrie, éducation, inégalités*. Champ social éditions.

- Gonon, F., Konsman, J.-P. y Boraud, T.** (2014). Neurosciences et médiatisation : entre argument de la preuve et rhétorique de la promesse. A B. Chamak i B. Moutaud (Dir.), *Neurosciences et société: Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*. Paris: Armand Colin.
- Gonon, F., et al.** (2025). Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: A case study. *SSM – Mental Health*, 7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560325000763>
- Haar, S., et al.** (2016). Anatomical abnormalities in autism? *Cerebral Cortex*, 4, 1440–1452.
- Hallmayer, J., et al.** (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1095–1102.
- Haute Autorité de Santé.** (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Recommandations, mars 2012. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/recommandations_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf
- Jamain, S., et al.** (2003). Mutations of the X-linked genes encoding neuroligins NLGN3 and NLGN4 are associated with autism. *Nature Genetics*, 34, 27–29.
- Kupferstein, H.** (2018). Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism*, 4(1), 19–29.
- Laumonier, F., Bonnet-Brilhault, F., Gomot, M., et al.** (2004). X-linked mental retardation and autism are associated with a mutation in the NLGN4 gene, a member of the neuroligin family. *American Journal of Human Genetics*, 74, 552–557.
- Leduc, J.** (2012). *La souffrance des envahis*. Montréal: Béliveau.
- Leduc, J.** (2022). *L'ombre de l'ignorance*. Montréal: Le Caius du livre, inc.
- Matson, J., Goldin, R. y Matson, M.** (2014). Who and how are children selected for early autism intervention. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 93–98.
- McEachin, J., Smith, T. y Lovaas, I.** (1993). Long term outcome for children with autism who received early intensive behavioural treatment. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 359–372.
- Moynihan, R.** (2008). Key opinion leaders: independent experts or drug representatives in disguise? *British Medical Journal*, 336, 1402–1403.
- Ponnou, S., Briffault, X., Aragno, V., Thomé, B. y Chamak, B.** (2025). Prévalence des diagnostics d'autisme via le système national de données de santé. Analyse rétrospective de cohorte sur la période 2010–2022. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* (à paraître).
- Rapport IGAS.** (2018). *Mission relative à l'évaluation des CAMSP, CMPP et CMP-II*. Septembre 2018. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-005R_version_sept.pdf
- Rivet, T. y Matson, J.** (2011). Review of gender differences in core symptomatology in autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 957–976.
- Sandbank, M., et al.** (2023). Autism intervention meta-analysis of early childhood studies (Project AIM): Updated systematic review and secondary analysis. *BMJ*, 383, e076733.
- Smith, T. y Lovaas, I.** (1997). The UCLA young autism project: A reply to Gresham and MacMillan. *Behavioral Disorders*, 22, 202–218.
- Venkataraman, A., Duncan, J. S., Yang, D. y Pelphrey, K.** (2015). An unbiased Bayesian approach to functional connectomics implicates social-communication networks in autism. *NeuroImage: Clinical*, 8, 356–368.
- Warren, Z., McPheeters, M., Sathe, N., Foss-Feig, J., Glasser, A. y Veenstra-VanderWeele, J.** (2011). A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 127, e1303–e1311.
- Waterhouse, L., London, E. y Gillberg, C.** (2016). ASD validity. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 3, 302–329.
- Wilson, H. L., Wong, A. C. C., Shaw, S. R., Tse, W.-Y., Stapleton, G. A., Phelan, M. C., Hu, S., Marshall, J. y McDermid, H. E.** (2003). Molecular characterisation of the 22q13 deletion syndrome supports the role of haploinsufficiency of SHANK3/PROSAP2 in the major neurological symptoms. *Journal of Medical Genetics*, 40, 575–584.

El método de observación de bebés de Esther Bick aplicado a niños con autismo en una institución¹



– Andrea Podzamczar Michalewicz –

Psicóloga Sanitaria. Psicoanalista Coordinadora del Equipo Clínico del CEE Vil·la Joana de Barcelona. Sant Joan Despí (España)

El término observación ha sido muy utilizado en distintos ámbitos y ha quedado a menudo poco definido. Según el Gran Diccionari de la Llengua Catalana, la observación es "*la acción de observar*" y distingue diferentes tipos de observación, según el ámbito o contexto donde se utiliza (por ejemplo: filosofía, ciencias militares, náutica...). Observar se define como: "*Mirar algo o a alguien con mucha atención y detenimiento para adquirir algún conocimiento sobre su comportamiento o sus características*". Pero ¿qué es la observación clínica? La observación clínica es un instrumento de diagnóstico médico fundamental, no sólo para la clarificación diagnóstica, terapéutica y pronóstica, sino también por su utilización en sistemas preventivos y rehabilitadores. Está en el fundamento del método clínico, es un aspecto esencial y de gran relevancia para obtener información sobre aspectos vitales que permiten establecer el diagnóstico adecuado y decidir el tratamiento más apropiado en cada caso.

Y para ir entrando en una forma particular de observar clínicamente, creo importante conocer quién era Esther Bick y de dónde parte su método.

ESTHER BICK: TEORÍA Y MÉTODO

Esther Bick (1902 en Przemysł, Polonia - 1983 en Londres) era una psicoanalista que tuvo una infancia y una adolescencia difíciles

puesto que pasó los primeros años lejos de su madre y vivió muchos cambios de domicilio y cuidadores; sufrió la pérdida de sucesivos miembros de su familia, la anexión de Austria a la Alemania nazi, el *Anschluss*, la ruptura de su matrimonio, la Segunda Guerra Mundial, el Holocausto... Probablemente, fue procesando todas estas vivencias y las sublimó con la dedicación a la observación y la exploración de las relaciones de los bebés y niños con el mundo que les rodea. Estudió psicología infantil en la Universidad de Viena e hizo la formación psicoanalítica en Manchester y Londres, donde realizó su análisis personal con Michael Balint (1896-1970), supervisando con James Strachey (1887-1967), Hedwig Hoffer (1888-1961) y Melanie Klein (1882-1960).

Bick (1968) trabajó en profundidad la observación dentro de la teoría psicoanalítica, diferenciándose de la observación "objetiva", dando peso a las emociones del observador (contratransferencia) como una herramienta más para conectar con el inconsciente del sujeto observado (el bebé). A partir de ahí, construye todo un método, en 1948, dos años después de empezar a trabajar con Bowlby (1907-1990) en la Clínica Tavistock de Londres. Y en 1960 este método es añadido al plan de estudios del Instituto de Psicoanálisis de Londres.

Algunos años más tarde, Núria Abelló y Manuel Pérez Sánchez introducen esta técnica

en nuestro país, después de supervisar con Esther Bick en Londres. Más adelante, Núria Abelló coordinó un seminario de tres años (1991-1994), adaptando el método de observación de bebés de Esther Bick a instituciones con niños autistas con profesionales del Centro Carrilet (con la participación de Vicky Subirana, Lucía Viloca y Balbina Alcácer) y el Centro Terapéutico Bellaire (con la participación de Dolors Cid y Josep M^a Brun).

El método de observación de bebés consiste en observar a un lactante durante una hora semanal (siempre la misma) sus dos primeros años de vida en su entorno familiar. Consta de tres fases: la primera es la observación del lactante, la segunda es el registro de la observación y la tercera, el análisis y la discusión grupal sobre la observación.

"La observación incluye lo observado, los sentimientos, pensamientos y asociaciones del observador. Es indispensable que este último desarrolle algo parecido a la atención flotante del psicoanálisis, es decir, que mantenga una atención equilibrada sin privilegiar una escena observada en detrimento de otra" (Izzedin-Bouquet, 2009). El registro no se realiza durante la observación, para no distraerse de lo que va sucediendo, y hay que hacerlo justo después de la sesión o en las siguientes doce horas máximo para que este sea lo más ajustado posible. Y en cuanto a la discusión grupal requiere de un encuentro semanal con

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

"un grupo de observadores y un coordinador para leer y discutir las observaciones de cada uno y, de esta forma, ir construyendo los patrones de comportamiento significativos" (Izzedin-Bouquet, 2009). Hay que decir que, aunque se le llama método de observación de bebés, en realidad la observación acaba siendo del **vínculo madre-hijo**, de la relación que se crea entre ambos y en la que acaba incidiendo es precisamente en este punto.

A partir de las observaciones de bebés, Bick elabora una serie de conceptos teóricos que complementan la teoría kleiniana y ayudan a comprender la construcción del aparato psíquico y el funcionamiento de la patología mental grave.

Nos habla de la **función piel** en las relaciones de objeto tempranas, la necesidad de la **función contenedora** (y de *rêverie* de la madre-función materna) para ir construyendo la capacidad de unir las diferentes partes de la personalidad, ya que de forma espontánea o innata no sucede. Bick (1968) nos dice que, para ir construyendo esta función contenedora, el objeto óptimo es "el pezón del pecho materno en la boca, junto con la madre que sostiene al bebé, le habla y de la que emana un olor familiar". Así se van añadiendo los distintos sentidos y poco a poco, olor, tacto, visión, sonidos y sabores se van integrando. El bebé introyecta un objeto externo (por ejemplo, ese objeto óptimo del que nos hablaba) para construir el objeto interno y la identificación con éste dará lugar a la función interna, la diferenciación entre lo interno y lo externo y la capacidad de contención y de integración mental. En otras palabras: la repetición de la experiencia placentera en los cuidados, la presencia y ausencia de la madre, en una distancia cercana, pero no invasiva (la madre suficientemente buena, según Winnicott), será el objeto externo con el que identificarse para ir generando un objeto interno que calme y contenga. En este proceso, Anzieu (2002) ya nos hablaba del concepto del Yo-piel y Pérez y Fernández-Miranda (2020) nos lo explican: "La metáfora del Yo-piel se compone del yo corporal y de un yo psíquico incipiente. El primer Yo es corporal, sensorial y, sobre éste, se estructurará un Yo psíquico que permitirá acceder a la identidad, al sentido de sí mismo y a la realidad".

Cuando este proceso no sucede, puede aparecer la necesidad de crearse una "**segunda piel**", una especie de pseudo-independencia (o, mejor dicho, una autosuficiencia) como forma de sustituir la capacidad de contención. Cuando el niño queda atrapado, por ejemplo, buscando la sensación a través de un estímulo (como una luz o un movimiento repetitivo), se genera esta segunda piel, algo que le protege de la no integración, pero que le desconecta del otro y lo aísla, como ocurre con los niños con autismo o con otros trastornos mentales graves.

APLICACIÓN DE LA OBSERVACIÓN EN NIÑOS CON PATOLOGÍA MENTAL GRAVE

En el caso de los niños y adolescentes con patología mental grave, que a menudo tienen poco lenguaje, mucha actuación y una lógica particular, la observación clínica es fundamental para comprender lo que les ocurre, lo que hacen y poder así ajustar nuestra intervención. En cualquier niño o adolescente (de hecho, en cualquier persona) se dan dos mensajes en su actuación o verbalización: la explícita (lo consciente) y la implícita (lo más inconsciente). Cuanto más neurótico sea el funcionamiento, más distancia tiende a existir entre lo implícito y lo explícito; pues la represión actúa. Cuando hablamos de niños con patología mental grave, no hay (o hay poca) represión y, por tanto, esta distancia disminuye o directamente no existe. A menudo hacen o dicen cosas "incomprensibles" desde nuestro pensamiento neurótico y debemos buscar formas de entender (y a la vez de aceptar que no siempre podremos hacerlo); tomar distancia y observar puede ayudar en este sentido.

Por un lado, nos desangustiará a los profesionales que trabajamos con ellos ya que aumentará nuestra comprensión sobre la situación concreta del momento y sobre el funcionamiento del niño en general. Y por otra, como veremos más adelante, podrá tener un efecto terapéutico sobre él mismo. Como decía Bleger (1962), en la observación de lactantes la presencia del observador ya determina cambios por sí mismo.

No es fácil entender qué hacen o dicen y, sobre todo, entender el por qué en los niños con autismo o psicosis. Nos encontramos muchas veces ante unos comportamientos

peculiares, niños totalmente "hipnotizados" por una luz o dando vueltas sobre sí mismos o generando cierto movimiento rítmico sin fin. Son escenas que pueden hacernos desconectar, pues lo que proyectan estos niños es un terrible vacío, o angustiarnos, sea por el mismo vacío o por el gran malestar que a veces procuran tapar. Como nos recuerda Pérez Sánchez, "según Bion, cuando dos personas entran en contacto se genera una tormenta emotiva" y los niños con autismo procuran tapar o vaciar de afectos precisamente ese encuentro. ¿Cómo trabajar con ellos para generarlo? Éste es uno de los mayores retos con estos niños. La observación clínica en este sentido ayuda tanto a **conectarnos con el niño** como a la vez tomar suficiente distancia como para no angustiarnos ni angustiarlos excesivamente y poder trabajar tanto **la comprensión sobre el caso como el encuentro entre ambos**. Una posición activa pero no invasiva.

Cuando el observador puede analizar no sólo lo que ve y mira, sino también lo que siente, puede llegar a conectar directamente con el inconsciente del niño y su mirada se vuelve **sostenedora y contenedora**, generando un **efecto terapéutico** directo en el niño.

Pondré algunos ejemplos del posible uso de las observaciones y efectos beneficiosos que puede tener en el trabajo institucional con niños con autismo, desde observaciones puntuales, normalmente a demanda de la tutora o terapeuta, hasta observaciones sistematizadas y encuadradas.

