

# eipea

*escoltant i pensant els autismes*

Revista número 18, primavera 2025



**1** **PORTADA**  
Bruno Catalano. *Bleu the Chine.*

**4** **EDITORIAL**  
Josep M<sup>a</sup> Brun

**6** **SALUDO**  
Iván Ruiz

### ARTÍCULOS

**8** Bernard Golse. *De la disensorialidad a la causalidad epigenética de los trastornos del espectro autista.*

**14** Alberto Lasa Zulueta. *Del autismo de ayer al de hoy... y al que vendrá. Primera parte. Georg Frankl: un pionero silenciado y discreto.*

**22** Susanna Olives. *La interacción como vehículo del desarrollo del bebé en el primer año de vida: fallas interactivas y riesgo para la construcción del self y la relación.*

**34** Daniel Camparo Avila. *“Ahora se acabó”: ritmo y sincronía en un grupo terapéutico de mediación musical para niños autistas.*

### EXPERIENCIAS

**42** Francisco Núñez Valdivia. *Evaluación psicológica forense del bullying en el espectro autista.*

**52** Núria Monreal y Meritxell Prat. *La escenoterapia con niños y niñas autistas.*

Revista digital de periodicidad semestral  
ISSN 2462-6414  
Web: [www.eipea.com](http://www.eipea.com)  
Obra de portada: Bruno Catalano, *Bleu de Chine.*

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

En el marco de una entrevista en la que se le preguntaba sobre gente mayor y longevidad, **Pablo Villoslada**, neurólogo, jefe del Servicio de Neurología del Hospital del Mar de Barcelona y director del Programa de neurociencias del Instituto de Investigación de este centro, abogaba por la socialización y opinaba que lo más difícil que hacía nuestro cerebro era *intentar entender a otra persona*, mucho más que hacer matemáticas, física o escribir un libro. Y añadía: *Pero si socializas siempre con tu familia y tus amigos, eso no es un reto. Lo difícil es socializar en ambientes donde hay estrés.*

De un plumazo, parece que el científico no sólo desmontaba la idea de que la mejor manera de envejecer en buena forma se limita a caminar y hacer sudokus, sino que a la vez reconocía y avalaba la complejidad de la comprensión de un ser humano *diferente*. Es decir, nos ayuda, pero no nos basta con conocer a muchas personas para entender a un ser humano nuevo. Suenan a una cierta crítica implícita a la idea mágica de algoritmo y, de paso, una buena noticia de cara a la longevidad de aquellos que dedicamos nuestro trabajo como profesionales a la comprensión y atención del dolor mental ajeno.

Es también un alegato contra la profecía autocumplida en nuestra profesión en un intento de que el paciente cumpla con el juicio previo que de él realizamos y no se equivoque a la hora de confirmar nuestras hipótesis. Y, a la vez y sobre todo, supone una reflexión sobre la importancia del esfuerzo y dedicación que conlleva entender, alejado de interpretaciones rápidas, fáciles y superficiales. Exige una implicación activa, pero también *paciente*, en el deseo de comprender aquello que me resulta difícil y frustrante. *Paciente*. Curiosa palabra polisémica que etimológicamente significa, a la vez, 'padecer, sufrir' y 'tolerar, aguantar'. Y esa paciencia necesaria requiere tiempo.

En un interesante ensayo *-Los lentos-* el historiador francés **Laurent Vidal** reflexiona sobre la denostada lentitud asociada, por un lado, a la indolencia, a la pereza (uno de los pecados capitales) y, por el otro, a la falta de productividad (pecado contra el capital). "Perder el tiempo" es contrario a Dios y al progreso de la sociedad. En palabras suyas: *por un lado, descalificamos la actitud que hace perder el tiempo y por otro valoramos la rapidez en el ámbito económico.* Y añade: *No ser rápido significa no pertenecer a una sociedad moderna.* En este sentido, parece darse una cierta coincidencia entre ese rumbo de la sociedad y algunas personas del espectro autista que no toleran actividades sin sentido práctico y que produzcan pérdida de tiempo.

Parecería, entonces, que para ser eficientes y no perder el valioso tiempo, deberíamos tomar atajos. Y sabemos que en salud mental uno de los atajos es la medicalización. Los avances científicos en salud y la necesaria y ansiada medicalización (que en su momento, con la introducción de los primeros neurolépticos, aliviaron síntomas mayores y liberaron de otras crueles prácticas, abriendo una esperanza al progreso de los tratamientos), no se corresponden con una mejora en salud mental de la población.

**Sara Berbel**, psicóloga social y escritora catalana, autora de un interesante artículo sobre la cuestión (*Pastillas, pastillas, pastillas*), en el que analiza la medicalización del sufrimiento humano, su vínculo con el individualismo y el impacto en la salud mental escribe que *en los países desarrollados, el masivo incremento en el consumo de medicamentos para tratar trastornos mentales no ha logrado mejorar el bienestar psicológico colectivo. Más bien asistimos a un deterioro alarmante de la salud mental, un declive al que, paradójicamente, parece contribuir la propia medicalización.* Acompaña con datos del Informe

Anual del Sistema Nacional de Salud la evidencia de los niveles inquietantes alcanzados en los últimos años de prescripción de psicofármacos y aboga por una mirada bio-psico-social en la Salud Mental, opinión a la que nos adherimos.

**Sara Berbel** afirma que *el progresivo individualismo no ha sido ajeno a esta deriva biomédica, al promover una nueva concepción de salud mental que promueve un tipo ideal de persona resiliente, optimista, "empoderada", individualista y económicamente productiva*. Y, al final, uno no puede dejarse de hacer la misma pregunta que el Principito del escritor francés **Antoine de Saint-Exupéry** cuando el mercader clama entusiasmado que *es una gran economía de tiempo. Los expertos han hecho cálculos. Se ahorran cincuenta y tres minutos por semana. Y el Principito le cuestiona: Y, ¿qué se hace con esos cincuenta y tres minutos ahorrados?*

Queremos agradecer el cuidado y el tiempo dedicado por las personas que nos han ayudado a confeccionar este número 18 de la Revista *eipea*: desde la portada sobre la obra de **Bruno Catalano** a las notables y sugerentes aportaciones de **Iván Ruiz**, **Bernard Golse**, **Alberto Lasa**, **Susanna Olives**, **Daniel Camparo**, **Francisco Núñez**, **Núria Monreal** y **Meritxell Prat**.

**Josep M<sup>a</sup> Brun**



# Saludo<sup>1</sup>



– Iván Ruiz –

**Psicoanalista, miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis. Presidente de la Asociación TEAdir de padres, madres y familiares de personas con Trastorno del Espectro Autista. Barcelona (España)**

¿De qué hablamos cuando hablamos de autismo? En los intercambios entre Sigmund Freud y Eugen Bleuler, el autismo es planteado por el descubridor del inconsciente como una respuesta en forma negativa: el autismo no es el autoerotismo. Más de medio siglo después, Leo Kanner y Hans Asperger -sobre quienes no hay ninguna evidencia de que llegaran a saber el uno del otro, pese a sus investigaciones coincidentes en algunos puntos- establecieron el autismo en un movimiento restrictivo. Ello permitía aislar un mismo fenómeno, al que podríamos llamar "relación rígida del sujeto con el significante". Esta formulación es propia de lo que, en los años 70 del siglo pasado, Jacques Lacan reservó para el llamado autista: el sujeto se encuentra inmerso en el lenguaje, donde las palabracosa son el ejemplo más extremo. Pero la imposibilidad de encadenamiento de los significantes sólo llevan a situar al autista fuera de todo discurso.

El psicoanálisis se aleja así de un fenómeno parecido a "todos autistas", a la vez que sostiene un "cada uno con su autismo". En consecuencia, éste no podrá ser definido, sino aislado en la experiencia de cada ser hablante. Sin embargo, ¿quién se encuentra en condiciones de sostener la pregunta sobre los autismos en una época, como la nuestra, en la que el diagnóstico de autismo ha vencido a los retos de la clínica para convertirse en un diagnóstico administrativo?

La Revista *eipea* es hoy uno de los preciosos ejemplos de un trabajo de manufactura, riguroso y plural, que retorna para el autismo, en cada uno de sus números, una de las cualidades del descubrimiento freudiano: la subjetividad, que se resisten a toda estandarización de sus expresiones. ¿Estarían así de acuerdo los creadores de *eipea* con la tesis de que es precisamente el autismo, el de cada ser hablante, lo que le reenvía a su singularidad?

En cualquier caso, el equipo de *eipea*, así como aquellas personas que contribuyen en cada número con sus trabajos, han hecho de la revista un objeto disolvente de la presión clasificatoria. La pluralidad de voces que el lector encontrará no es ningún impedimento para abordar la complejidad de los autismos; al contrario, el lector saldrá de la cuidada edición de los trabajos publicados con una razón más para sostener que: si nos ocupamos de los autismos, nos estaremos acercando a lo más extrañamente familiar del ser hablante.

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.



# De la disensorialidad a la causalidad epigenética de los Trastornos del Espectro Autista<sup>1 2</sup>



– Bernard Golse –

**Psiquiatra infantil y psicoanalista (miembro de la Asociación Psicoanalítica de Francia). Profesor Emérito de Psiquiatría Infantil y del Adolescente de la Universidad Paris Cité. Fundador y director del *Institut Contemporain de l'Enfance*. Presidente de la AEPEA<sup>3</sup>. Presidente de la AFPPEA<sup>4</sup>. Paris (Francia)**

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, los trastornos del neurodesarrollo encabezan el panorama de la psiquiatría infantil y con frecuencia dan lugar a un pensamiento único que sustenta, desgraciadamente, una especie de ciencia de Estado en la materia.

Por mi parte, considero que siempre es importante rehuir el pensamiento único, por lo que en 2021 fundé el *Institut Contemporain de l'Enfance*, concebido como un espacio para pensar el cuidado mental (en el sentido del verbo inglés *to cure*) de los bebés, niños y adolescentes que tienen sufrimiento psíquico, pero también para pensar la atención (en el sentido del verbo inglés *to care*) de los bebés, niños y adolescentes en general en referencia al psicoanálisis, la psicopatología y también la pedagogía abiertas al mundo del arte y de la cultura, para fomentar la dialéctica entre la creatividad terapéutica y la creatividad artística.

En este artículo, trataré de hablar de la disensorialidad que -como eje de la psicopatología- últimamente parece ser la base de una serie de trastornos llamados del neurodesarrollo (TND), lo que me permitirá abordar la cuestión de una eventual causalidad epigenética de estos trastornos.

## DE LA INTERSUBJETIVIDAD A LA SUBJETIVIZACIÓN

La intersubjetividad se desarrolla en el registro interpersonal, mientras que la subjetivación que, por este motivo, interesa más a los psicoanalistas, se desarrolla en el registro intrapsíquico.

Evidentemente, pues, lo que aquí se plantea es toda la cuestión del paso de lo interpersonal a lo intrapsíquico.

Nos hemos habituado a pensar, o a proclamar, que este paso sólo se puede abordar de forma asintótica y que siempre nos resultarán enigmáticos su naturaleza y sus mecanismos íntimos, distancia que sería por definición insuperable y facilitaría en especial todas las polémicas entre los defensores del apego (especialistas de lo interpersonal) y los psicoanalistas (especialistas de lo intrapsíquico).

Personalmente -y siguiendo al propio Freud, a quien le gustaba tanto afirmar que «no sabemos renunciar a nada» (1908)-, no me gusta renunciar y creo que ya disponemos de un buen número de datos clínicos, experimentales y teóricos que nos permiten pensar en el paso de lo interpersonal a lo intrapsíquico, es decir, en lo que aquí nos concierne, en el paso de la intersubjetividad a la subjetivación (Golse, 2006).

El paso de la intersubjetividad a la subjetivación representa, efectivamente, un doble movimiento de interiorización y especularización.

Mediante la interiorización, podemos empezar a pensar las cosas en términos de inscripción intrapsíquica de los «modelos de trabajo internos» (*working internal models*) de la teoría del apego (Bretherton, 1990) o de las «representaciones de interacciones generalizadas» descritas por Stern (1989), teniendo en cuenta los trabajos de Roussillon (1997) sobre el primer otro, que debe ser y sólo puede ser un objeto especular lo suficiente-mente «similar», pero algo «no semejante» (Haag, 1985), para que la alteridad se pueda inscribir sin alienación, pero también sin apego o violencia traumáticos.

La subjetivación aparece por tanto como una interiorización de las representaciones intersubjetivas con una inyección gradual dentro del sistema de la dinámica parental inconsciente, de toda la historia infantil de los progenitores, de su conflictualidad edípica, de su historia psicosexual, de su problemática intergeneracional y transgeneracional y de todos los efectos asociados posteriormente, por supuesto.

Comparada con la intersubjetividad, la subje-

<sup>1</sup> Texto escrito para la revista online *eipea* a petición de Josep Maria Brun Gasca a partir del vídeo elaborado con motivo de las Jornadas sobre Trastornos del Neurodesarrollo organizadas por la *Association lacanienne internationale*, ALI, 23 de septiembre de 2023. Nota del autor.

<sup>2</sup> Artículo traducido por el Equipo *eipea*.

<sup>3</sup> Asociación Europea de Psicopatología Infantil y del Adolescente.

<sup>4</sup> Asociación para la Formación en Psicoterapia Psicoanalítica Infantil y Adolescente.

tivación implica, además, una dinámica de especularización en el sentido de que el objeto interiorizado también es un «objeto otro-sujeto» según la terminología de Roussillon (Golse y Roussillon, 2010), y a partir de entonces parece que la subjetivación ya no se desarrolla sin duda en un todo o nada, en la medida en que determinados sujetos, como los que presen-

tan síndrome de Asperger, parecen acceder a la subjetivación lingüística (pueden hablar de sí mismos en primera persona, el «yo») sin, no obstante, llegar a una subjetivación más global, en el sentido fenomenológico del término.

Ahora bien, junto con la interiorización y la especularización, es evidente que es necesari-

rio dar cabida también a la cuestión de la anticipación o de la suposición del sujeto por parte del otro.

Ningún niño puede convertirse en un sujeto si los adultos que lo cuidan (progenitores y/o profesionales) no lo anticipan o lo suponen antes como sujeto. Éste es el efecto de la situación antropológica fundamental Laplanche (2002), es decir, de la incompletud fundamental y fundacional del ser humano recién nacido. Es necesario apelar, pues, al concepto de anticipación o de suposición del sujeto por parte del otro.

Estrictamente, no es lo mismo hablar de anticipación del sujeto que de suposición del sujeto. Suponer al sujeto significa hacer la hipótesis de un pre-sujeto ya existente que se trataría de hacer avanzar para convertirlo en realidad. Anticipar al sujeto es apostar por el hecho de que otorgar al bebé una condición de sujeto que todavía no tiene le permitirá convertirse en él, incluso a falta de cualquier esbozo o preforma de sujeto.

En cualquier caso, esta anticipación o esta suposición del sujeto son conflictivas sin duda en el seno de determinadas organizaciones autistas y, a la inversa, quizás podrían prevenirlas en cierta medida.

### INTERSUBJETIVIDAD Y SINCRONIZACIÓN POLISENSORIAL

La configuración de la intersubjetividad, pues, se desarrolla principalmente en el registro de la realidad externa o interpersonal, mientras que la subjetivación se instaura en el marco de la realidad interna o intrapsíquica.

#### Los tres axiomas del programa PILE

El Programa Internacional para el Lenguaje del Niño (*Programme international pour le Langage de l'Enfant*, PILE), iniciado ya hace tiempo en el hospital Necker-Enfants Malades, se basa en los tres axiomas siguientes:

- No se accede a la comunicación general o lingüística si no se accede antes a la intersubjetividad (no se puede hablar del otro o pensarlo hasta que no se ha descubierto al otro como “otro a uno mismo”).
- No se accede a la intersubjetividad si no se reúnen los diferentes flujos sensoriales provenientes del objeto (articulación o comodalización).



Ningún niño puede convertirse en un sujeto si los adultos que lo cuidan (progenitores y/o profesionales) no lo anticipan o lo suponen antes como sujeto.

- No existe recogida de los diferentes flujos sensoriales provenientes del objeto si estos flujos no siguen unos ritmos suficientemente compatibles, sincronización en la que el lóbulo temporal superior desempeña un papel destacado.

## La comodalización de los flujos sensoriales desde el punto de vista cognitivo y según el punto de vista afectivo

Actualmente decimos que la condición de la intersubjetividad, es decir, de la posibilidad de vivir el objeto como externo a uno mismo, depende esencialmente de la posibilidad de reunir -ya sea «articular» para los psicoanalistas, según la terminología de Meltzer y col. (1980), ya sea "comodalizar" para los cognitivistas, según la terminología de Strere sobre todo (1991, 2000) -los diferentes flujos sensoriales provenientes del objeto (Golse, 2006, 2010, 2016); lo retomaré más adelante.