"A. es un alumno de 9 años, con autismo, sin lenguaje y con un movimiento continuo de todo su cuerpo que recuerda a los titeres de hilo. En una observación realizada a la hora del recreo se puede ver cómo busca activamente la mirada de su tutora, sin palabras, con gestos y miradas sutiles, pero suficientemente explícitas para ser captadas por la observadora. La tutora, totalmente ajena al reclamo de A., se dirige hacia otro alumno y es en ese momento en que A. pasa corriendo cerca de ella, "dejando caer" el brazo sobre la cara de ella, propinándole un golpe que, en apariencia, podría parecer no intencionado. Cuando ella suelta un grito de queja, A. sonríe y se aleja".

Analizando la observación a posteriori pudimos entender la demanda que A. hacía a su tutora y el hecho de poder atribuir intención y, por tanto, voluntad a su acto, permitió trabajar la mirada de la tutora hacia él; pudo verle como alguien con unas emociones que le llevaban a hacer algo: construyendo sujeto. Meltzer (1975) ya hablaba de esta cuestión: "parece más que posible que, al describir la función continente-contenido (Bion) y la función piel-continente (Bick), estos dos autores hayan hecho una profunda incursión en el problema, importante y misterioso, de la fuerza del yo (y de la construcción de ese yo)". Como decía Winnicott (1962), no hay sujeto hasta que no hay un yo: "¿existe un yo desde el principio? La respuesta es que el principio está en el momento en que comienza el yo". De ahí la importancia de que la tutora le empiece a mirar como un "yo constituido" o, al menos, en construcción.

"R. se muestra a menudo desconectado, haciendo girar objetos de manera compulsiva, pero a veces permite al adulto acercársele y otras se siente muy invadido y manifiesta un gran malestar. Se realiza una observación en la que están en una actividad con títeres y donde R. está desconectado de la actividad, haciendo girar un bote; la maestra se acerca quitándole suavemente el objeto y mostrándole el títere; R. se inquieta, pellizca y grita. Vuelve a coger otro objeto rodante y la maestra se acerca con un títere haciendo que el títere le quite el objeto".

Pudimos observar dos factores: por un lado, parecía que había sido muy diferente la vivencia que había tenido R. cuando la maestra le quitaba (con la propia mano) el objeto que cuando era el títere quien lo hacía; y, por otra parte, el tiempo que había estado haciendo rodar el objeto (y desconec-

tado) también fue fundamental para tolerar o no la entrada del otro.

"Una maestra pide observar un grupo de alumnos (con TEA) a la hora del comedor porque están totalmente descontentos; aunque hay poco lenguaje, se genera excesivo ruido, movimiento y terminan con un gran malestar. Cuando se hace una observación clínica del grupo entero y se va observando a cada miembro, pero también la dinámica en sí, se va viendo como el grupo (y la maestra) puede tranquilizarse, se mantiene contenido y disfrutando del momento del comedor".

La mirada sostiene y ayuda a integrar las diferentes partes de la personalidad de los alumnos, así como la propia dinámica grupal, volviéndose algo que contiene.



Cuando el observador puede analizar no sólo lo que ve y mira, sino también lo que siente, puede llegar a conectar directamente con el inconsciente del niño y su mirada se vuelve sostenedora y contenedora, generando un efecto terapéutico directo en el niño.

"En las sesiones de psicoterapia en la sala sensorial, B. está totalmente pegado al cuerpo de la terapeuta, necesita sentirla para sentirse, quedan fusionados en un abrazo continuo. Son tan intensas que decidimos incorporar una observadora que ayude a contener la díada terapeuta-niño y al mismo tiempo genere algo de terceridad. Después de dos sesiones con observadora, B. inicia ciertos juegos separado del cuerpo de la terapeuta; de esconderse en las cortinas y salir, columpiarse en la hamaca y, especialmente, comienza a experimentar con el agua: a poner y sacar agua, como si algo del nacimiento se pusiera en juego".

"M. es un niño físicamente más pequeño de lo que correspondería a su edad, que ha sido poco estimulado en sus primeros años de vida y que busca continuamente la relación con el adulto. De hecho, le genera un gran malestar la ausencia de mirada del otro, como si cayera sin ésta. Presenta una clara descoordinación motriz que le hace caer físicamente, en muchos momentos, ir con un cordel largo de la mano no le ayuda, porque tropieza y se asusta continuamente. Las sesiones de psicoterapia en la sala sensorial con M. son siempre con una observadora, pero cuando ésta no está (por motivos ajenos a las sesiones) o llega un poco tarde, podemos ver cómo M. vuelve a caer: aparece un M. otra vez más descoordinado, tropieza más por la sala y, por tanto, se asusta y aparece una parte de él más miedosa, sin animarse a juegos de saltar o de correr, a diferencia de cuando sí está la observadora".

Y es que Pérez Sánchez (1981), en la observación del bebé que describe en su libro, ya nos hablaba de la importancia de la capacidad de la introyección y la relación con la coordinación psicomotriz, "el efecto de la introyección le ha posibilitado una mejor coordinación psicomotriz (...), reacciona de una forma más articulada, conectándose y comunicándose con todas las partes de su cuerpo (...). Tras la incorporación de una relación viva, éste responde de una forma coordinada...".

Como decíamos, el observador no está sólo por el niño, sino por la relación con este niño

y la importancia de su efecto en el encuentro mutuo. Si la profesional se siente más acompañada y segura, entra en relación de otra forma con el niño y éste también responde diferente: "es como si, recíprocamente, se hicieran algo o, tomando el modelo de la alimentación para ejemplificarlo, como si uno estuviera alimentando al otro con toda su atención y cariño. La madre (o la maestra/terapeuta) coge más fuerza y confianza en ella por la introyección de su "buen bebé" (o alumno/paciente), e incrementa a la vez la confianza y seguridad del niño" (Pérez Sánchez, 1981).

Podemos ver que el objetivo de las observaciones cambia según sean **observaciones puntuales o sistematizadas**.

Por lo que se refiere a las primeras, el objetivo principal es aumentar la comprensión del funcionamiento del niño y de la relación con el entorno y a partir de ésta, poder mejorar la atención y el tratamiento hacia él. Y en cuanto a las segundas, forma parte del tratamiento terapéutico del niño, ya que esta mirada encuadrada, repetida, va generando un espacio sostenedor y contenedor (tanto para el niño como para el adulto) que favorece el vínculo con la persona referente, cuida la dupla y, por tanto, el proceso de integración psíquica tan necesario para su desarrollo. Tal y como sabemos de la importancia de la contención de la madre para que ésta pueda contener a su hijo y éste vaya introyectando dicha función, la maestra o terapeuta de un niño con autismo debe poder realizar esa misma función (materna). Pérez Sánchez (1981) nos dice que "en el momento en que la madre se ofrece como un continente mejor, se facilitan los procesos de introyección y proyección de una forma activa; procesos que, a su vez, incrementan la capacidad contenedora del objeto". El bebé, y el niño con autismo, necesitan tanto la función materna (alguien con quien conectarse y que pueda ir haciendo la *rêverie*), como la función paterna (alguien que contenga la función materna para que ésta pueda desempeñarse y al mismo tiempo haga de terceridad para que la fusión no quede eternizada). **El observador cumple a menudo esta función paterna.**

Hay que tener en cuenta algunas condiciones necesarias para que esta función sea positiva y no entorpezca la relación. Cuando una profesional se siente

observada, se pueden despertar muchas fantasías, algunas de ellas persecutorias; por tanto, es importante poder trabajar estas cuestiones antes o durante el proceso, para minimizarlas y que distorsionen lo menos posible la relación con el niño. Es importante que no se sienta juzgada ni criticada, sino comprendida y contenida. Si esto sucede, la maestra o terapeuta se recoloca de forma muy consciente y conectando activamente con el niño.

Vemos cómo la mirada de un observador, con formación y mucho cuidado, genera algo más que el mirar, el acompañar; lo podemos pensar también como una **pre-piel psíquica** que contiene (una piel-continente, en palabras de Bick), no sólo al niño, sino también a la relación con el otro, a partir de la cual puede construirse el verdadero vínculo y a partir de éste el propio sujeto. Bick (1968) hablaba de la **segunda piel** y "su función mediante la cual la dependencia respecto del objeto es sustituida por una pseudo-independencia y por el uso inadecuado de ciertas funciones mentales o, quizás, de talentos innatos, utilizados ahora con el fin de crear un sustituto de aquella función de contención que debería hacer la piel". Pero vemos cómo el observador puede realizar esta función, sin que implique un aislamiento y, por tanto, un obturador del desarrollo de la relación y del niño, sino lo contrario, un **elemento favorecedor de la mejora relacional y de la evolución del niño.**

BIBLIOGRAFÍA

- Anzieu, D. (2002). *El Yo-piel*. París: Biblioteca Nueva.
- Bick, E. (1963). Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. Trabajo presentado en la Sociedad Psicoanalítica Británica. *The International Journal of Psycho-Analysis*, XLV,4.
- Bick, E. (1968). La Experiencia de la Piel en las Relaciones de Objeto Tempranas. *International Journal of Psychoanalysis*, XLIX, 2-3.
- Bleger J. (1962). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Eudeba.
- Botero, H. (2008). *¿Qué es la observación de bebés? Algunas consideraciones*. *Psicoanálisis XX*, 2.

Houzel, D. (1993). El tratamiento muy 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.

Izzedin-Bouquet, R. (2009). El método de observación de bebés de Esther Bick. *Revista Perinatología y reproducción humana*, 23(4).

Meltzer, D. et al. (1979). *Exploración del autismo*. Barcelona: Ed. Paidós.

Pérez, V. A. y Fernández-Miranda, S. R. (2020). El Yo-piel: modelo teórico y aplicación práctica. *Clínica e investigación relacional* (revista electrónica de psicoterapia).

Pérez-Sánchez, M. (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona: Ed. Paidós.

Pérez-Sánchez, M. (1986). *Observación de niños. Una comprensión psicoanalítica del segundo año de vida*. Barcelona: Ed. Paidós.

Tizón, J. et al. (2009). ¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución (I parte). *Revista Psicopatología y salud mental*, 13.

Winnicott, D. (1962). La integración del yo en el desarrollo del niño. A D. W. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 55-63). Buenos Aires: Paidós.



El programa “Mirar y prevenir en el vínculo temprano” y el desafío de la clínica en comunidad



– Nora Woscoboinik-Scheimberg¹ –

Psicóloga. Psicoanalista. Sociedad Psicoanalítica de Paris. Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires (Argentina)

“¿Cuál es la diferencia entre los ojos que poseen una mirada y los ojos que no la poseen? Esta diferencia tiene un nombre: la vida.

La vida comienza cuando empieza la mirada”.

Amélie Nothomb. Metafísica de los tubos².

La tarea de la clínica psicoanalítica se ha forjado en la profunda trama de los síntomas ya instalados. Sin embargo, para aquellos que trabajamos con la primera infancia, existe un imperativo ético que precede a la cura: el de la prevención. La pregunta que ha guiado mi trayectoria profesional durante décadas no es solo cómo sanar, sino cómo evitar la cristalización del dolor y la patología. Y, en particular, cómo una mirada entrenada en la sutil semiología del desarrollo del bebé puede interceptar una trayectoria de sufrimiento antes de que se convierta en un trastorno severo.

Este es el espíritu que ha animado mi práctica, impulsado por una visión humanista de la prevención que, lejos de ser predictiva, se basa en la convicción de que el devenir no está escrito de antemano.

LOS AUTISMOS: ¿UNA TRAYECTORIA MODIFICABLE?

Nuestra visión se opone al reduccionismo biológico y al fatalismo que postula que una persona "nace con autismo" y, por tanto, no puede ser tratada. Autores como **Ami Klin**³ han demostrado con evidencia científica que el autismo no está predeterminado, sino que se desarrolla: factores de riesgo innatos, ya sean genéticos u orgánicos, perturban los esquemas de interacción entre el bebé y su entorno, y estas interacciones alteradas, en un tercer tiempo, conducen a una organización de tipo autístico.

La plasticidad cerebral es el fundamento científico de nuestra esperanza. Ya en los años 70, el **Profesor Serge Lebovici**, con quien tuve el honor de trabajar, repetía que

la trayectoria autística podía ser evitada si se intervenía antes del año. Este enfoque es aún más alentador al considerar la **epigenética**. **Eric Kandel**⁴, Premio Nobel de Medicina, emite la siguiente hipótesis: el placer va a activar un sistema de regulación en el cerebro como la dopamina y la serotonina y dicho placer libera un neurotransmisor que refuerza la conexión sináptica y aumenta el número de conexiones neuronales; si el bebé siente un fuerte placer, este recuerdo puede entonces imprimirse definitivamente (*Long Term Potentiation*: L.T.P.) y va incluso a actuar sobre la expresión de los genes en las neuronas.

LA SEMIOLOGÍA TEMPRANA: LA BÚSQUDA DE LA VULNERABILIDAD EN EL VÍNCULO

Para intervenir a tiempo, primero es necesario

¹ Miembro fundadora y ex presidenta de la Sociedad Argentina de Primera Infancia (SAPI). Miembro de la CIPPA (coordinación internacional de psicoanalistas psicoterapeutas y miembros asociados que trabajan con personas autistas) y fundadora de la CIPPA latinoamericana.

² Nothomb, A. (2001). *Metafísica de los Tubos*. Barcelona: Ed. Anagrama.

³ Chawarska, K., Volkmar, F. R. i Klin, A. (2008). *Autism Spectrum Disorders in Infants and Toddlers: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press. https://www.ted.com/talks/ami_klin_a_new_way_to_diagnose_autism?utm_campaign=tedspread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare

⁴ Kandel, E. (2013). *Principles of Neural Science*. New York: McGraw.

la mirada de los profesionales en la semiología del desarrollo temprano. El origen de nuestro enfoque se remonta al proyecto PREAUT (Prevention-Autisme) en Francia en 1998, una iniciativa de **Marie Christine Laznik**⁵ en la que participé desde su concepción. Diseñamos entonces una investigación que incluyó a 15.000 bebés y más de 600 pediatras en Francia para detectar dos signos clínicos tempranos que pudieran indicar una evolución hacia el autismo. Los resultados de este estudio, publicados en la revista *Plos*⁶, siguen siendo un pilar fundamental en el campo de la detección precoz.

Con base en esta conceptualización, nos centramos en dos signos fundamentales para la grilla PREAUT:

- **Ausencia de mirada recíproca:** Se distingue la mirada como una función psíquica de la visión, que es una función del órgano. La mirada es el espejo donde el bebé se ve a sí mismo, como nos enseña **Winnicott**. La angustia que se genera cuando este reflejo falla, como se demuestra en el experimento de la *still face* de **Tronick**, es una señal de alarma. Si el rostro de la madre no refleja al bebé, este puede replegarse y el espejo deja de ser un lugar donde mirarse.
- **Ausencia de intencionalidad:** Se refiere a la incapacidad del bebé para buscar y provocar el contacto con el otro a través de la sonrisa, el juego o los gestos. Metapsicológicamente, se trata de una falla en la constitución del circuito de la pulsión freudiana, fundamentalmente la no instalación del tercer tiempo, que es el tiempo de "hacerse" mirar, escuchar, "comer". El tiempo del surgimiento de un nuevo sujeto (Freud, 1915), tiempo en que el bebé se ofrece como objeto de placer al Otro.

Para una semiología más completa, siguiendo a **Graciela Crespin**⁷, privilegamos la observación de cinco registros clave, entendiendo que ninguno tiene un valor absoluto, pero juntos son orientadores de la calidad del desarrollo:

- **Oralidad:** Es la primera zona de intercambio entre el adentro y el afuera, el primer registro de la diferencia entre el mundo interno y el externo. Es susceptible de dar placer y el intercambio alimentario se complejiza por la relación "amor-proteínas".
- **Mirada:** Se distingue de la visión como una función psíquica. Poder pesquisar la presencia o ausencia de la mirada en el primer año de vida es fundamental, ya que su ausencia es signo patognomónico de patologías graves. En la mirada que la madre dirige a su bebé es donde se forma su imagen.
- **Voz:** Este indicador es muy importante para el bebé, que puede jugar y experimentar con su voz. En el vínculo, el grito del bebé es escuchado como un llamado y la mamá, o la persona que se ocupa de él, le contesta. Los psicólogos hablan de protoconversación para describir este diálogo.
- **Sueño:** Es un regulador fisiológico y psicológico de la relación entre la vigilia y el descanso. Es un momento en el que el bebé debe aceptar separarse de su entorno, para lo cual debe experimentar la permanencia y sentir una confianza en la presencia de los otros.
- **Registro tónico-postural:** Es el primer indicador de una organización psicomotriz que corporiza el vínculo a través de las regulaciones del diálogo "cuerpo a cuerpo" entre el bebé y los que se ocupan de él.

Los signos observables en estos registros son la traducción clínica de una dificultad entre el bebé y su entorno. Se clasifican de la siguiente manera:

- **Signos "ruidosos":** Aquellos que alarman al entorno y provocan la consulta, como rechazos alimentarios o llanto inconsolable.
- **Signos "silenciosos":** Los más graves, que pasan desapercibidos y encubren una retracción libidinal, como insaciabilidad sin demanda, insomnio o hipersomnia, movimientos estereotipados o un diálogo tónico-postural desorganizado.

LA EXPERIENCIA ARGENTINA: DEL CONSULTORIO AL TERRITORIO

En mi regreso a Argentina, esta valiosa experiencia se transformó en el programa **Mirar y Prevenir en el vínculo temprano**, una iniciativa que, con la invaluable colaboración de la Dra. **Marcela Armus** y la Lic. **Marisa Factorovich**, adaptamos a las características de nuestro país. El proyecto fue aceptado por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en 2005. A partir de 2007, y con el apoyo de la **Fundación Kaleidos y Johnson & Johnson**, el programa amplió su alcance a otras provincias, como Neuquén, Rosario, Mendoza, Santa Fe, San Juan, Mar del Plata y distintos puntos de la Provincia de Buenos Aires.

Mirar y Prevenir fue concebido como un programa de salud, un plan de sensibilización para la prevención de los trastornos del vínculo temprano, de las alteraciones severas de la comunicación en el lactante, del autismo infantil y de otros trastornos generalizados del desarrollo dirigido al conjunto de actores que interactúan con la primera infancia: médicos pediatras, docentes de educación inicial, cuidadores primarios, agentes de salud y educación, etc. Nos incentiva el convencimiento de que la comunidad pediátrica y educativa tiene una oportunidad privilegiada como integrante activo en el proceso de crianza para la detección e intervención de cualquier interferencia en el desarrollo, en los primeros años de vida.

Si bien este programa está centrado en la prevención de los trastornos de la comunicación y del espectro autista, contribuye también a la prevención y al tratamiento de otras patologías del bebé, de los cuidadores y/o del vínculo (depresión, maltrato, psicosis, etc.) ya que está destinado a mejorar la identificación de estos trastornos permitiendo un abordaje terapéutico lo más precoz posible, cuyo resultado será mejorar la calidad de vida de los niños afectados y sus familias, evitar la deriva terapéutica de estos niños y disminuir los costos directos e indirectos de esta pato-

⁵ Laznik, M. C. (2021). *A voz da sereia, o autismo e os impasses na constituição do sujeito*. São Paulo: Ed Amalgama.

⁶ Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid. Par Bertrand Olliac, Graciela Crespin, Marie-Christine Laznik, Oussama Cherif Idrissi El Ganouni, Jean-Louis Sarradet, Colette Bauby, Anne-Marie Dandres, Emeline Ruiz, Claude Bursztejn, Jean Xavier, Bruno Falissard, Nicolas Bodeau, David Cohen, Catherine Saint-Georges. En *PLOS ONE*.0188831 December 7, 2017.

⁷ Crespin, G. (2007). *L'épopée symbolique du nouveau-né : de la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce*. Paris: Ed. Erès.

logía a través de un programa prioritariamente preventivo y de control sobre las situaciones de riesgo.

Al constatar que la investigación epidemiológica de gran escala era inviable en poblaciones vulnerables de Buenos Aires (falta de continuidad en las consultas, ausencia de historias clínicas en muchos servicios, etc.), optamos por una estrategia de **formación y prevención comunitaria**. Nos propusimos capacitar a todos los actores en contacto con la primera infancia (pediatras, agentes de salud y educación), entrenándolos para sensibilizar su mirada y detectar los signos de sufrimiento precoz. Inicialmente, nos enfrentamos a la resistencia de los profesionales, que argumentaban falta de tiempo o temían un aumento de la demanda. Nuestra respuesta fue simple y clara: la detección temprana permite "rejuvenecer" la demanda, lo cual mejora el pronóstico y es más económico para las familias y para el sistema de salud. A partir de estas experiencias, aprendimos que era fundamental trabajar en los tres tiempos de la salud mental: promoción, prevención y asistencia. Debíamos incluir el desarrollo emocional en cada consulta, favorecer los factores protectores del desarrollo y, sobre todo, "cuidar al cuidador".

EL CESAC 24: UN MODELO DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

"Esa capacidad poco común... de transformar en terreno de juego el peor de los desiertos".

Michel Leiris, citado por Pontalis (Prefacio de *Realidad y Juego* de Donald Winnicott, 1971).

La aplicación de esta estrategia se puso a prueba de la manera más contundente en el **Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) 24** de Villa Soldati. Este barrio, que nació en 1990 para relocalizar habitantes que vivían bajo la autopista 25 de mayo, creció de 3.500 a 25.000 habitantes en una década, presentando un contexto de alta vulnerabilidad socioeconómica. Fue aquí donde los desafíos logísticos de nuestro programa se hicieron más evidentes y, al mismo tiempo, donde encontramos las soluciones más innovadoras.



Calles de Villa Soldati.



Entrada al Centro de Salud.

El principal obstáculo era la imposibilidad de las familias de asistir a los controles pautados a los 4, 9, 12 y 18 meses, debido a motivos económicos y la falta de registros clínicos en las instituciones. En lugar de rendirnos, entendimos que no podíamos esperar que la comunidad se ajustara a nuestros protocolos; el programa debía ajustarse a la comunidad.

La **Dra. Marcela Corin** y su equipo, demostrando una creatividad sin precedentes, encontraron una solución que transformó el obstáculo en una oportunidad: vincularon la entrega de una ración de leche a la participación en los grupos de crianza. Esta estrategia no sólo resolvió un problema práctico, sino que convirtió un recurso básico en un puente hacia la salud mental y emocional.



Paseando por el barrio con Bernard Golse.

Una vez que las familias comenzaron a asistir, los grupos de crianza se convirtieron en espacios de apoyo mutuo y de transmisión de saberes. A través de ellos, los pediatras pudieron examinar a los bebés durante la misma sesión, lo que acortó significativamente las listas de espera y permitió derivar a los casos que realmente necesitaban atención especializada. La sinergia del equipo se manifestó

en la capacitación de todos los trabajadores del CeSAC, desde secretarías hasta agentes de seguridad, en la detección de signos de sufrimiento.

Motivados por la frase de **Nelson Mandela**, "se necesita toda una comunidad para criar a un niño" y por la experiencia de la "Semana del Bebé" de **Salvador Celia** en Brasil, el equipo organizó "La Semana de las

Crianzas". Este evento comunitario movilizó a todos los sectores para asegurar el derecho a la salud de los bebés, ofreciendo actividades lúdicas y culturales, así como servicios de vacunación e información. A través de la capacitación de **Promotoras de Salud** -mujeres del barrio-, el programa se enraizó en la comunidad, y los profesionales del CeSAC comenzaron a hacer "el mirar y prevenir" para asegurar que ningún bebé se quedara sin la atención que necesitaba. Este modelo es un ejemplo vivo de cómo el trabajo interdisciplinario e intersectorial puede acortar la brecha de acceso a los servicios de salud y educación.

CONCLUSIÓN

El programa Mirar y Prevenir es un testimonio de que la prevención es un acto ético. Nuestra praxis nos ha demostrado que una mirada temprana sobre la constitución de la subjetividad es la base rectora de la clínica de los primeros años de vida. Por eso, **prevenir no es predecir**; detectar no es diagnosticar. La detección temprana nos da la oportunidad de dar sostén a lo imprevisible, de sostener una "ilusión anticipadora" que nos permita, como profesionales, actuar sobre la subjetividad y cambiar una trayectoria que de otra forma llevaría a un trastorno.



Grupo de crianza.

Aceptar que hay factores orgánicos y genéticos no impide al psicoanalista trabajar con sus herramientas. La culpabilización de los cuidadores primarios pierde todo sentido y solo entorpece un proceso que requiere de su amor de transferencia para que puedan convertirse en coterapeutas.

A lo largo de los diez años de efectividad del programa, los beneficiarios directos fueron **3.587 agentes de salud** y educación, así como las familias de la Villa Soldati (más de 200 familias). Los resultados observados mostraron que se adelantó el acceso a la consulta en salud mental, ya que los profesionales capacitados para observar los signos de sufrimiento precoz pudieron intervenir y derivar a la atención especializada.

Mirando hacia el futuro, el trabajo de un programa como Mirar y Prevenir se enriquece con las investigaciones contemporáneas. Nuevos hallazgos en áreas como el análisis de los **movimientos generales** y el dolor en los bebés confirman nuestra tesis central: la trayectoria autística no es inmutable y puede ser modificada por una intervención muy precoz. La integración de nuestra mirada psicoanalítica con herramientas de detección más actuales fortalece un enfoque **transdisciplinario** que incluye a psicoterapeutas, osteópatas y especialistas en sensoriomotricidad. Esta sinergia ofrece la esperanza de que, con una mirada entrenada y una intervención a tiempo, un camino de sufrimiento puede convertirse en un camino de vida.



Autismo y Psicoanálisis Contemporáneo. Vínculos transformadores. Proyecto Autismo¹



– Maria Claudia Bagatin Pismel –

Psiquiatra, especializada en Psiquiatría y Psicoterapia de la Infancia y la Adolescencia. Fundadora Proyecto Autismo. Maringá (Brasil)



– Tânia Massaro Faustino Carneiro –

Psicóloga especialista en psicoanálisis Contemporáneo. Fundadora Proyecto Autismo. Maringá (Brasil)

La idea de este artículo es presentar el Proyecto Autismo (*Projeto Autismo* en portugués): cómo surgió, sus objetivos, lo que se está haciendo y cómo se lleva a la práctica con el colectivo asistido. Por eso, hemos organizado este artículo de la siguiente manera: empezaremos por hablar de la importancia de los vínculos, los impactos y las transformaciones que pueden surgir a partir del encuentro de dos o más personas. A continuación, se relatará el encuentro entre una psicóloga, un paciente autista y su familia, en la que la madre es psiquiatra. Y finalmente presentaremos el Proyecto Autismo, toda su estructura, el lanzamiento y cómo se organizó y llevó a cabo la primera intervención con un grupo de madres y padres de niños autistas.