La polisensorialidad es lo que permite vivir el objeto como externo y la cuestión de la sincronía polisensorial se encuentra por tanto, actualmente, en el centro de todas las reflexiones sobre las interacciones precoces (Ciccone y Mellier, 2007).

## La vivencia de exterioridad del objeto: convergencia entre psicoanálisis y cognición

Algunos trabajos de tipo cognitivo (Streri, 1991 y 2000) nos enseñan actualmente que la articulación de los diferentes flujos sensoriales provenientes del objeto es necesaria para que el sujeto pueda tomar conciencia de que el objeto en cuestión le es externo.

Dicho de otro modo, no se puede percibir ningún objeto como externo a uno mismo si no lo captan de forma simultánea al menos dos modalidades sensoriales, lo que hace hincapié en la importancia de la comodalización como agente central del acceso a la intersubjetividad.

Tengo la impresión de que, a su manera, los cognitivistas coinciden aquí con una postura psicodinámica clásica según la cual el descubrimiento del objeto es básicamente coextensivo con el descubrimiento del sujeto, y viceversa, aunque los trabajos cognitivistas se refieren más a menudo a una intersubjetividad primaria que resulta eficiente enseguida en el bebé.

De hecho, identificar el objeto como externo a uno mismo implica, en el mismo movimiento, reconocerse como agente de las percepciones en juego, y no sólo como agente de las acciones producidas (proceso de agentividad).

Vivir el objeto como externo a uno mismo, es decir, vivirlo en exterioridad, define por tanto, de alguna manera, el acceso a la intersubjetividad y comporta la elaboración del duelo del objeto primario que es la base del proceso de diferenciación extrapsíquica.

Desde el punto de vista psicodinámico, esta posibilidad de vivir el objeto en exterioridad se explica, tal y como he dicho antes, por los conceptos de articulación y de desarticulación (Meltzer y col., 1980), mientras que, desde un punto de vista cognitivista, el proceso de comodalización de los flujos sensoriales provenientes del objeto es el que encabeza las reflexiones.

Así pues, en lo que se refiere a la articulación de los flujos sensoriales, cabe señalar una cierta convergencia entre ambos enfoques, el psicodinámico y el cognitivo.

Esta convergencia entre los dos tipos de enfoque (el psicodinámico y el cognitivo) es lo suficientemente inusual para que valga la pena subrayarla y considerar que, probablemente, atestigua el hecho de que estos conceptos de articulación o de comodalización representan dos enfoques complementarios de un mismo y único fenómeno del desarrollo, entendido desde diferentes vertientes (afectivo y cognitivo).

Dicho esto, se puede plantear la hipótesis de un equilibrio necesario entre, por un lado, la pareja dialéctica articulación-desarticulación (mecanismo intersensorial) y el fenómeno de segmentación de las sensaciones (mecanismo intrasensorial), una segmentación de los flujos sensoriales necesaria para a su sincronización.

Esta sincronización puede producirse en el nivel central (especialmente el de la sustancia reticular del tronco cerebral), en el nivel periférico (por la intervención de lo designado con el término «esfínteres sensoriales» como el parpadeo en el caso del flujo visual) o, por último, en el nivel interactivo (Friemel y Tranh-Huong, 2004).

Esta tarea de comodalización perceptiva sólo puede tener lugar, efectivamente, si se

confirma que los distintos flujos sensoriales se presentan en ritmos compatibles. Y si esta tarea de comodalización se produce, tal y como se piensa hoy, en el nivel del surco temporal superior (Boddaert y col., 2004; Saitovitch y col., 2019), entonces se abre una vía de trabajo apasionante, en la medida en que esta zona cerebral también está implicada en el reconocimiento facial del otro (y de las emociones que expresa), el análisis de los movimientos del otro y la percepción de la calidad humana de la voz.

La voz de la madre, la cara de la madre, el *holding* de la madre aparecen inmediatamente como factores fundamentales de facilitación o, por el contrario, de obstáculo para la comodalidad perceptiva del bebé y, por tanto, para su acceso a la intersubjetividad.

Esto nos muestra que los procesos de subjetivación se desarrollan sobre todo en el nivel de las interacciones precoces, como una coproducción de la madre y del bebé, coproducción que debe tener en cuenta al mismo tiempo el equipo cerebral del niño, sus capacidades sensoriales y la vida fantasmática inconsciente del adulto que hace competentes, o no, a estos diversos facilitadores de la comodalidad perceptiva (Golse y Robel, 2009).

## ALGUNAS CUESTIONES DE CARA AL FUTURO

### I) Sincronización polisensorial, construcción y deconstrucción del objeto

Una vez descubierto el objeto en la realidad externa e instaurado dentro de la realidad interna (es decir, representado mentalmente), esta adquisición evolutiva no tiene sin duda el valor de una conquista estable e irreversible.

Hay entonces espacio para un proceso permanente de construcción y deconstrucción del objeto.

De hecho, el ser vivo (psíquico) oscilará constantemente entre, por un lado, la tendencia al descubrimiento y la inversión desde el exterior y, por el otro, a un retraimiento autista, es decir, una dialéctica entre el registro del ser (sin objeto o previo al objeto) y el de la existencia que pasa fundamentalmente por el encuentro interac-

tivo del sujeto futuro con la mirada y el pensamiento del otro (Golse, 2020).

De ahí la hipótesis plausible de un potencial autista del 100%, mientras que la frecuencia de 1/50 que se suele atribuir actualmente a los trastornos del espectro autista parece ¡un chiste trágico!

La única ventaja de la perspectiva dimensional del DSM-5 sería entonces la de plantear la cuestión del continuum entre lo normal y lo patológico y, en el caso presente, del umbral (o *cut-off*) entre la desincronización (rápida y transitoria) de los flujos sensoriales que no impide el crecimiento y la maduración psíquicos y la que, por el contrario, les obstaculiza al ser demasiado frecuente y demasiado duradera.

## II) La disensorialidad como eje de la psicopatología

Al hablar de disensorialidad no hablamos automáticamente de trastornos autistas.

1. Es cierto que, actualmente, la disensorialidad se considera cada vez más uno de los mecanismos centrales de la organización de los funcionamientos autistas.

Entre las diferentes sensorialidades se distinguen la sensorialidad proximal, que sólo puede desarrollarse cuando hay contacto con el objeto (tacto, olfato y gusto) y la sensorialidad distal, que tiene la función de cubrir la distancia con el objeto (vista y oído).

Los niños autistas que tienen precisamente dificultades para integrar la diferenciación y la separación con el objeto muestran sobre todo trastornos de la sensorialidad distal (Motttron, 2004) y táctil.

Esta disensorialidad, tal y como hemos visto, otorga al lóbulo temporal superior un papel probablemente importante en la psicopatogénesis autista, entendiendo que es más probable que esta disfunción cerebral sea una consecuencia del funcionamiento autista que su causa, en el sentido médico del término.

2. Dicho esto, existen variaciones de la normalidad susceptibles de desarrollarse por una sincronización insuficiente de los flujos sensoriales o bien por una hipersincronización eventualmente dolorosa y que podría estar implicada en lo que se ha convenido en designar en general como funcionamiento del tipo "potencial de alta sensibilidad" (HPS).

3. También existe el caso de los niños llamados «singulares».

Algunos niños a los que con Guinot llamamos «niños singulares» (Guinot y Golse, 2018) presentan una disensorialidad que les dificulta las relaciones con los demás sin que por eso se les pueda considerar niños autistas.

Si la disensorialidad se entiende como un eslabón central de la fisiopatología autista, entonces, ¿qué hipótesis se pueden hacer para explicar qué ha podido proteger a estos niños de un futuro autista?

Estos niños singulares pueden haber tenido



La epigénesis podría no corresponder sólo al impacto del entorno exterior en la expresión del genoma, sino también quizás al impacto de la vivencia sensorial en esta expresión, lo que abriría la puerta a la hipótesis de una causalidad epigenética interna.

trastornos que hayan afectado sobre todo a su sensorialidad proximal (especialmente el tacto), de ahí un efecto menos autiztante.

Algunas disensorialidades, efectivamente, quizás dificultan menos que otras la sincronización polisensorial y, por tanto, el acceso a la intersubjetividad y la subjetivación, lo que nos permite vislumbrar que todavía queda mucho trabajo por hacer si queremos establecer algún tipo de tipología de las distintas disensorialidades posibles.