En todas las relaciones, la calidad del vínculo es fundamental e influencia directamente en la calidad de vida de las personas. Dentro del psicoanálisis, muchos autores ya han estudiado, desarrollado y ampliado la noción de vínculo aludiendo a sus implicaciones en la estructuración, desarrollo y dinámica de funcionamiento del sujeto. Wilfred Bion puede ser considerado el autor que más se ha dedicado a esta temática, creando nuevas concepciones que han enriquecido inmensamente la práctica psicoanalítica (Zimmerman, 2010).

El concepto de vínculo en Bion, de forma resumida, según Zimmerman (2010), se define como los lazos que unen a dos o más personas, como también puede unir partes de una misma persona; se plantea a través del modelo de interrelación (continente-contenido); los vínculos siempre son de naturaleza emocional; son polisémicos; implican las dimensiones inter-, intra- y transpersonal y son potencialmente transformables y transformadores. Bion exploró y desarrolló a fondo esta temática, lo que llevó a una construcción teórica sobre los tres tipos de vínculos: de amor, de odio y de conocimiento. Los tres se pueden dar de forma positiva (+), negativa (-) e interrelacionados.

La capacidad de transformación que un vínculo puede ejercer se expande más allá del vínculo analista-paciente dentro del psicoanálisis, dado que impregna todas las relaciones sociales de amistad, familia y profesión.

Trabajar con la atención a niños autistas requiere mucha apertura, continencia, acogimiento y cariño, no sólo para el paciente, sino también para la familia. Muchas personas llegan devastadas, desesperadas, perdidas, sin saber qué hacer o cómo hacer, a veces sin esperanza alguna de que algo pueda cambiar, mejorar y llegar a estar bien. Por eso es tan

importante trabajar también con la familia y cuidarla, porque debe ser la base de apoyo para el paciente y, si esta base no es suficientemente sólida y reforzada, será muy difícil que el paciente pueda beneficiarse de una manera significativa de su proceso de tratamiento.

El proverbio africano “Es necesaria una aldea para criar a un niño” destaca la importancia de que la familia y la comunidad estén presentes y participen en la tarea de crianza. Si trasladamos este concepto al cuidado del niño autista, el psicólogo o psicóloga, la familia, la escuela y otros profesionales que tengan que formar parte de esta red de cuidados, tendrán que estar bien coordinados para poder acoger, sostener y contribuir al desarrollo global del niño y al bienestar de la familia.

Winnicott (1975) afirma que la función del entorno es sostener, manejar y presentar objetos al bebé, lo que engloba un cuidado práctico y emocional a la vez. El papel de espejo de la madre y la familia confiere al bebé la condición de ser y existir, abre un espacio potencial que, si es suficientemente favorable, contribuirá a que este niño se desarrolle satisfactoriamente.

Dentro del espectro autista existe una dificultad

¹ Traducido del original en portugués.

en el proceso de construcción de la percepción, ya que ésta no se desarrolla ni se va volviendo más compleja. Esta retracción provoca un cierre del yo y le impide percibirse a sí mismo y al entorno; no existe un investimento pulsional hacia el objeto y no se incita ni se convoca el mundo exterior, lo que conlleva graves consecuencias para el desarrollo psíquico y social (Sverdlik, 2024).

Así pues, podemos pensar lo difícil y doloroso que es para la familia de un niño autista sostener el investimento libidinal, ya que no se produce el contrainvestimento por parte del niño debido a su retracción. Si un bebé pasa a existir a través de la mirada de los padres, ¿cómo podrán los padres sentirse padres y existentes si no hay una mirada, un encuentro o investimento por parte de ese hijo? Aquí se abre una herida que también debe cuidarse para que la familia pueda seguir invirtiendo en este bebé/niño y en sí misma.

La constatación de hasta qué punto una familia de un niño autista puede caer en el sufrimiento y enfermar, y de todo lo que debe hacer por el niño y que haciéndolo le ayuda mucho es lo que nos llevó a crear un proyecto que pudiera ampliar la intervención más allá de la atención al paciente autista.

LA HISTORIA

El Proyecto Autismo: Psiquiatría y Psicoanálisis Contemporáneo es un proyecto social que nació principalmente del deseo de divulgar que el psicoanálisis contemporáneo también es una opción para el tratamiento del paciente autista. Ese deseo nació del encuentro entre una psicóloga y una familia con un hijo autista.

Dentro del psicoanálisis contemporáneo, André Green representa una reinención del legado freudiano, ante la crisis identitaria del propio psicoanálisis y de las nuevas formas de sufrimiento psíquico que sobrepasan la neurosis clásica. Sus pacientes no presentaban un conflicto que pudiera interpretarse y darle un sentido a través de la asociación libre y una atención fluctuante. Entonces, ¿cómo se podía comprender a este sujeto y tratar esta nueva patología? Green, retomando la base freudiana del psicoanálisis, reuniendo lo que los postfreudianos habían construido y sumado al psicoanálisis, junto con sus discusiones con colegas que también permanecían curiosos e interesados en expandir el psicoanálisis, pudo llegar a los pacientes límite. La propuesta de una nueva



La capacidad de transformación que un vínculo puede ejercer se expande más allá del vínculo analista-paciente dentro del psicoanálisis, dado que impregna todas las relaciones sociales de amistad, familia y profesión.

mirada, una nueva comprensión y nuevos dispositivos para el trabajo clínico hizo posible el análisis de aquellos que parecían no ser analizables (Urribarri, 2022).

En “Orientaciones para un psicoanálisis contemporáneo”, Green (2008) propone que se reanude y se reorganice la metapsicología freudiana, a fin de responder a las configuraciones clínicas marcadas por fallas precoces en el vínculo con el objeto, como ejemplifica su concepto de “complejo de madre muerta”. Del mismo modo, introduce en el campo psicoanalítico la centralidad de la “terceridad” (la apertura de un espacio triangular que sustenta la simbolización y la función de la mediación entre el self, el objeto y la ley) y pone de manifiesto que el psicoanálisis,

para ser contemporáneo, debe ser fiel a su esencia freudiana, pero lo suficientemente plástico para acoger lo inédito que vaya surgiendo en la clínica actual.

Esta plasticidad ofrece nuevas posibilidades de trabajo, permite que se estructure la relación terapéutica a partir de lo necesario y de lo que contribuya terapéuticamente a las necesidades de cada paciente concreto. Como resultado, se pudo hacer lo que se hizo en la experiencia que a continuación se relata.

En abril de 2020, la psicóloga Tânia Carneiro tuvo el primer contacto con la familia, a través de la madre, Maria Claudia, que también estudiaba y trabajaba desde el psicoanálisis en su consulta de psiquiatría. El padre, André,

empresario, acudió con su madre a la entrevista inicial. Tras unas primeras entrevistas con sus padres, el paciente, Gustavo (que tenía entonces 6 años), empezó a ser atendido por la profesional. La familia apenas había regresado de EE. UU., al inicio de la pandemia, después de pasar seis meses en ese país, donde creían que encontrarían un tratamiento más específico y de mayor calidad para Gustavo. En esta fase, la psicóloga Tânia pudo observar el estado de duelo, desesperanza y agotamiento en el que se encontraban los padres, así como también, en aquella ocasión, a la segunda hija de la pareja, Aurora, que entonces tenía 3 años. La familia sufría una sobrecarga de pérdidas por elaborar: la madre, el duelo por la muerte de su propia madre (en diciembre de 2018) y el hecho de estar en tratamiento por una afección cardíaca muy grave sin etiología definida. El padre, André, también de luto por la pérdida de su padre (en marzo de 2020) y pasando por conflictos graves con la familia de origen. Ambos progenitores estaban bastante decepcionados con la tentativa frustrada de encontrar tratamiento en el extranjero, que no resultó ser superior ni distinto a los tratamientos para el autismo que se practican en Brasil.

Cuando esta familia llega buscando un acompañamiento psicológico, después de haber pasado por toda una peregrinación de profesionales y centros diferentes, llevaba el cansancio, el sufrimiento y la desesperanza escritos en la cara. Idas y venidas que no mostraron ningún horizonte que pareciera viable y que despertara el deseo, la fuerza y la fe para seguir en esa dirección. Todo lo que habían probado hasta ese momento les hacía siempre volver atrás y buscar una nueva dirección. Ésta era la situación y el sentimiento predominante cuando se inició el acompañamiento con Gustavo y sus padres era de: “volvemos a probar otro tipo de tratamiento”. Era comprensible que estuvieran cansados y desanimados, pero también estaba claro que a pesar de todo lo que ya habían hecho y buscado, no habían claudicado y seguirían insistiendo en la búsqueda de mejores condiciones para Gustavo. Lo que necesitaban, sobre todo los padres, era en aquel momento una tregua, un descanso, un tiempo para poder respirar, recomponer las energías, revitalizarse y así retirar la niebla que les había envuelto, para poder ver y vivir este nuevo proceso con más claridad, nitidez y esperanza. Esto se logró a través de mucha escucha y acogida de los

miedos, las dudas, las angustias de toda una vivencia que también provocaba una enfermedad familiar.

Este doble frente de intervención, con Gustavo y los padres, fue fundamental para que se pudieran tranquilizar como familia y reorganizarse psíquica y emocionalmente, que era primordial para que volvieran a soñar y pudieran reconocer los cambios que el hijo fuera alcanzando en el proceso terapéutico.

Cuando iniciamos el acompañamiento con Gustavo, él tenía una fuerte retracción, era un niño con un yo muy cerrado y por eso disponía de pocos recursos motrices, emocionales y psíquicos. Empezamos con tres sesiones semanales de cincuenta minutos cada una con el enfoque de la psicoterapia psicoanalítica contemporánea. La evaluación inicial indicó que Gustavo necesitaría disponer de un yo más abierto para poder identificar las dificultades reales que tendría y así poder beneficiarse de otros tipos de terapias, si fuera necesario. Esta dinámica que se estableció de entrada dio a la familia y al Gustavo un tiempo de descanso muy rico e importante, dado que podían hacer “nada” o cosas distintas que no fueran terapias. Salieron así de ese sistema frenético de ir corriendo de una terapia a otra y de soportar una carga horaria muy pesada cada día, que era muy desgastador para todos. Las buenas condiciones de trabajo que se establecieron permitieron restaurar los vínculos familiares; la rutina familiar se volvió más ligera, tranquila y agradable; todo ello creó un entorno muy favorable para que Gustavo se pudiera ir desarrollando bien de forma gradual. Hoy tiene un yo capaz de expresarse, desear y hacer muchas cosas que antes eran impensables y cada día ha ido avanzando en la estructuración de un yo independiente y complejo.

Sverdlik (2023) nos explica que, desde los primeros días de vida del bebé, es fundamental que se establezca entre él, sus cuidadores y su entorno un ritmo y una oferta heterogénea, con una buena regulación de la ausencia-presencia, para una buena constitución y desarrollo del aparato psíquico. El modelo de observación e intervención de Fort-Da (Freud observó a su nieto en la cuna jugando con un carrete que lanzaba y estiraba varias veces y constató que este juego implicaba todos los niveles que generan la creación de sentido), posibilita al bebé crear y sustentar cada etapa para ir alcanzando los marcos de desarrollo del yo. En el transcurso

de todo el desarrollo infantil, el juego debe establecerse de forma que abarque los diferentes niveles (motriz, perceptivo, fonemático, de gusto-disgusto, metafórico); además, es necesario que el adulto pueda sustentar este juego de forma suficientemente buena para que no se dé una fijación ni un predominio en un nivel determinado. Así, si un niño juega muy solo y no tiene alguien con quien interactuar, que es lo que lleva al intercambio y la regulación, se puede quedar fijado en una forma de jugar que activa mucho más un nivel en detrimento de otro. Por ejemplo, si el nivel motriz se estimula mucho, esto puede causar un déficit en alguno de los otros niveles, lo que puede provocar fallas y carencias en el proceso de estructuración del yo.

Por eso, en el trabajo con Gustavo, así como con otros niños, hay que estar atento y buscar equilibrar e integrar, a través del juego, los diferentes niveles que son fundamentales para la estructuración y el desarrollo del yo.

A la vista del éxito que se había logrado con este proceso, tanto la psicóloga como la familia quisieron hacer algo que pudiera llegar también a otras familias y así nació el Proyecto Autismo: Psiquiatría y Psicoanálisis Contemporáneo.

EL PROYECTO

Esta rica vivencia fue despertando una inquietud en estas profesionales, una de ellas además madre de un hijo autista. Ante estas experiencias propias, sentían que debían unirse aún más y hacer algo que permitiera llegar y beneficiar a más pacientes y sus familias. Así empezaron a gestar este proyecto y con el apoyo, el incentivo y la orientación de la Dra. Mara Sverdlik fundaron el Proyecto Autismo: Psiquiatría y Psicoanálisis Contemporáneo, donde establecieron como objetivos:

- Divulgar que el psicoanálisis contemporáneo también es un enfoque capaz de tratar al paciente autista.
- Formar grupos para que los padres o familia de personas autistas tengan un espacio de escucha y acogida.
- Capacitar a profesionales para que puedan trabajar con este enfoque.
- Trabajar en colaboración con los pediatras, dado que son los primeros en recibir a la criatura, y con los padres y así poder actuar en la prevención e intervención precoz.

- Promover el juego en los padres (*Padres que juegan*): tiene un carácter preventivo y busca orientar a las familias sobre la importancia del juego en la estructuración del sujeto, a través de conferencias y talleres de juegos y actividades en los centros de preescolar.
- Organizar un libro sobre la experiencia de ser madre de un hijo autista, cuyo objetivo sea dar voz a las madres y ofrecer la escritura como una posibilidad de encuentro intrapsíquico e interpersonal.
- Crear un frente de actuación junto a familias con algún miembro con TEA y con mayor riesgo y vulnerabilidad social y económica: "Adopta una familia TEA".
- Organizar y redactar un libro sobre la generación Z y la generación alfa, muy dependientes de las pantallas y redes sociales.

Con los objetivos ya más organizados y fijados y aprovechando que la Dra. Mara Sverdlík estaría en Brasil y en Maringá, el día 06/06/2024, con total apoyo y participación de

la Escuela de Psicoterapia Psicoanalítica de Maringá (EPPM), se celebró el primer evento abierto y gratuito para todo el colectivo interesado en el tema del autismo. El objetivo de este evento era presentar el psicoanálisis contemporáneo como una buena opción para el tratamiento del autismo y explicar cómo trabaja con esta patología. Se invitó a profesionales de diferentes áreas para que cada uno hablara de su trabajo con estos pacientes, para destacar la importancia de la integración de la red que muchos pacientes autistas necesitan. Fue un acto muy bien recibido por todo el colectivo.

El segundo paso que se dio dentro del proyecto fue crear un grupo para madres y padres de niños autistas, con la intención de abrir un espacio de escucha, acogida y reflexión, ya que entendemos que las familias pueden caer en el sufrimiento y que a menudo acaban aislándose y enfermando. Cuidar a un yo que se ha encerrado, que no establece contacto y que sufre ante situaciones que pueden provocar desregulaciones y rabietas

desgasta mucho. Poder compartir las aventuras y desventuras ayudaría a estos padres a no sentirse tan diferentes, marginados o solos, mostrándoles que su lucha también es la lucha de cientos y miles de familias. Para montar este grupo, se entró en contacto y se presentó el proyecto del Grupo de Padres de Niños Autistas a la coordinadora de la asociación Pastoral da Crianza (pastoral de los niños), un órgano de acción social que tiene como principal objetivo acompañar a mujeres gestantes y el desarrollo de los niños de 0 a 7 años. Fundada en 1983 por una médica pediatra y de salud pública, la Dra. Zilda Arns Neumann, junto con el entonces arzobispo Mons. Geraldo Majella Agnelo, la Pastoral de Crianza, en colaboración con el gobierno federal, está presente en todos los estados brasileños y en otros países de América del Sur y de África. Dado que nuestra propuesta fue muy bien acogida, organizamos el grupo.

A la fecha fijada para el primer encuentro, llegamos muy nerviosas porque teníamos mu-



Dentro de la propuesta de la intervención del psicoanálisis contemporáneo, trabajar con la familia es uno de los pilares que se busca estructurar para formar una red de amparo, soporte y estímulo del paciente.

chas expectativas puestas en el proyecto y se había formado un grupo de 14 personas. Desgraciadamente, sólo había una madre entre ellas; nos sentimos muy frustradas, pero hicimos la acogida y conocimos su historia. Esta situación nos planteó muchos interrogantes; repensamos y ajustamos la forma de divulgación, porque al principio nos daba miedo abrir mucho la convocatoria y acabar con un número de personas tan grande que no las pudiéramos escuchar a todas como queríamos. En el segundo encuentro, tuvimos un grupo más numeroso de participantes y conseguimos montar el grupo de trabajo.

A lo largo de los encuentros, con las historias que compartían los participantes y con las actividades que fuimos proponiendo como herramientas de reflexión, fuimos comprobando cómo sufren estas personas/familias y cómo necesitan ayuda, pero a la vez lo difícil que es, muchas veces, conseguir un tiempo y un espacio por el hecho de no tener una red de apoyo, familiar o social, con la que poder contar para el cuidado. En este grupo había madres que habían venido sin el marido, porque si uno sale, el otro debe quedarse con el niño; madres monoparentales que necesitaban el apoyo de la abuela para poder acudir a la reunión, pero que no siempre podían contar con ella. Algo que todo el mundo tenía en común era el difícil proceso hasta llegar al diagnóstico; por un lado, las resistencias de las familias para aceptar el diagnóstico de autismo y, por otra parte, la deficiencia en la formación de los profesionales competentes para realizar este diagnóstico. Ante este hecho, fue muy importante trabajar el duelo de no tener el hijo "perfecto" que habían deseado; tener que aceptar y tratar con esta frustración no siempre es sencillo para la gran mayoría de personas. Cuando trabajamos con una dinámica que llevaba a reflexionar sobre sí mismo, la mayoría tuvo mucha dificultad en identificar lo que les gustaba y qué sueños y deseos tenían. Algunos lograron rescatar e identificar que tenían deseos, reconocieron la importancia de cuidarse a sí mismos y se comprometieron a tenerlo más en cuenta. A otros les costó más. Una componente del grupo, que tiene una vida muy compleja y penosa, no logró realizar la actividad, era como si estuviera despersonalizada. Desgraciadamente, es así como terminan estando la gran mayoría de personas que deben cuidar de un hijo autista, principalmente en los casos más graves. Se pierden en sí mismas, no logran tener una vida o una rutina que les permita tener un espacio

o condiciones para cuidar de sí mismas. Y así fue avanzando el grupo, gracias a las identificaciones que iban haciendo; es bonito observar hasta qué punto, a través de un gesto o relato basado en la propia experiencia, el grupo se va amparando y fortaleciendo. Es una experiencia más que ha contribuido mucho a reforzar y poner en valor ese objetivo del proyecto.

Dentro de la propuesta de la intervención del psicoanálisis contemporáneo, trabajar con la familia es uno de los pilares que se busca estructurar para formar una red de amparo, soporte y estímulo del paciente. Incluir a la familia en el proceso mediante sesiones del paciente con los padres, tener un canal de comunicación abierto y libre, ya sea por un grupo de WhatsApp o conversaciones frecuentes con explicaciones y orientaciones, es fundamental para que los padres, en el complejo transcurso del tratamiento, entiendan lo que está sucediendo, la fase en la que estamos, los objetivos que queremos alcanzar ahora y el qué y cómo debemos hacerlo. Cuando todo esto se da en colaboración con los profesionales que atienden al niño y la familia, todos se sienten amparados y fortalecidos para mantenerse firmes en el proceso. Es gratificante sentir que la familia está implicada y que, gracias a esta implicación, puede identificar y reconocer cada nuevo logro del paciente y celebrarlo.

El Proyecto Autismo está estructurando otras dos tareas. Una es la organización de un libro de relatos de las historias de madres de personas autistas en las que darán voz a su experiencia para llegar a otras madres. Otra tarea tiene un carácter más preventivo, la de los *Padres que juegan*, donde a través de conferencias y talleres de juego, se busca concienciar a las familias sobre la importancia del juego en la estructuración y el desarrollo infantil. Este proyecto se pondrá en marcha por primera vez en septiembre de 2025, para los padres de una escuela de educación infantil que está apoyando la iniciativa. Si da un buen resultado, procuraremos expandirlo a otras escuelas.

CONSIDERACIONES FINALES

En Brasil, tanto en la sanidad pública como en la red privada de salud, cuando se habla o se hace un diagnóstico de autismo, el tratamiento se dirige hacia intervenciones terapéuticas basadas en el comportamiento; en esta práctica existe una visión profundamente

enquistada. El niño que ha sido diagnosticado es trasladado a un centro de atención integrado, donde inicia una pesada tarea de intervenciones terapéuticas, generalmente alrededor de 20/30 horas semanales de duración, con profesionales de diferentes áreas como: psicólogo conductual, logopeda, terapeuta ocupacional, psicomotricista y/o fisioterapeuta, pedagogo y nutricionista. En cuanto al psicoanálisis, es considerado por muchos como no científico y que por tanto no sirve como método de tratamiento para el autismo. Sin embargo, ésta es una visión totalmente equivocada. Dentro del psicoanálisis siempre ha habido profesionales que se han dedicado a estudiar y buscar comprender esta patología, así como desarrollar técnicas que fueran eficientes en el tratamiento de estos pacientes. Entre ellos, podemos citar a Frances Tustin, Anne Alvarez y muchos otros.

El laboratorio del psicoanalista es su consulta y estos trabajos no siempre están escritos y divulgados. Sin embargo, en los últimos años, con el advenimiento del psicoanálisis contemporáneo, que ofrece un enfoque muy propio y más activo para los pacientes, sin enquistarse en la técnica tradicional, la técnica para la atención de autistas se ha actualizado y ha adquirido un nuevo sitio en el proceso de tratamiento. Por eso es fundamental que los profesionales que trabajan con este enfoque, las familias e incluso los pacientes que consiguen un buen nivel de desarrollo puedan informar sobre sus experiencias y presentar los beneficios y resultados obtenidos, para que toda la sociedad pueda conocer y beneficiarse también de esta forma de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Green, A. (2008). *Orientações para uma Psicanálise Contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; SBPSP.

Sverdlík, M. (2023). Las barreras autistas: un infortunio de orden sensorial. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 42.

Sverdlík, M. (2024). Vicisitudes de La construcción del yo en la apertura de las barreras autistas: el negativismo y el cierre omnipotente. *Revista eipea*, 17.

Urribarri, F. (2022). *Por que Green?* São Paulo: Zagodoni.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago.

Zimmerman, D. E. (2010). *Os quatro vínculos: amor, ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas*. Porto Alegre: Artmed.



La ciudad de los sueños. La construcción de un continente que aloja un self en construcción



– Josep M^a Brun. –

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Director de la Revista *eipea*. Sabadell (España)

“Todo lo que crecía requería mucho tiempo para crecer. Y todo lo que desaparecía necesitaba mucho tiempo para ser olvidado”.

La marcha Radetzky. Joseph Roth

INTRODUCCIÓN

No siempre resulta sencillo transmitir o compartir lo que ocurre y lo que se moviliza dentro de una consulta en las terapias de corte psicoanalítico con personas del llamado espectro autista. Se trata de un espacio donde son más usuales las incertidumbres que las certezas y que demanda un largo período de tiempo, de disponible y atenta espera, para construir la mínima confianza que permita el establecimiento de un vínculo. Con frecuencia, esa confianza se debe cimentar sobre previas y repetidas situaciones de frustración y de malestar que no permiten ni imperativos ni premuras. Ni atajos ni desesperanzas. Tampoco falsedades. Para ello, es fundamental la comprensión del funcionamiento mental del paciente más allá de sus conductas.

El objetivo será crear ese vínculo que faculte trabajar los procesos de separación, diferenciación, individuación y, en definitiva, el acceso a la propia identidad, favoreciendo la integración sensorial y emocional, de manera que esa conciencia de separación no sea vivenciada con ansiedades catastróficas, bien descritas por Lúcia Viloca, que le lleven a anclarse en la sensorialidad como defensa.

Lo que ofrecemos a un niño o niña con autismo

es una relación, por tanto algo intangible, que a veces algunos necesitan cosificar y concretar para no sólo aceptar, sino también entender. Y que a su vez requiere en múltiples ocasiones de la presencia de objetos intermediarios que atenúen la intensidad de la relación directa. Será fundamental conseguir la distancia adecuada que permita estirar y sostener un endeble hilo sin que este llegue a romperse. Para ello, es necesario crear un encuadre terapéutico donde se favorezca la interrelación y el juego brindando un ambiente estructurado, acogedor, seguro donde la secuencia de pautas relacionales se repita y eso permita que el niño pueda ir desarrollando la posibilidad de confiar, recordar y anticipar, como también apuntan Lúcia Viloca y Balbina Alcácer.

Debemos hacernos depositarios de su malestar y aportar nuestra capacidad de *rêverie* para devolverle ese malestar de manera que le sea soportable, digerible. Aplicados a la máxima bioniana del *sin memoria ni deseo* para contrarrestar el ataque al significado de la repetición; perseverantes en nuestra presencia ante la fragmentación y tolerantes con nuestra propia ignorancia e impotencia en numerosas ocasiones, desarrollando nuestra capacidad negativa, como nos aconsejaba el propio W. R. Bion

En otros momentos, debemos luchar contra la aparición del propio desánimo, contra el posible aburrimiento, contra el vacío. Entendiendo que luchar no significa recurrir a la negación o a la actuación, sino mantener el interés y la esperanza, valorando los momentos adecuados de espera o silencio y los de una actitud de reclamación, en la línea que apunta Anne Alvarez.

Siguiendo el esquema de Júlia Coromines, proponemos utilizar la verbalización para lograr pasar del plano de la vivencia a la mentalización, para transformar lo autosensorial y sensorial en pre-simbólico y simbólico. Acompañar al niño a concienciar sus sensaciones, dentro del proceso de ayuda a pensar, verbalizando progresivamente las acciones, las sensaciones y las emociones y sentimientos para acabar en el recuerdo. Conociendo el momento evolutivo y el momento psíquico, aceptando los probables vaivenes no necesariamente como regresiones o crisis, sino como adecuaciones imprescindibles y a la vez resultado de la vulnerabilidad en la patología.