A todo esto, lo retomaremos más adelante, hay que añadir que la epigénesis podría no corresponder sólo al impacto del entorno exterior en la expresión del genoma, sino también quizás al impacto de la vivencia sensorial en esta expresión, lo que abriría la puerta a la hipótesis de una causalidad epigenética interna.

Finalmente, también puede intervenir una mayor o menor capacidad parental de anticipar o suponer al niño como sujeto y ésta pasa, sin duda, en parte, por la capacidad parental preservada de erotizar la autosensorialidad del niño transformándola en autoerotismo, un autoerotismo que se sitúa en el registro del Tener e incluye siempre una representación del objeto (a través de la alucinación primitiva) mientras que la autosensorialidad se sitúa en el registro del Ser y funciona sin objeto, con el único objetivo de asegurar el sentimiento de existir (Tustin, 1977, 1982, 1986 y 1992). Así pues, es la sexualización de las corrientes autosensoriales y autoeróticas del niño por parte de los adultos lo que puede estar implicado en el futuro de este niño.

4. Finalmente está la cuestión de la creatividad artística como destino posible de la disensorialidad.

Parece que determinadas aptitudes artísticas arraigan en un vínculo particular del creador con sus áreas psíquicas más arcaicas, tal y como mostró Anzieu en su libro magistral *Le corps de l'œuvre* (Anzieu, 1981).

El funcionamiento de estas áreas arcaicas de la psique remite más o menos a la cuestión de la sincronización polisensorial y, por mi parte (Golse, 2017), traté de mostrar que el genio musical de Glenn Gould podría tener su origen en una particular disensorialidad, fuente de las particularidades sensoriales que

a menudo se le han atribuido (hipersensibilidad táctil y musical, hiposensibilidad gustativa...).

Tanto si se puede hablar de islotes autistas en el caso de Glenn Gould como si no, en todo caso podemos pensar que su disensorialidad no era ajena a su creatividad tan impresionante y en este sentido existe, en mi opinión, una potencialidad interesante en cuanto a la evolución de las disensorialidades.

### III) La causalidad epigenética

La dinámica del acceso a la intersubjetividad no remite ni a una causalidad estrictamente endógena (genética, en particular) ni a una causalidad estrictamente exógena (psicógena, especialmente), sino que creo que se puede conceptualizar como el resultado de una causalidad epigenética mixta.

¿Qué entendemos por el término de causalidad epigenética mixta?

Habitualmente, cuando hablamos de causalidad epigenética suele pensarse en la influencia del entorno exterior en la expresión del genoma.

Pero quizás sería importante tener en cuenta también la influencia de las vivencias, de las percepciones y de las propias experiencias corporales en la expresión de los determinantes genéticos de esta ontogénesis (tal y como parece ser el caso, por ejemplo, en el marco de la ontogénesis de la identidad sexualizada).

De todas formas, en el terreno que nos interesa aquí, a saber, el del acceso a la intersubjetividad y la subjetivación, si es plausible imaginar que la naturaleza de las interacciones precoces del niño con los adultos que lo cuidan (progenitores y/o profesionales) puede tener un impacto en la expresión de la parte genética que sostiene la configuración de la intersubjetividad (podría hablarse en este caso de epigenética externa), tampoco puede descartarse la idea de que las vivencias corporales y sensoriales vinculadas con el proceso de acceso a la intersubjetividad puedan tener igualmente por sí mismas un impacto en la expresión de las áreas del genoma que rigen este proceso (podría hablarse en este caso de epigenética interna).

Este vínculo entre las dos facetas de la epige-

nética es el que me lleva a proponer el término de causalidad epigenética mixta.

Sea cual sea el futuro de esta hipótesis de una causalidad epigenética mixta, que ahora mismo no tiene más valor que el de una proposición conceptual, lo que quería expresar es que la psicopatología, actualmente, no puede seguir ignorando el cuerpo, este cuerpo que forma parte intrínseca de la interfaz de relación con el entorno exterior y con nuestras percepciones internas que son la base de nuestra sensorialidad, nuestra sensualidad y, en consecuencia, nuestra sexualidad.

### CONCLUSIONES

Merleau-Ponty (1966) ya dijo, en su época, que si el psicoanálisis dejaba demasiado a un lado el cuerpo acabaría pagándolo caro...

Es evidente que la cuestión de la disensorialidad y de sus vínculos con la intersubjetividad y la subjetivación nos obliga a situar el cuerpo al frente de nuestras reflexiones psicopatológicas y de nuestros modelos teórico-clínicos.

Debemos alegrarnos, sobre todo porque los diversos destinos de la disensorialidad abren un abanico de posibilidades y un cierto grado de libertad de desarrollo que contradicen básicamente la dimensión casi endógena y lineal que caracteriza actualmente el concepto de trastorno del neurodesarrollo.

### BIBLIOGRAFÍA

Anzieu, D. (1981). *Le corps de l'œuvre*. Paris: Gallimard, Collection «Connaissance de l'Inconscient».

Boddaert, N., Chabane, N., Gervais, H., Good, C. D., Bourgeois, M., Plumet, M.-H., Barthelemy, C., Mouren, M.-C., Artiges, E., Samson, Y., Brunelle, F., Frackowiak, R. S. J. y Zilbovicius, M. (2004). Superior temporal sulcus anatomical abnormalities in childhood autism: A voxel-based morphometry MRI study. *NeuroImage*, 23(1), pp. 364–369. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.016>

Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models, and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), pp. 237–252.

**Ciccone, A. y Mellier, D.** (Eds.). (2007). *Le bébé et le temps*. Paris: Dunod, Collection «Inconscient et Culture».

**Freud, S.** (1976). La création littéraire et le rêve éveillé (1908), pp. 69–81. En S. Freud, *Essais de psychanalyse appliquée*. Paris: Gallimard, Collection «Idées».

**Friemel, E. y Trinh-Huong, N.** (2004). Exploration et interaction mère/bébé: du visage à l'objet. *La Psychiatrie de l'enfant*, 47(2), pp. 589–609.

**Golse, B.** (2006). *L'Être-bébé (Les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie)*. Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Golse, B.** (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse – Convergences ou controverses? *Enfances & Psy*, 46, pp. 30–41.

**Golse, B.** (2016). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse. En *Figures de la psychanalyse (Logos – Anankè)*, 31 («La psychanalyse et les nouvelles directions de la psychiatrie»), pp. 121–134.

**Golse, B.** (2017). Quant à Glenn Gould... l'affect comme défense contre l'émotion? *Corps et Psychisme*, 1(3), pp. 153–166.

**Golse, B.** (2020). *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*. Toulouse: Érès, Collection «1001 BB».

**Golse, B. y Robel, L.** (2009). Pour une approche intégrative de l'autisme : le lobe temporal supérieur entre neurosciences et psychanalyse. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2, pp. 307–313.

**Golse, B. y Roussillon, R.** (2010). *La naissance de l'objet (une co-construction entre le futur sujet et ses objets à venir)*. Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Guinot, M. y Golse, B.** (2018). Les destins de la dyssensorialité. Enfant singulier, particularités plurielles. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 8(1), pp. 167–184.

**Haag, G.** (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 33(2-3), pp. 107–114.

**Laplanche, J.** (2002). A partir de la situation anthropologique fondamentale. En C. Botella (Ed.), *Penser les limites. Écrits en l'honneur d'André Green*, pp. 280–287. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, Collection «Champs psychanalytiques».

**Meltzer, D., et coll.** (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris: Payot.

**Merleau-Ponty, M.** (1966). *Sens et non-sens*. Paris: Éditions Nagel.

**Mottron, L.** (2004). *L'autisme : une autre intelligence (Diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle)*. Bruxelles: Mardaga, Collection «Pratiques Psychologiques».

**Roussillon, R.** (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*, 61(2), pp. 399–415.

**Saitovitch, A., Rechtman, E., Vinçon-Leite, A., Brunelle, F., Zilbovicius, M. y Boddaert, N.** (2019). Cerveau social et trouble du spectre de l'autisme : apports de l'imagerie cérébrale. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale (EMC) – Psychiatrie*, 16(4), pp. 37-200-D-40.

**Stern, D. N.** (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson – Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: P.U.F., Collection «Le fil rouge».