Por último, entendiendo que por mucho aislamiento que fomente el niño, no está solo y forma parte de un grupo familiar que vive y padece el sufrimiento que producen los desen-

cuentros entre ellos y entre su hijo y el entorno. Vivencias no exentas de posibles sentimientos de culpa, desánimo y negatividad, pero a la vez de afecto y conocimiento sobre el niño, de deseo de reducir la distancia y el vacío relacional y necesitado de acompañamiento y comprensión.

Este texto es un intento de aproximación a ese espacio íntimo fruto de constantes transferencias y contratransferencias.

MARCOS

Los padres de Marcos me consultaron en demanda de continuidad del tratamiento que seguía en el centro de atención precoz al que asistía desde el año y nueve meses (por retraso severo del lenguaje e inflexibilidad cognitiva) y que estaba a punto de finalizar al llegar a la edad de alta forzosa. Marcos, de cuatro años de edad en ese momento, es el menor de dos hijos varones y había sido diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista. Los padres relatan un embarazo y un parto sin problemas; un bebé muy apegado, con dificultades de calmarse si no era a través del contacto o del pecho materno, no reclamador, que llega a los hitos de desarrollo con retraso. Camina al año y medio, tarda mucho en balbucear, las primeras palabras las pronuncia hacia los veinte meses. Destacan aspectos de fuerte rigidez, que terminaban en episodios de intensas rabietas, dificultades ante las novedades y los cambios, con poca iniciativa e imaginación y con tendencia a la repetición. Hablan de un niño que no comparte, que no busca la presencia de los demás, aunque puede tolerarlos; con tendencia al aislamiento y a encerrarse en sí mismo. Es un niño de pensamiento concreto, con dificultades de simbolización y generalización; los padres muestran preocupación por el desarrollo de su lenguaje. Marcos tiene fuertes miedos y se angustia en situaciones ruidosas o de presencia de mucha gente. Poco inclinado a compartir, puede pedir ayuda en caso de necesidad. Manifiesta baja tolerancia a la frustración y tiende a evitar situaciones en las que puede prever el fracaso. La madre le da el pecho hasta los dos años y está con él hasta que va a la guardería, cuatro meses después. No ha conseguido controlar los esfínteres de manera completa, en especial en la micción nocturna. Se muestra celoso respecto a hermano y padres, inmiscuyéndose cuando hablan. Juega con coches, aunque su juego se limita a ponerlos en fila y dramatizar accidentes. Los padres están preocupados

también por su nivel cognitivo y su repercusión en los aprendizajes. En el último tiempo en Atención Precoz, han cambiado a Marcos de un trabajo individual a uno grupal sin presencia de los padres. La madre ha resentido ese cambio pues ella podía asistir al tratamiento individual y compartir sus temores con la terapeuta. A pesar de estar contentos con la evolución que había hecho Marcos, me hablan de sus muchas dudas, de su necesidad de consejos y de su preocupación en cómo puede afectar a su hermano, tres años mayor.

En las sesiones diagnósticas, entra con su madre, aparentemente tranquilo y como avergonzado, con dos coches en sus manos. Esas manos ocupadas me evocan una imagen de no disponibilidad para tomar nada más. Observo a un niño con una mirada de poca duración, huidiza, pero de calidad, a la vez defensiva y afable que, a pesar de no tener ideas a la hora de llevar a cabo acciones, puede aceptarlas e incorporarlas. Se fija sobre todo en los coches, parking y semáforos que tengo en la consulta. Sus intervenciones son repetitivas, pero se percata de las mías, ríe y pide que las repita. Cuando introduzco personajes, su interés disminuye. La madre lamenta no tener más tiempo para este tipo de juegos, pero consideramos también el desánimo que produce su juego vacío, que entra en bucles y es de poco recorrido. Cuando su madre y yo hablamos, Marcos tiende a desconectar y quedar enganchado a sus repeticiones. Durante las sesiones utiliza algo de lenguaje, en relación con demandas o comentarios concretos, pero en general permanece silencioso.

Me pongo en contacto con la tutora de su escuela que me explica lo difícil que le es motivar a Marcos, que allí se muestra muy apático, que no le interesa nada. Se relaciona con los compañeros, pero de forma extraña, con una aproximación muy física que puede llegar a ser agresiva o, en todo caso, molesta para el otro. Me relata también sus problemas de atención (*cualquier cosa le llama la atención*, lo que contrasta con su anterior opinión de que no le interesa nada) y su gran angustia cuando se encuentra ante mucha gente o ruido. En todo caso, relata mejoras en general durante el último curso en cuanto al aumento de vocabulario, de autonomía y una mayor relación con los compañeros que, apostilla, ellos viven como destructiva.

Repasamos con los padres todos estos aspectos en la reunión de devolución. Es un encuentro agradable en el que, a pesar de la

dureza de algunas situaciones en casa, siento que podemos pensar sobre ellas y ponernos de acuerdo en los planteamientos y aproximación a entender a Marcos; los padres se muestran atentos, respetuosos y participativos, ilustrando con ejemplos cotidianos los aspectos que aparecen y ayudándome a entender con más detalle a Marcos. Decidimos iniciar un trabajo terapéutico apoyado en tres soportes: terapia semanal con Marcos con la presencia de uno de sus padres, al menos durante un primer tiempo (a la postre, se irán turnando), encuentros periódicos entre nosotros para comentar aquello que aparece en las sesiones y en casa y reuniones mías con la escuela con una cierta periodicidad. Llevaremos a cabo este trabajo terapéutico durante seis años.

PRIMER TIEMPO DE TERAPIA

Marcos parece no oponerse a la propuesta. De hecho, vive con una cierta ilusión venir a jugar a mi consulta con su madre o con su padre. Durante los años de terapia, apenas en un par de ocasiones mostrará alguna pequeña queja por tener que interrumpir lo que estaba haciendo para asistir a la consulta. Las primeras sesiones están llenas de juegos muy repetitivos en relación con los coches, que hacen cola o tienen accidentes, los semáforos, en especial cuando están en rojo, la policía que interviene... También, aparecen comentarios de la madre sobre sus propias preocupaciones. Por aquella época, Marcos mordía en ocasiones a sus compañeros y empezaba a hacerse pipí encima. Marcos no participa de las conversaciones, a pesar de que intento incluirle, aunque pasa de desconectar a una cierta escucha pasiva, en ocasiones, o a reclamarme de manera más sutil para que vuelva al juego y abandone la conversación. Si aparece un tema que no le interesa o que le resulta doloroso, parece no oír nada. En general, acompaña el juego con una risa predominantemente impostada, pero que siento que en momentos denota que está disfrutando. Sus miradas hacia mí irán en un lento y progresivo aumento.

Uno de los primeros días de terapia, en un intento mío de enriquecer su juego monótono y repetitivo con los coches y de aportar un objeto intermediario que no sienta como intrusivo, tomo dos hojas, las uno con celo, y dibujo en ellas una carretera, apenas unas líneas discontinuas. No era en absoluto consciente en aquel momento de la importancia de aquellas primeras dos hojas y del valor que llegarían a tener en la terapia.

Marcos las acoge con alegre sorpresa. Al día siguiente, le propongo que dibujemos una flecha como las que hay en las carreteras. Lo intenta, pero no le sale y se lamenta de que no sabe cómo hacerla. La madre le dice entonces: "Haz un triángulo". Marcos lo dibuja. "Y ahora un rectángulo", añade ella. Al dibujar el rectángulo y ver que se ha convertido en una flecha, la alegría de Marcos se hace notoria y convive con la sorpresa de la madre que me explica que la tutora le había dicho recientemente que no sabía hacer triángulos. Hablamos de la diferencia del triángulo abstracto y sin sentido y de éste tan interesante que ayuda a dibujar una flecha de un juego que nos divierte.

Hacia los dos meses de terapia, la madre me explica que Marcos venía por la calle hablándole de lo que haría con los coches y la ciudad de papel. Con el complemento de alguna hoja más que añadimos a las dos primeras, el juego pasa de la mesa -que se nos hace pequeña- al suelo. Dibujamos su casa, la mía, nos visitamos en coche. Marcos sigue con la tendencia de repetir los mismos juegos, pero acepta y disfruta de mis aportaciones. En aquel momento, y en especial, del taller mecánico que dibujo para arreglar las averías y accidentes de los coches. De la misma manera que los personajes tienen menos éxito que los coches en el juego, el hospital que propongo pierde claramente la apuesta ante el taller. En el juego con coches, insiste en que el coche que lleva su madre vaya detrás del suyo y no tome ningún camino diferente.

Las situaciones que aparecen en el juego nos llevan a comentarios del exterior que aporta la madre. Un día, propongo dibujar un camping sabedor de que suelen ir fines de semana y vacaciones. La madre explica que ahora tienen un apartamento, que antes iban en caravana con los abuelos paternos y que allí Marcos tiene una "amiga". Propongo y me dispongo a hacer una caseta de camping con piezas de Duplo, pero Marcos quiere hacerla él y la construye con detenimiento y cuidado. Coloca algo parecido a dos toboganes en la casa, pero el juego dura poco, fijándose más en cuestiones de disposición, como hacer sitio a las maletas. Monta una cama elástica. La madre explica entonces que unos días atrás Marcos se había caído saltando entre camas. Sonaría a lo que él ha reproducido, pero no transmite ninguna señal interrelacional. Juego a curar la pierna al muñeco, él se muestra pasivo. Nada más llegar, en la siguiente sesión, va directo a los coches y a la casa. Como suele,

empieza silencioso la sesión. Yo menciono juegos que hemos hecho otros días y él va a buscar las hojas con la carretera. Entonces, me cuenta que se hizo daño en la cabeza. Es la primera vez que me explica algo espontáneamente. Llevamos cinco meses de terapia. La madre le ayuda a relatar que se cayó en el camping yendo en patinete, que ellos -padres- no estaban y que el abuelo le dijo que no pasaba nada. Es una sesión bonita, donde acabamos los tres jugando y hablando en el suelo. Marcos muy cercano a su madre, dejándose caer encima de ella. Comento que cuando se cayó en el camping, no estaba la mamá para consolarle del golpe.

En las entrevistas paralelas con los padres, me transmiten que están contentos, que en casa hay menos enfados y que duran menos, que Marcos tiene más ganas de compartir y explicar. Me cuentan también que un día que yo tuve que anular la sesión, se enfadó porque tenía ganas de venir a jugar y les dijo que yo era *tonto*. Ponen otro ejemplo de su mayor capacidad de expresar lo que quiere con palabras, sin rabieta, a la vez que más dirigido: *Abuela, tengo hambre*. Comentan su dificultad en incorporar, aunque vemos que se debe más a la falta de ideas que por resistencia.

En la escuela, le ven más motivado, muestra interés por algunas cosas. Valoran que puede verbalizar más necesidades y problemas con compañeros, a pesar de que no responde a las preguntas que le hacen. La relación con los compañeros se traduce en molestarlos, pero más a través de empujones que con mordiscos o pegando como ocurría hasta entonces. Están preocupados por su poca capacidad de realizar juego simbólico y su poca autonomía para trabajar solo. Hablamos mucho de cómo se siente Marcos ante las demandas de la escuela, a nivel de aprendizajes, pero también de relación, social, de tolerancia a las frustraciones. La tutora y las personas que le atienden en la entonces llamada USEE (Unidad de Apoyo a la Educación Especial, dentro del entorno ordinario), están muy interesadas en entender el comportamiento y los sentimientos de Marcos.

Un día, poco antes de las primeras vacaciones de verano desde que seis meses atrás empezamos la terapia, de repente dice *sushi*. La madre explica que le gusta mucho y que muchas veces cuando salen de la sesión van a comprar sushi para llevarlo a casa para cenar. Propongo hacer un restaurante de sushi en nuestra ciudad la próxima sesión. El siguiente

día, llega y va directo a coger la carretera y montar un juego que durará toda la sesión. Hace y vuelve hacer viajes con su coche a comprar sushi al restaurante que dibujamos. Compra comida y palitos como cubiertos. Montamos una mesa donde come la familia. Luego coloco al padre a descansar, él quiere poner también al niño. Coloco al resto de muñecos a ver el televisor y él dice que los castiga sin tele. La madre explica que a veces Marcos y su hermano se quedan abstraídos viendo la tele mientras comen y que ellos les castigan.

El primer día después de las vacaciones, Marcos viene contento. La madre explica que ha ido bien, que han notado cambios en él: más participativo, más capaz de jugar, menos añoranza de su casa. Él va disparado al armario y me pide la *calle de papel*, recordándome que el último día yo le había dicho que la guardaría en el armario. Comentan que en el camping vieron una competición de perros. Marcos va diciendo: *impresionante, increíble* y monta un obstáculo que tienen que saltar unos perros de juguete que le he puesto. Más adelante, cogemos un canguro. Después de muchos esfuerzos, los animales pueden saltar el obstáculo. Siento que Marcos me transmite algo más que un espectáculo estival. Advierto que me habla de lo difícil que es superar los obstáculos y las separaciones. De hecho, cada una de las sesiones después de unas vacaciones, Marcos se ha dirigido en primer lugar a la ciudad de papel, como si necesitara comprobar que seguía allí.

A partir de un cierto momento, la madre deja de ser la única que acompaña a Marcos a las sesiones y se lo combinan con el padre. La primera vez que viene el padre, la sesión es diferente. Parece que Marcos se engancha menos a las repeticiones y se muestra más espontáneo e innovador. Coge la que llama *calle de papel*. Le enseñamos al padre cómo jugamos. Durante la sesión, Marcos habla *de alto, fuerte, mayor*. Se compara en altura con un amigo (*soy un pelín más alto que él*), habla de que su hermano es más alto y chuta más fuerte, que *ya hace tercero*; se compara en altura con una torre que hemos hecho... En esos días, los padres piden una reunión preocupados por el aumento de la falta de control de los esfinteres en Marcos, coincidiendo sobre todo con el final de las vacaciones y el principio del curso; cómo Marcos queda bloqueado cuando se le escapa un pipí y, en paralelo, explota en fuertes enfados en otros momentos, rom-

piendo cosas. Relacionamos las dos actitudes y su preocupación por no poder controlarlos. En esos días, y en la sesión, Marcos pide con frecuencia jugar al fútbol o al básquet, se muestra mucho más físico. Un día que viene el padre, este le propone dibujar un campo de fútbol en la ciudad. Marcos se apunta en seguida a la idea. Ese campo nos aportará una cierta alternancia en el juego del fútbol: unas veces jugamos nosotros, con nuestros cuerpos, y otras, con los personajes. Está competitivo. Ataca a la madre (*j mala!*) porque no juega bien o falla, hace trampas... También me hace trampas a mí, pero como bromas, en otras ocasiones.

Cuando llevamos un año de terapia, se da una circunstancia que pudo suponer su final. Después de anular una visita sin especificar los motivos, lo que nunca había sucedido antes, los padres manifiestan que quieren cambiar la

siguiente visita de Marcos por una reunión con ellos (*Queremos comentar contigo algunos temas*). De entrada, me preguntan cómo veo yo a Marcos. Me extraña, no la pregunta, sino el tono inquisidor, muy alejado del cordial y respetuoso que siempre han usado conmigo. El padre repite varias veces la palabra *evidencia*. Se produce una situación tensa. Finalmente, me explican que han tenido una visita en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la ciudad (en el seguimiento que llevan con ellos) y que la psicóloga que les ha atendido les ha desacreditado mi terapia y mi profesionalidad y que ello les ha dejado inseguros. Les cuesta entender que ni conozco a la persona de la que me hablan ni ella me conoce a mí (de hecho, un par de años después todavía me dirán en una posterior visita al CSMIJ: *ya no es aquella psicóloga que conocías*). Les explico las diferentes corrientes en psicología

(me dicen que hasta entonces no habían pensado nunca en diferentes líneas de pensamiento), también que para mí no es nuevo ese ataque porque ya lo he sufrido con anterioridad al trabajar en una línea psicoanalítica y que, en definitiva, llevamos un año de terapia y ellos pueden opinar prescindiendo de lo que esa persona o yo pensemos y digamos. Podemos hablar después de cómo ven a Marcos (están contentos, en general, con su evolución) y de las rabietas que muestra desde hace unas tres semanas con ataques a la madre. Podemos pensar posibles causas (en especial, la competencia con el hermano por la madre o cómo se pueden relacionar un mayor control actual del pipí, por un lado, con un mayor descontrol emocional y conductual, por el otro) y yo puedo también ejemplificar mi manera de trabajar, desde la comprensión del funcionamiento mental de Marcos. La madre



explica que Marcos antes hablaba de que se casaría con ella y que ahora dice que se casará con una chica que se llame como ella, pero que no sea ella. Parece un bonito ejemplo de proceso gradual de diferenciación. La reunión marcó un antes y un después en la terapia. Lejos de la pretensión de la profesional que había desacreditado, no ya mi trabajo, sino la decisión de los padres, fortaleció la alianza terapéutica entre nosotros. Agradecí sinceramente a los padres su confianza en explicarme lo que les habían dicho y cómo les había afectado.

A los quince meses de terapia, planteo a los padres un cambio de modelo, pasando a trabajar a solas con Marcos. Decidimos demorar el cambio unas semanas para que no coincida con la vuelta de la madre al trabajo, después de unos años de atender en exclusiva a sus hijos a partir del nacimiento de Marcos que, en esos días, acaba de cumplir los seis años. Se lo explicamos a él, quien reacciona con una aparente indiferencia. El primer día, el padre sale a media sesión y nos aguarda en la sala de espera. Jugamos un partido de fútbol que parece disfrutar. Cuando acabamos, veo que se le ha escapado un poco el pipí. Al día siguiente, no nos vemos porque tiene fiebre. Cuando viene con la madre, esta le propone quedarse en la sala de espera. Él ni se opone ni muestra ninguna señal de diferenciación. Son días de un juego más físico, él sigue introduciendo temas, pero sin la ayuda de los padres cuesta más darles recorrido. El fútbol se convierte en un tema recurrente, tanto en el juego como en el hecho de que se ha apuntado a un club de la ciudad y me habla de los entrenos, de los partidos. Un día, llega contento diciéndome que ha marcado un gol en el último partido. Le felicito. Jugamos a fútbol en la sala e insiste en irme preguntando si creo que juega bien. Después, le pregunto si los partidos los empieza de titular o en el banquillo. Queda parado y serio. Me confiesa que no era verdad que hubiera marcado un gol. Está triste, pero cercano.

PONIENDO NOMBRE A LA CIUDAD

Cuando llevamos poco más de tres años de terapia, se declara la pandemia de COVID-19 y se produce el confinamiento. Iniciamos una serie de sesiones telemáticas que, de entrada, resultan complicadas. El primer día, están presentes padres, hermano (que boicotea sutilmente la sesión) y Marcos, quien apenas masculla monosílabos. En seguida, Marcos va a jugar con el hermano y los padres me cuentan

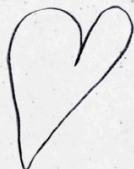
lo cansados que están y lo difícil que se les hace conciliar estar todos en casa y tener que teletrabajar, que Marcos se enfada mucho... Podemos hablar de la preocupación de todos y de que tal vez es un momento de autoexigirse menos y exigirle menos a él también. Más adelante, verbalizará Marcos el temor por si sus padres enferman y mueren. Quedamos en que piensen cómo les parece mejor seguir la terapia durante el confinamiento. Al día siguiente, me escriben un mensaje de whatsapp proponiendo sesiones telemáticas quincenales. Me parece bien. La siguiente sesión hablamos mucho con los padres de cómo se puede estar sintiendo Marcos, también de sus pocos recursos para buscar alternativas a la nueva situación y de que tampoco acaba de saber qué le ayuda y qué no a sentirse mejor. Propongo ver a Marcos a solas al empezar la sesión y cuando él no pueda continuar, hablar con ellos. Están de acuerdo. Me explican después que están gratamente sorprendidos y admirados de cómo han visto a Marcos hablar conmigo - tranquilo y sin enfados- de sus temores, de cómo se sentía, de su pereza en hacer cosas, de cómo echaba en falta la escuela y sus compañeros.

En las siguientes sesiones telemáticas, las conversaciones con Marcos se alargan hasta casi los 45 minutos habituales. Más allá del contenido, valoro la forma, continuada, dialogando por turnos, esperando que yo acabe de hablar o interrumpiéndose para escucharme. Me cuenta que tiene ganas de volver a verme y abrazarme (nunca me había abrazado), me habla de su octavo aniversario que acaba de celebrar. Los padres están contentos, han encontrado un equilibrio en casa. Finalmente, hablamos de ir volviendo a las sesiones presenciales, combinadas con alguna telemática, ya que aprovechan el trabajo telemático para desplazarse al camping. Desde allí, en una sesión en la que está especialmente comunicativo, me explica que ese día es el último del curso, que quiere ser un *empollón* y que *los papás están felices y orgullosos* de él. Le pregunto si cree que otras veces no lo están y, sin acabar de verbalizarlo, muestra que sí. Me intereso por lo que estaba haciendo antes de vernos y me explica que estaba echándose una siesta (*cuando me enfado, me echo una siesta*). Indago si eso significa que se ha enfadado y me dice que sí. Cuestiono el motivo y contesta que *por el jaldito coronavirus!* Inquiero si ese es el motivo de su enfado de ese día y me contesta que *sí, estos días cuestan*, pero luego me expli-

ca que se ha enfadado con su hermano porque, jugando con él, este le ha pisado. Le demando si cree que ha sido voluntario. Me dice que *cuando ha pasado creía que sí, pero ahora seguramente creo que no*. Le pregunto qué ha hecho cuando se ha enfadado. Baja la cabeza en silencio. Añado que se lo pregunto porque como que no se enfada cuando está conmigo, no sé cómo reacciona. *Claro, porque tú eres amigo... Casi eres mi mejor amigo*, me responde y viene a decir que se enfada con la familia y los compañeros. Razono que a veces hay niños que, cuando se enfadan, gritan o pegan o insultan o se enojan mucho con los papás y se quedan muy preocupados. En voz baja me dice: *yo hago mucho peor*, con cara apenada, *doy golpes a la puerta*. Le digo que creo entender lo que me explicaba antes: que sus padres están contentos y orgullosos de él por sus notas, pero que otras veces piensa que sus padres no están nada contentos con él. Entonces, empieza a dibujarse caras en las manos: primero, una *contento*; después, una *enfadado* y, luego, una *aburrido*. Le digo que le falta la *triste*, que me parece que es como él se siente a veces. Se la dibuja también. Empieza a costarle la conversación, pone una música y, al rato, me dice que ya les toca a los padres. Se despide de mí de manera cuidadosa y hasta tierna. Hablo después brevemente con los padres. El padre está especialmente contento porque unos días atrás, Marcos le dice: *Papá, eres genial*. Él le pregunta porqué y Marcos contesta que *porque me ayudas con los deberes*. A Marcos nunca le había resultado fácil dejarse ayudar.

Las sesiones posteriores al verano son de una febril actividad en la ciudad. Quiere incorporar un Corte Inglés, una segunda gasolinera, otras tiendas que conoce, poner los números a todas las casas, el club de natación local, el lugar donde entrena a fútbol y que dibuja con cuidadosos detalles. Disfruta de toda la elaboración. En uno de esos días, le digo que nuestra ciudad no tiene nombre. Entonces, va a buscar una hoja y escribe algo. Me dice: *He puesto que es un pueblo* y me lo enseña: *El pueblo de los sueños*. Después, añade *Bienvenidos* y un corazón. En días posteriores, dibujará un hotel y una librería a los que también bautizará como *el hotel y la librería de los sueños*. Está entusiasmado con la ciudad, aunque también muestra una cierta rigidez en ciertos aspectos como dónde poner las hojas. Cuando le sugiero que igual tenemos que hacer una segunda ciudad pues ya no nos caben en esa más añadidos, niega con vehemencia. Pienso entonces que Marcos

EL PUEBLO DE LOS SUEÑOS
BIENVENIDOS



acepta mejor las novedades que los cambios, pero seguramente me equivoco al creer que puede existir otra ciudad. Los padres me explican que en su casa les habla de la ciudad y de qué lugares quiere añadir.

Un día, Marcos me dice: *Es chula la ciudad. Si estuviera en YouTube, mucha gente le pondría un like.* Después, añade: *sobre todo, los niños pequeños.* Otro día, habla de la *ciudad legendaria.* En otra ocasión, me pide que invitemos a sus padres y a su hermano a la siguiente sesión. Pregunto por qué y me dice que *para hablar.* Sugiero si no será también para enseñarles la ciudad, sonríe tímido y suelta un *sí* en voz baja. Cuando vienen los padres, quedan impresionados y hasta emocionados de la ciudad y del nombre que le ha puesto Marcos, quien está muy pendiente también de la reacción de su hermano. La ciudad va ocupando todo el espacio del suelo de la consulta. La sesión anterior a unas nuevas vacaciones, Marcos me dice nada más llegar: *Hoy quiero jugar al fútbol porque quiero aprovechar la ciudad.* Le pregunto qué quiere decir y contesta que *no quiero que se acabe, me pone triste.* Digo que todavía queda espacio para una nueva hoja y un nuevo lugar y le pregunto qué le gustaría que fuera. Contesta que *una panadería.* En la conversación hablamos de qué es lo primero que recuerda de la ciudad. Empieza a recitar: *la casa mía, la casa tuya, la casa de mi madre, la casa de mi hermano, el bazar, el hospital...* Sigue: *lo hemos empezado cuando tenía cuatro años... ¿o cinco?* Le recuerdo que cuando su

padre vio la ciudad por primera vez, nos dijo que en esa ciudad no había personas y le pregunto si recuerda qué le contestó él. Me dice que sí, que le dijo que *es que... sino, se quedarán ahí y no podremos pasar.*

ÚLTIMO AÑO DE TERAPIA

Con el tiempo, los padres relatan que la situación en casa con Marcos es tranquila, lo ven relacionarse bien, de buen humor, con mayor tolerancia, lo que implica menores enfados. De hecho, distanciamos las reuniones y el tema de preocupación deja de ser él y pasa a ser su hermano, con una adolescencia complicada. En la escuela, a Marcos le han retirado la ayuda especial porque ven que ya no la necesita. El tutor explica que si viniera alguien nuevo no notaría diferencia entre Marcos y sus compañeros. *Porque tiene un diagnóstico, que sino...* añade. Se relaciona bien con los compañeros, trabaja y está atento en clase, ha diversificado más sus temas de interés (aunque sigue primando el fútbol) y tiene un discurso más maduro. Reflexiono con los padres que estamos en la parte final de la terapia y, sin poner fecha todavía, que debemos ir considerando cuándo es el mejor momento de acabar. Los padres reaccionan con tranquilidad, sin muestras de sorpresa, aunque el padre se pregunta cómo se lo tomará Marcos *porque siempre ha venido muy contento, sin que le diera pereza.* Quedamos en seguir madurando la idea sin hablarlo todavía con Marcos, pero tengo la impresión de que, a partir de entonces, se instalará en

todos nosotros de manera más o menos consciente, también en Marcos, la idea de finalización.