**Streri, A.** (1991). *Voir, atteindre, toucher*. Paris: P.U.F., Collection «Le psychologue».

**Streri, A.** (2000). *Toucher pour connaître*. Paris: P.U.F., Collection «Psychologie et sciences de la pensée».

**Tustin, F.** (1977/1982). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris: Le Seuil, Collection «Points».

**Tustin, F.** (1986). *Les états autistiques chez l'enfant*. Paris: Le Seuil.

**Tustin, F.** (1992). *Autisme et protection*. Paris: Le Seuil, Collection «La couleur des idées».

# Del autismo de ayer al de hoy... y al que vendrá.

## Primera parte. Georg Frankl: un pionero silenciado y discreto



– Alberto Lasa Zulueta –

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

Este artículo relata acontecimientos protagonizados por los pioneros que exploraron la clínica y construyeron el concepto de autismo infantil. Su intención principal, aunque interesada por ello, no es la de restablecer unos hechos históricos relacionados con la paternidad y autoría de los conceptos sobre el autismo. Ya hay, y siempre habrá, historiadores especialmente interesados en el tema que aportarán nuevos hallazgos que permitan completar o modificar lo que hasta ahora ignorábamos y hemos ido conociendo progresivamente. Lo que sí quiere es rescatar la importancia de ciertos autores y conceptos, desconocidos, caídos en el olvido o considerados caducos, pero de gran valor clínico y teórico, también ahora porque los conocimientos actuales los están revalorizando. Nos ayudan también a descubrir los orígenes de corrientes de pensamiento y de acción que reaparecen tiempo después como nuevos brotes que desconocen sus profundas y viejas raíces... que nacen de la naturaleza propia de los encuentros humanos.

La primera parte de este artículo se centra en el contexto histórico en que surgen los primeros conceptos bautizados con la denominación de autismo infantil precoz y en sus protagonistas.

La segunda, comentará las reflexiones clínicas de Frankl, centradas en su comprensión psicopatológica de las dificultades autísticas y su relación con el contexto terapéutico en que surgieron. A partir de ahí tratará de rastrear su conexión con las vías

prácticas y teóricas que han viajado hasta nuestros días... y con las que asoman en el horizonte.

### LA APARICIÓN DE UN TERCER PADRE PUTATIVO (entre Kanner y Asperger)

Georg Frankl (1897-1975), nace en Moravia (hoy Chequia) en una familia de origen judío que se traslada e instala en Viena cuando él es adolescente. Allí cursa estudios de Medicina (como hizo su madre) para orientarse hacia la pediatría. Alumno de von Pirquet, como Theodor Heller (1869-1935) y Erwin Lazar (1877-1932)<sup>(1)</sup>, trabajó bajo la dirección de este en la unidad de "pedagogía terapéutica" de la clínica pediátrica de la Universidad de Viena, en la que también colaboró su futura esposa, la psicóloga Anni Weiss (1897-1991). Estaba destinado a suceder a Lazar, pero al morir éste, en 1932, y con la invasión de Austria y su posterior anexión por los nazis (la *Anschluss*, en marzo de 1938), su carrera se trunca. El nuevo director nombrado, Homburger, psiquiatra y militante nazi, no tardaría en nombrar como nueva directora a una inmunóloga, Valerie Buck y, tras su rápida jubilación, a Asperger. Hasta 1937, fecha en que huye a Estados Unidos, Frankl forma parte de un equipo en el que era el psiquiatra principal del equipo y donde también trabajaba Hans Asperger quien, pese a ser casi diez años más joven y menos experto que él pues solo llevaba tres años en plantilla, asumirá la dirección de la clínica aprovechando y favorecido por su condición de no ser judío<sup>(2)</sup>.

Dejaremos de lado aquí la posterior trayectoria de Asperger y la triste historia, recientemente descubierta, de su connivencia ¿aprovechadamente sumisa o inevitable? con la prácticas eugenésicas nazis de exterminio de los niños "deficientes", así como su posterior actitud de ocultación y camuflaje de su verdadera trayectoria en sus relatos autobiográficos<sup>(3)</sup>.

Poco después de la marcha de Frankl, que dimitió en noviembre de 1937, Asperger dio una conferencia en la que habló de la "psicopatía autista" que él y sus colegas estaban observando en un puñado de pacientes jóvenes. Pronto la publicó como "Das Psychisch Abnormale Kind" ("El niño psíquicamente anormal"). En esencia, se trataba de un borrador de su trabajo posterior de 1944. Mientras tanto, dos de las personas que más le habían ayudado se habían marchado al exilio. También Anni Weiss (1897-1991), la psicóloga más experta del equipo se marchó en 1934, el año del ascenso de Asperger, a Estados Unidos. Frankl la siguió, cuando pudo dejar Austria tres años más tarde, para reunirse con ella en Nueva York y casarse una semana después de su llegada.

Ya hace tiempo que los historiadores del autismo empezaron a preguntarse sobre la probabilidad de que Kanner conociera, más de lo que reconoció, la obra de Asperger (Feinstein, 2010). Corresponde a Steve Silverman (2015), con sus trabajadas indagaciones sobre los pioneros de la historia del autismo, el mérito de haber descubierto la existencia

y la importancia de Frankl, tanto por su probable influencia en las ideas que desarrollará Kanner, como por su papel de haber transmitido los conocimientos de la experiencia institucional de la pedagogía terapéutica vienesa y de haber sido el testigo evidente -y sorprendentemente silencioso- de que Kanner conocía estas experiencias previas antes de publicar su texto de 1943. Comenta también que, en paradójico contraste con su afán posterior de considerarse descubridor en exclusiva del autismo, también fue Kanner quien intervino activamente para favorecer la inmigración y asentamiento profesional de Frankl en Estados Unidos.

De ahí deducía Silberman que, muy probablemente, Kanner mintió cuando negó haber conocido la obra de Asperger y cuando afirmó la absoluta novedad de su concepto de “autismo infantil precoz”. Kanner anhelaba que este término fuese considerado original y “solo suyo” porque anhelaba que fuera reconocido como un hito fundador en la historia de la psiquiatría infantil. Aspiraba a pasar a la historia como único protagonista de tal hazaña científica. En 1942, un año antes de la publicación de su artículo, escribía a Ernest Harms, editor de la nueva revista *The Nervous Child*, que había encargado a Kanner seleccionar el contenido de lo que iba a ser el primer número dedicado íntegramente a la psiquiatría infantil, diciendo: “Desde 1938 han llegado a nuestra atención una serie de niños cuyo trastorno difiere de un modo tan marcado y único de cuanto hasta ahora se haya informado que cada caso merece (y espero que con el tiempo reciba) una consideración detallada de sus fascinantes peculiaridades”.

Tampoco quiso reconocer los méritos y las descripciones clínicas anteriores de otros autores contemporáneos de su entorno profesional (Potter, Lauretta Bender y, sobre todo, Louise Despert). Eran semejantes a la suya, pero catalogadas bajo la denominación entonces vigente de “esquizofrenia infantil”. Es también Silberman quien afirma, contundentemente, que el talento fundador de Kanner se acompañaba de una intención de: “intentar suprimir con donaire la competencia potencial (de otros autores) haciendo ver que no existían”. Louise Despert le escribió una carta para expresarle su enfado por afirmar que el trastorno que describía fuera «único y hasta

entonces desconocido» y en ella cuestionaba su aparente desconocimiento de las publicaciones anteriores (Olmsted, 2010; Silberman, 2015). Conservando un estilo diplomático -que no oculta lo que le reprocha-, le escribe: “En mi opinión, la mayor aportación de este artículo es su descripción metódica, precisa e iluminadora de los casos clínicos [...]. Sin embargo, si me permite decirselo, **me opongo al acuñamiento de una nueva terminología para entidades de las que sí se ha informado en el pasado, pese a no describirse con tal meticulosidad**”<sup>(4)</sup>.

La figura de Frankl y la importancia e influencia de sus ideas originales sobre el autismo, sobre las de Kanner y también sobre las de Asperger, ha vuelto a salir a la luz en varios textos de reciente publicación (Haswell Todd, 2015; Donvan y Zucker, 2016; Robison, 2017; Dluzak, 2019; Lucchelli, 2021; Dobs 2022; Muratori y cols., 2019, 2020, 2024).