Por aquella época, Marcos tenía un poco abandonada la ciudad y prefería jugar partidos de fútbol contra mí. Vivía las derrotas con contención y toleraba cada vez mejor la frustración que conllevaban, más concentrado en si jugaba bien o no. Le comento un día que hace tiempo que no jugamos con la ciudad, que *ya no es la ciudad de los sueños, sino la ciudad dormida.* Se echa a reír y me dice: *jeso tiene gracia!* Valoro su complicidad ante el juego de palabras. Otro día, me explica que la ciudad *está dormida porque está enferma.* Como ya ocupa casi todo el suelo, le pregunto si está enferma porque no se quiere acabar. Contesta, serio, que sí. Al poco, se lesiona jugando al fútbol y me dice que no podemos seguir con los partidos en las sesiones. Recupera la ciudad y añade tiendas. Sigue hablando de la panadería, pero nunca acaba de dibujarla. Entiendo que la tiene asociada al final de la ciudad. Me pide que le dibuje una tienda *como en 3D,* me comenta qué dibujos le gustan más y me corrige en un paso cebra que hago. En seguida, parece tener necesidad de atemperar su comentario para que no me enfade: *te corrijo, pero dibujas muy bien.* Un día, puede verbalizar: *cuando deje de venir aquí, ¿podré llevarme la ciudad a mi casa para recordarla?* Y vuelve a repetir que *la panadería será la última tienda.* Intenta recordar cuál fue la primera hoja de la ciudad (tanto él como yo tenemos dudas entre dos) y comenta de paso: *creo que fui yo quien tuvo la idea de la ciudad, ¿no?* Más adelante, justo después de unas vacaciones, reitera que se llevará la ciudad a casa cuando acabemos, pero alarga ese momento a *cuando tenga doce años.* En ese momento tiene nueve. Hablamos de lo que él ha cambiado desde que nos conocemos y, con una sonrisa, y la mirada fija en mí, me dice: *gracias a ti.* Recuerda que se enfadaba mucho de pequeño y daba golpes a la pared y me dice que ahora casi no se enfada.

A pocos días de que Marcos cumpla diez años, nos reunimos con los padres. Están contentos con la evolución y de cómo está Marcos, me hablan de que muestra empatía y de que los enfados han bajado mucho. *Ahora son como los de su hermano o los nuestros.* Los enfados de Marcos en el pasado habían generado situaciones muy virulentas y desgastantes para la familia. A la vez, despertaban en los padres muchas dudas respecto a cómo actuar. Durante mucho tiempo, fue un motivo de fuerte sufrimiento para Marcos y para padres y

seguir viniendo cuatro años más o quiero venir hasta los dieciocho años y podemos hablar de la pena que nos da tener que acabar, pero también -apunto- de que eso significa que él ya no me necesita. Me habla de las peleas entre su hermano y sus padres y de que su hermano ya no quiere jugar con él, se queja del trabajo del colegio, me cuenta que marcó un gol, *pero fue una porquería, fue de rebote*. Su tono general es más triston. Cuando marcamos una agenda final con los padres, Marcos me pide que le haga un calendario con los días que nos veremos *porque me hago un pequeño lío*. Una vez mira el calendario, comenta: *qué pocos días*. El penúltimo día, dice que quiere llevarse la ciudad, *pero echaré en falta tus dibujos*. Hace un gesto teatralizado de lloro y me abraza, por primera vez.

Entre ese penúltimo día y el último, los padres me escriben un mensaje donde me explican que estaban jugando en casa a un juego en el que tenían que adivinar la frase que Marcos había escrito. Él les dio una pista, que la frase tenía que ver conmigo. La frase que consiguieron adivinar era: *no lo quiero dejar*. Los padres le comentaron que les había gustado la idea de que el tema de la frase tratara de un sentimiento suyo y le preguntaron si me lo había comentado. Marcos contestó que quiso disfrutar del momento conmigo y por eso no me lo había dicho. Al entrar en la última sesión, me dice que *hoy me voy a tener que llevar la ciudad... Te voy a echar de menos*. Mira entre los libros y escoge uno que habíamos mirado tiempo atrás, titulado *Mi primer libro de terapia*, donde se explican situaciones relacionadas con la terapia: motivos, lugar, periodicidad, confidencialidad, jugar y hablar de emociones y, también, el final de la terapia. Señala un dibujo y me dice: *yo venía por esto (se ve un niño furioso), me enfadaba casi cada rato*. Le doy la ciudad doblada en un gran sobre y una foto plastificada de la ciudad. Está emocionado. Quiere llevarse dos hojas en blanco *para que sean iguales si tengo que añadir algo a la ciudad*.

DIECIOCHO MESES DESPUÉS

A los tres meses, tuvimos una visita de seguimiento. Acababan de diagnosticar una enfermedad grave a la abuela paterna y los padres querían saber cómo tratar el tema con Marcos. Estaban lógicamente preocupados y hablamos menos de cómo estaba él. Relatan que lo ven bien, pero tampoco entran en detalles. Tan solo explican una situación en que castigan a Marcos en el colegio y él reacciona

bien, asumiendo el castigo, compungido y explicándole a la madre: *te tengo que decir una cosa que te hará enfadar mucho*. Cuando veo a Marcos, todavía no le han hablado sobre la enfermedad de la abuela. Está contento de verme, me recuerda la ciudad de los sueños (dice que no ha añadido ninguna hoja), me explica la posibilidad de que se muden de casa, pero tiene sobre todo ganas de jugar un partido de fútbol.

Al año y medio de finalizar la terapia, los padres vuelven a ponerse en contacto conmigo. Me cuentan que Marcos ha estado muy bien, pero que llevan unos días más difíciles en relación con una serie de cambios y a su enganche con el móvil y las pantallas. También están preocupados porque piensan que los chicos de su edad o mayores que él pueden aprovecharse de su ingenuidad y que él a veces les oculta cosas. Marcos ha cumplido los doce años y acabado los estudios de primaria y empezado los de secundaria en el mismo instituto en el que estudia su hermano, diferente a la escuela ordinaria a la que había asistido desde los tres años. Cuando veo a Marcos le cuento que sus padres me han hablado de muchos cambios en este año y medio desde que acabamos la terapia. Durante 45 minutos me explica, sentados frente a frente en la mesa, todos los cambios y cómo los vive. Su discurso es fluido, complejo, coherente, relacional, elaborado y... largo, cuando siempre había sido de frases cortas. Me explica que ha cambiado de instituto, de casa, a otro pueblo, como consecuencia de ello también de equipo de fútbol. Habla de su abuela, de que *está luchando* con su enfermedad, que lloró cuando se enteró, que es lo que más le preocupa en ese momento. En su relato, valoro en especial su capacidad de tolerar la ambivalencia, de estar interesado por lo nuevo (instituto, compañeros, casa, equipo de fútbol) sin dejar de recordar lo antiguo y la pena de lo que ha perdido. En todo lo que explica, aparecen aspectos positivos y aspectos negativos, que se complementan y relativizan. Me explica que quería traer la ciudad de los sueños a la visita conmigo, pero que con la mudanza está en una caja y no sabe cuál es. También, que no ha añadido nada *porque tendríamos que hacerlo juntos*. Me habla de sus amigos. Me enseña fotos de su casa nueva en el móvil y me cuenta sus ganas de hacer cosas solo, de coger solo el autobús, de poner el tique en la máquina... Me habla de sus ganas de hacerse mayor.

COMENTARIOS FINALES

A pesar de la extensión de este texto, su pretensión no ha sido la de ser exhaustivo. De hecho, han quedado sin explicar muchas situaciones que considero interesantes, una mayor minuciosidad y detenimiento en la evolución o aspectos particulares como la aparición de sueños junto a su sorpresa y su confusión de entrada en si aparecían en la vigilia o mientras dormía (ello ocurrió unos meses antes de ponerle nombre a la ciudad). O mayor detalle de sus desmesurados enfados en casa, del control o no de los esfínteres como elemento complejo de su malestar y sus temores, de su relación con los compañeros, de su creciente capacidad académica, de su relación más simbiótica con su madre, de la utilización del fútbol como elemento relacional y social, entre otros.

Mi interés se ha centrado en esbozar y compartir un trabajo basado en la comprensión del funcionamiento mental de Marcos, en el convencimiento de que esa comprensión *sana*, en el respeto absoluto por su singularidad, en la importancia de la relación y vinculación terapeuta-paciente, en la verbalización de lo silenciado y lo no pensado, en el paso de la sensación a la emoción y de la emoción al afecto, en la ligazón entre el desarrollo de este mundo emocional y el cognitivo, en la alianza terapéutica con Marcos y sus padres y en la consideración de los agentes intervinientes como parte activa del proceso terapéutico, sobre todo padres y, también, escuela. Todo ello, junto al interés y a la pretensión categórica de entender a Marcos, de ofrecerle un espacio libre de intrusión y de urgencias, de escucharle, de pensar, de ordenar su discurso y retornárselo de manera delicada, acompañándole en todo momento en su proceso.

Asimismo, el objetivo ha sido destacar el valor del objeto mediador o intermediario (un cierto *mediador terapéutico*; aunque no estrictamente sensorial, como el propuesto por Anne Brun), indispensable para acceder de manera suave, ligera y más confiable a esos pacientes que sufren y evitan el contacto entre ellos y el mundo y que dificulta en gran manera su reconocimiento de la alteridad. En este caso, el mediador fue la ciudad, cuya construcción recorre, a mi entender, un camino paralelo a la construcción de un yo diferenciado en Marcos. La construcción de la ciudad como metáfora de la construcción de un continente que aloja un self en construcción

y cómo la relación terapéutica lo permite. Un mediador construido a dos, hasta el punto de que en muchos momentos el propio Marcos confunde y duda de quién ha sido su instigador. La ciudad fue excusa y a la vez incentivo para hablar, comunicar y compartir. Para triangular en conversaciones entre Marcos, los padres y yo mismo, para acercar la frialdad de lo externo al calor y refugio de lo interno. También para fantasear, para imaginar, para proyectar a partir de lo conocido. Para combatir la separación y la pérdida. En definitiva, para situarse en este mundo. Un recorrido desde la falta de ideas a la proyección, del aislamiento al compartir, del recelo a la confianza, de la rigidez a la aceptación de la ambivalencia.

Un recorrido, a la vez, y en otras palabras, desde la obsesión estática (el coche) al interés en movimiento (la carretera), pasando por el lugar propio y diferenciado (la casa) hasta llegar al lugar común y compartido (la ciudad). Una ciudad con lugares confiables, primero, familiares y habituales, que puede extenderse a lugares de relación y sociabilización. Que puede, incluso, abrir la puerta a lo nuevo y a los demás y contener un rótulo con la palabra *Bienvenidos*. El nombre que Marcos le da a la ciudad, *la Ciudad de los sueños*, evoca un sinfín de conexiones. En todo caso, aquello que no se tiene y a lo que uno desea acceder, también aquello irreal o a medio camino entre la vigilia y la inconsciencia. O elementos que no son fáciles de verbalizar y que muestran los padres en su emocionado silencio cuando Marcos les explica el nombre que ha puesto a la ciudad. Para una persona del siglo XX, como yo, que un lugar como la panadería, donde se guarda y se obtiene el alimento básico, quedara para el final y cerrara el círculo de la ciudad, tiene un significado altamente simbólico, en absoluto aleatorio. ¿Sentía Marcos, un niño del siglo XXI, lo mismo?

Decía Sheila R. Spensley, biógrafa de Frances Tustin, que *escuchar significa permitir la entrada de algo dentro, tanto a nivel auditivo como psicológico*. Fue un placer escuchar a Marcos un año y medio después de la finalización de la terapia cuando podía tejer un discurso elaborado, cuidado y no sincopado. Pero también lo fue cuando necesitaba las palabras de sus padres para comunicarse o cuando su mirada hablaba por él. Esa mirada cálida que no llamaba ni reclamaba la atención, pero que fue cómplice de su inquebrantable apuesta por la terapia. ¡Qué mejor signo de buen pronóstico! Ahora, Marcos me habla de sus ganas de hacerse mayor.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, A. (1992). *Una presencia que da vida*. Madrid: Biblioteca Nueva. (Edición 2002).

Bion, W. (1970). *Atención e interpretación*. Buenos Aires: Paidós. (Edición 1974).

Brun, A. (2019). Mediaciones terapéuticas y autismos: hacia el surgimiento de formas primarias de simbolización. *Revista eipea*, 6. (www.eipea.cat)

Coromines, J. (1991). *Psicopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espaxs.

Spensley, S. R. (1995). *Frances Tustin*. Londres: Routledge.

Viloca, Ll. (2004). Incidencia de la ansiedad catastrófica en el desarrollo emocional y cognitivo del niño autista. A J. M. Brun i R. Villanueva (Eds.), *Niños con autismo: Experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

Viloca, Ll. y Alcácer, B. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista: Una revisión histórica. *Temas de Psicoanálisis*, 7.