En uno de ellos (Cohen y Muratori, 2024), se matiza que Kanner sí reconoció, parcialmente, la colaboración de Frankl (y menos aún la de su esposa Anni Weiss). Filippo Muratori, muestra su opinión, más compasiva que la de Silberman<sup>(5)</sup>, más favorable a la honestidad de Kanner mencionando la colaboración clínica de Frankl. Señala que le citó en la descripción del “caso nº1” (Donald Trippet) de sus históricos once primeros casos de su texto fundacional de 1943 y concluye que: “Kanner fue honesto al reconocer la contribución de Frankl a la historia del autismo (...) no fue así en el caso de Asperger quien probablemente no tuvo la valentía de reconocer la capacidad de observación y la agudeza intelectual del hombre que ya era un miembro principal del grupo de profesores de la clínica Lazar cuando él llegó como joven profesional aún en formación (...) pero tanto Frankl como Anni Weiss eran judíos y en esa época elogiar sus cualidades intelectuales podría resultar peligroso



Imagen del año 1933. Valerie Bruck y Viktorine Zak a la izquierda, Georg Frankl de frente, Josef Feldner de espaldas, Anni Weiss y Hans Asperger a la derecha. Foto propiedad de Maria Asperger Felder en Dluzak S. *Les pionniers oubliés de l'autisme : la vie et l'œuvre d'Anni Weiss et de Georg Frankl. L'Information psychiatrique* 403. 2021 ; 97 (5) : 403-21 doi:10.1684/ipe.2021.2269.

porque significaba no obedecer las directrices del Reich”.

Releyendo el texto *princeps* de Kanner, bajo la lupa de estas valoraciones recientes después de conocerlas, llama la atención la particular riqueza de la descripción clínica, tanto del caso 1 (“Donald”) como del caso 11 (“Elaine”). En ambos Kanner cita el centro en el que fueron estudiados (*Child Study Home* en Maryland) y los nombres de los profesionales que colaboraron en su estudio diagnóstico (Frankl y Eugenia Cameron, también psiquiatra). Cosa que no hace para los otros nueve casos, varios de ellos también derivados a instituciones especializadas (en particular a la escuela *Devereux*), como hacía habitualmente Kanner después de diagnosticarlos.

La diferente valoración que ambos autores, Silberman y Muratori, hacen sobre cuánto y cuándo quiso Kanner resaltar y reconocer la especial colaboración de Frankl, la hacen basándose en varios documentos que Silberman sacó a la luz.

En una carta dirigida al neurólogo Bernard Sachs, en 1938, decía Kanner: “*Me ha interesado mucho un trabajo especial y, puedo decir, original que está realizando el Dr. Frankl (...) he repasado con él su formulación del tema y me ha sorprendido por su novedad y solidez (...) se trata de lo que llama el contacto afectivo de los niños (aún no se les denominaba autistas)... ya que abre un enfoque nuevo y prácticamente útil para la observación y comprensión de la vida mental del niño*”. Frankl acababa de llegar al Johns Hopkins Hospital de Baltimore junto a Kanner, que fue quien le propuso e invitó a hacerlo ayudándole, como a otros muchos judíos que huían del horror nazi, con sus contactos y con los trámites burocráticos necesarios. Llegó incluso a proponer y lograr modificaciones en las normas para el reconocimiento de las titulaciones en su estado de Maryland<sup>(6)</sup>.

En 1939, en carta dirigida al psiquiatra Adolf Meyer<sup>(7)</sup>, su mentor y director del hospital Johns Hopkins, así como patrón de la naciente psiquiatría estadounidense, le hablaba también de “*el sólido bagaje de Frankl en la pediatría y su estrecha relación durante once años con la Clínica Lazar de Viena*”.

Posteriormente, el 5 de enero de 1943, en otra carta dirigida al editor de la revista *The*

*Nervous Child*, escribe Kanner: “*Cuanto más leo el artículo de Frankl, más me impresiona y más me doy cuenta de que es una joya (...). Mi propio artículo sobre los trastornos autistas del contacto afectivo está ahora tomando forma (...) planeo que su artículo preceda al mío*”.

Poco después, esa revista publicaba el artículo que dio fama mundial a Kanner; pero, contrariamente a lo que decía desear y proponía al editor, apareció como primer artículo... relegando a las páginas posteriores el texto de Frankl, cuyas ideas tanto había

alabado. Uno no sabe si dar la razón a la opinión de Silberman -quería ensombrecer el protagonismo de cualquier otro- o a la más benévola de Muratori. En cualquier caso, parece perfilarse una actitud cada vez más ambivalente en Kanner para mencionar la participación de Frankl, o de cualquier otro, en la creación de su “autismo infantil precoz” que esperaba le aportara, como así ocurrió, la gloria universal y el reconocimiento histórico de su exclusiva paternidad en el descubrimiento de una nueva enfermedad que iba a fundar una nueva especialidad, la psiquiatría infantil.

*The*  
**NERVOUS CHILD**

Quarterly Journal of Psychopathology, Psychotherapy,  
Mental Hygiene, and Guidance of the Child  
ERNEST HARMS, Editor-in-Chief

---

Vol. II April, 1943 No. 3

---

**Special Issue: AFFECTIVE CONTACT DISTURBANCES  
IN CHILDREN**

**CONTENTS**

	Page
<b>EDITORIALS</b> .....	
Ira S. Wile	211
Frederick J. Farnell	213
<b>CO-EDITOR'S INTRODUCTION</b> .....	Leo Kanner 216
<b>PATHOLOGY</b>	
Autistic Disturbances of Affective Contact.....	Leo Kanner 217
Language and Affective Contact.....	George Frankl 251
Interrelationship of Play, Affect, and Learning Ability	Agnes B. Greig 263
<b>ADDITIONAL PAPER</b>	
The Sibling Relationships of a Group of Young Children	Ruth Gottemoller 268
<b>REVIEWS OF THE LITERATURE</b> .....	278
<b>COMMUNICATIONS</b> .....	288

Número del año 1943 de la revista *The Nervous Child* dedicado íntegramente a la psiquiatría infantil, publicado en Nueva York, con artículos de Leo Kanner y Georg Frankl.

Varios, de entre los autores citados, piensan que hasta que conoció las ideas de Frankl, con su llegada en 1938, Kanner no había entendido ni pensado que los casos que llevaba tiempo estudiando tuvieran puntos psicopatológicos comunes que pudieran configurar un diagnóstico común. Muratori, destacando la importancia de la aportación de Frankl, señala que Kanner ya había observado a Donald tres años antes de que Frankl llegara a Baltimore y piensa que ni supo comprender su patología ni lo consideró como un caso a incluir entre sus once elegidos hasta que conoció lo que Frankl pensaba: el trastorno nuclear estaba en las dificultades para el **contacto afectivo** y la incapacidad para entender el **lenguaje afectivo**.

Anteriormente, Kanner había confesado su desconcierto clínico en una carta dirigida a los padres de Donald disculpándose por no haber hallado aún un diagnóstico para su hijo: *“Nadie es más consciente que yo de que no les hemos proporcionado un término diagnóstico claro e inequívoco”* (Olmsted, 2010; Silberman, 2016)<sup>(8)</sup>. Todavía en 1973 afirmaría que eligió el término “autismo” porque no encontró otro mejor, elección que condujo durante muchos años a considerar que el autismo infantil era una forma precoz de esquizofrenia<sup>(9)</sup>. Pero, probablemente insatisfecho aún del éxito inicial de su artículo, en una revista nueva de poca divulgación escribió rápidamente otro en el que ya bautizó “su” síndrome con el nombre que prevaleció hasta nuestros días. El *“autismo infantil precoz de Kanner”* apareció con ese nombre en una revista médica ya consagrada y con mucha más audiencia (*Journal of Pediatrics*, 1944). Este texto, versión condensada de su artículo *princeps*, saltó a la fama al ser incluido en la antología del *Libro del año de Neurología, Psiquiatría y Endocrinología*. Por si fuera poco, lo que prueba la habilidad promocional de Kanner, también fue considerado como “el artículo más trascendente del año” en otra revista, *Quarterly Review of Biology*. El crítico que lo elogiaba era un psiquiatra, Wendel Muncie, padre de su paciente “Bárbara K.”. Se abría así una vía de largo recorrido posterior, la de las relaciones entre los profesionales del autismo con los familiares de sus pacientes y sus asociaciones, que tendrán una influencia creciente en todo lo referente al autismo, primero en Estados Unidos y luego en Europa.

Son también varios los autores, además de Muratori, que piensan que fue su conocimiento de las ideas de Frankl, lo que le llevó a incluir un término “nuevo” **-contacto afectivo-** en el título de su artículo, *“Autistic disturbances of affective contact”*, que esperaba fuese una innovación revolucionaria. Asimismo, se ha señalado como “evidente” la significación de que el artículo comience por la mención de una fecha: *“Desde 1938...”*, fecha que coincide con la llegada de Frankl y con los elogiosos comentarios de Kanner cuando conoció y se sorprendió con sus ideas y las nuevas perspectivas clínicas que pensaba se abrirían con ellas (Todd, 2015; Robison, 2017; Lucchelli, 2021).

Parece pues que, en 1943, Kanner aún consideraba reconocer la participación clínica y la originalidad de las ideas de Frankl en sus propias observaciones diagnósticas.

Lo que Kanner podía conocer entonces de las ideas de Frankl no lo sabemos. En cualquier caso Frankl ya había publicado, en 1934, un texto, dedicado al lenguaje y a sus contenidos afectivos, que tituló *“Befehlen und Gehorchen”* (Mando y obediencia). Como veremos, hay una clara continuidad temática con el texto que Kanner le animaba a publicar acompañando al suyo en *The Nervous Child* en 1943. Lo que es seguro, puesto que lo comentó explícitamente, es que conocía las ideas y la amplia experiencia clínica que Frankl y su equipo habían desarrollado en Viena. También conocía a Anni Weiss que, expulsada de Viena en 1934 y activamente deseosa de reunirse con Frankl en Estados Unidos, intercedió activamente para que Kanner tratara de contratarles (Robison, 2017).

La importancia que Frankl daba a lo que denominó el “lenguaje afectivo” como problema nuclear del autismo la mantuvo durante mucho tiempo. Es mérito de Muratori (2019 y 2024) haberlo podido demostrar, rescatando el proyecto-memoria de investigación de 1957 que Frankl presentó para ser habilitado como profesor universitario y que había quedado olvidado y abandonado en los archivos de la universidad de Kansas durante casi setenta años y encontrado ahora (con la ayuda de una colaboradora, la filósofa Valeria Bizzari)<sup>(10)</sup>. La reciente divulgación y publicación íntegra de este texto inacabado de 124 páginas meca-

nografiadas, titulado *Autism in childhood: an attempt of an analysis*, es el documento clave que nos permite recuperar hoy el interés de las ideas originales de Frankl y, como haremos en la segunda parte este artículo, reflexionar sobre ellas.

Adelanto ya que Frankl, más que catalogar las dificultades de lenguaje de los autistas como un síntoma deficitario, una pérdida de capacidad para desarrollar el lenguaje verbal, directamente ligada a su incapacidad cognitiva, lo entendía vinculado al gran sufrimiento relacional que la dificultad para comprender y hacerse entender entraña. Fue particularmente sensible a los esfuerzos interactivos y comunicativos por parte de los autistas entendiendo que, **los que llegaban a comunicarse**, trataban de hacer lo que podían para hacerse entender y lograr convivir con su entorno familiar, escolar y terapéutico. Veía pues una desesperada intención comunicativa en lo que otros juzgarían solamente como un lenguaje fallido y una incapacidad innata e irremediable que desanimaba a buscar significados simbólicos difíciles de entender y extraer bajo un lenguaje abstruso y complicado... salvo que la insistencia en la espera de una convivencia posible lleve a apasionarse con un lenguaje difícil de descifrar... que siempre intrigó y fascinó a quienes tuvieron la paciencia necesaria para escucharlo. Como veremos, Frankl era sensible a elementos afectivos, relacionales e interactivos; pero, formado en la psiquiatría centroeuropea, tampoco desconocía ni la comprensión de Bleuler, primer autor que habló de autismo como una dimensión fundamental de la psicosis esquizofrénica, ni su confluencia con factores de orden neurológico que lastraban las capacidades de muchos casos. Entendía que había un *continuum*, un amplio abanico de desarrollos, desde los autistas carentes o con escasos rudimentos de lenguaje hasta los mejor dotados con diversos niveles de lenguaje verbal distorsionado, pero comunicativo. Se adelantaba así al concepto que luego, desde 1981 (Lorna Wing), quedaría denominado hasta nuestros días como *espectro* del autismo.

### LAS RAZONES DE UN SILENCIO ENIGMÁTICO

Una pregunta evidente surge en torno a toda esta historia: ¿por qué Frankl no habló de lo que sabía?

Parece tener fácil explicación por qué ni Frankl ni Kanner quisieron conceder importancia al trabajo de Asperger y lo silenciaron. Al parecer, jamás le citaron. A pesar de que Kanner hablaba perfectamente el alemán y podía conocer fácilmente -hoy parece seguro que así fue- los textos que Asperger había escrito, nunca lo reconoció, «manteniendo un silencio de esfinge con respecto a su homólogo vienés [...] que solo rompió en una ocasión en toda su carrera». Solo una vez en su vida le citó Kanner “y de muy mala gana” (según Feinstein, 2010). Lo hizo en su comentario crítico a otro libro sobre autismo<sup>(11)</sup>, respondiendo, en tercera persona, sobre la eventual relación entre la obra de Asperger y la suya: “en aquella época (Asperger) no pudo saber de las publicaciones (de Kanner). En lugar de eso describió independientemente lo que llamaba “psicopatía autística”, la cual, si tiene alguna relación con el autismo infantil, en el mejor de los casos, **es una prima muy lejana**”.

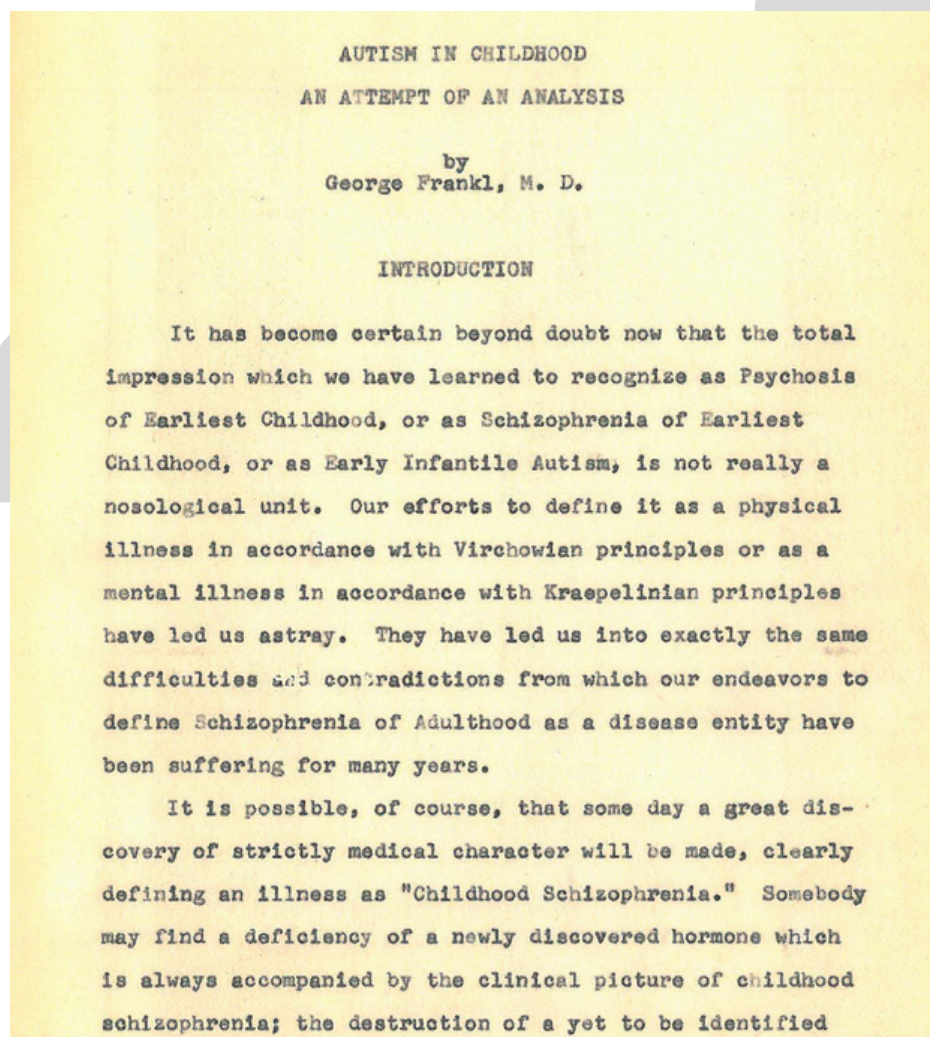
Sin duda, tanto Kanner como Frankl sintonizaban en algo fundamental. Judíos ambos, despreciaban el papel de colaborador aprovechado de Asperger en una Viena invadida por el nazismo. Parece también claro que Kanner, una vez acuñado “su nuevo diagnóstico”, luchó toda su vida por defender la originalidad absoluta de sus ideas sobre el autismo, acallando la intervención de otros autores.

En cuanto a por qué Frankl optó por callar discretamente sobre su aportación personal -al entender el autismo como una dificultad fundamental del contacto afectivo- sabemos lo que respondió a Kanner cuando, en 1943, éste le animaba a la publicación del texto (que ya había comenzado a elaborar en Viena y que, aún inacabado, se llevó consigo a Baltimore). Quería incluirlo, acompañando al suyo, en el número inaugural de *The Nervous Child*. Frankl le respondió que “*a decir verdad, he llegado a detestar este documento (...) la mayor parte fue escrito en Europa y es un trabajo que ya tiene cinco años y que considero viejo (...) mis primeros intentos desesperados con la lengua inglesa fueron para traducirlo, luego lo reescribí una y otra vez obstinado en pensar que su publicación era inminente. Me divertí con ello hace cinco años, pero ahora me ha condicionado negativamente (...) después de todo esta publicación no será más que el cierre oficial de un periodo particular y difi-*

*cil de mi vida*”<sup>(12)</sup>. Haswell Todd, experto en el tema, cree que esa carta muestra que Frankl ya había decidido abandonar ese trabajo cuando Kanner le invitó a enviar su artículo a *The Nervous Child*.

Muratori opina que no tenemos ninguna manera de conocer la razón por la que Frankl quería cerrar -¿olvidar?- este periodo difícil y lamenta este alejamiento que podría haber conllevado el olvido definitivo de sus ideas. Pero destaca también que gracias al hallazgo de su proyecto inacabado de tesis doctoral (que permanecía olvidado desde 1957 y que comentaremos más adelante) sabemos que muchos años después, cuando ya no trabajaba en la investigación sobre el autismo, seguía convencido de que el problema central de estos niños estaba en sus dificultades de contacto afectivo y en particular su incapacidad para comprender lo que él llamó “el lenguaje afectivo”.

En cuanto a su deseo de querer clausurar este periodo “particular y difícil” parece lógico, aunque Muratori no lo hace, relacionarlo con sus circunstancias personales y sus múltiples pérdidas: exilio y huida en condiciones de amenaza de muerte inminente; renuncia a toda su carrera profesional anterior; desesperación por la separación y alejamiento, con muy difícil arreglo, de su futura esposa; clima trágico del holocausto con muerte por exterminio o suicidio de amigos, compañeros profesionales y familiares. Según refiere Todd, su propia madre fue asesinada en el Holocausto. Relata que, en agosto de 1942, una mujer de 73 años con su apellido de soltera, Franziska Adler, fue embarcada en Viena en un tren que llegó al día siguiente al campo de concentración de Theresienstadt. Murió en Treblinka un mes después. Todd piensa que: “*esta pérdida fue quizá parte de lo que Frankl esperaba dejar atrás*”. Cualquiera que haya tratado de re-



Manuscripto inacabado del proyecto-memoria de investigación de Georg Frankl para ser habilitado como profesor universitario en la Universidad de Kansas el 1957.

memorar con persona cercanas sus recuerdos de hechos trágicos asociados a situaciones bélicas conoce su doloroso trabajo mental para tratar de olvidar masivamente lo sufrido. Seguramente Frankl, hombre de gran sensibilidad humana, no fue una excepción.

Además -otro probable motivo de su desinterés- conviene contextualizar que el autismo era entonces un tema muy especializado que se pensaba que quedaba limitado a muy pocos casos y era por tanto de menor impacto profesional que otros mucho más frecuentes y más presentes en la actividad clínica. Por otro lado, los planteamientos de la pedagogía terapéutica necesitaban equipos multiprofesionales de alto coste y difíciles de ajustar en un entorno médico hospitalario. Difícilmente Frankl podía pretender disponer de tales medios y la sociedad estadounidense, salvo en escasos hospitales muy elitistas y de difícil acceso, ya había optado por institucionalizar a los autistas junto a otras deficiencias, mezcla que Kanner combatió todo lo que pudo por la cronificación y estigmatización que implicaba. Pero, como ahora, la clínica ambulatoria ofrecía muchos más pacientes más llevaderos con mejores posibilidades evolutivas y mejores rendimientos profesionales y económicos... y Frankl y Weiss eran inmigrantes que necesitaban sobrevivir profesionalmente. Además Kanner se había convertido en la persona más influyente en la nueva y flamante psiquiatría infantil y en el principal "líder de opinión" mundial respecto al autismo y era quien mejor podía avalar a la pareja en su búsqueda de un lugar de trabajo estable. Parece difícil que Frankl en su posición pudiera o quisiera criticar a quien le había permitido instalarse en su nuevo país de acogida. Compartían además su origen y cultura judía y su condición de emigrantes. En cualquier caso, Frankl y Weiss, tras un periplo de varios años buscando un lugar donde trabajar juntos, lograrían desarrollar una importante y exitosa carrera profesional... alejada del autismo<sup>(13)</sup>.

¿Tenía además otras razones Frankl para no mencionar nunca a Asperger? Algunas parecen evidentes. Había sido su discípulo y aprovechó el periodo nazi para hacerse con el puesto de director de la clínica que por experiencia y conocimientos hubiera correspondido a Frankl. Nunca apetece nombrar a un usurpador. Sin embargo, una vez asentado en Estados Unidos y teniendo a su favor

las críticas feroces allí existentes hacia los latrocinios y crímenes de los nazis, lo tenía fácil para "denunciar" el "robo" o al menos "la apropiación indebida" cometida por Asperger. Pero no lo hizo, al menos no públicamente. En parte debido a su silencio, dulce venganza, la obra de Asperger no fue conocida en el mundo angloparlante hasta 1981, con la traducción parcial al inglés de su texto de 1944 (Lorna Wing, 1981). Frankl ya había fallecido en 1975, así que no conoció esta "resurrección" de la figura de Asperger. En cambio sí la conoció su viuda Anni Weiss, que vivió hasta 1991, y que al parecer tampoco habló nunca públicamente sobre el tema. Así pues durante más de treinta años la obra de Asperger, que hoy sabemos que Frankl y Kanner conocían antes y después de su publicación, quedó totalmente ignorada. Ciertamente, ninguno de los dos tenía interés alguno en que se concediera algún renombre a Asperger (quien a su vez tampoco reconoció nunca sus años de trabajo y aprendizaje junto a Frankl y Anni Weiss).

#### ÚLTIMOS AÑOS. RECUERDO DE UNA MUJER TAMBIÉN OLVIDADA

Tras permanecer dos años junto a Kanner en la John Hopkins University de Baltimore, Frankl obtiene la ciudadanía americana y, tras varios cambios profesionales, el título de psiquiatra y consigue finalmente establecerse junto con Anni Weiss en un trabajo común, en Kansas City. Allí trabajan conjuntamente en una clínica de *guidance* infantil con vinculación universitaria hasta 1959. Se

trasladan después a Carolina del Norte, a la Bowman Gray School of Medicine, desarrollando la paidopsiquiatría hasta entonces inexistente en la región. Frankl fallece en 1975, a los 78 años, cinco años después de su jubilación, de un cáncer de pulmón.

Anni Weiss le sobrevivió hasta 1991, fecha en que murió con casi 94 años. Ninguno de los dos había recibido, hasta ahora, más que una rara mención en los artículos sobre la historia del autismo. Sin embargo, fue una profesional con una extraordinaria formación para su época. Originaria de una familia judía de industriales alemanes y titulada como maestra de educación infantil en 1916, se diplomó posteriormente en psicología y trabajo social en la universidad de Hamburgo (1921), partiendo luego a Viena para formarse en psicopatología de la infancia (1924). Desde 1925 hasta 1934, fecha en que huye del nazismo, trabaja en la unidad de pedagogía curativa de la clínica pediátrica de Viena, donde fue la principal psicóloga responsable de la observación diagnóstica, de las evaluaciones psicopatológicas y las tareas psicoterapéuticas con niños y familias. Hablaba fluidamente el inglés y a su llegada a Estados Unidos fue rápidamente contratada en la universidad de Columbia, donde fue reconocida como psicóloga infantil y trabajó durante tres años, hasta que se trasladó tratando de reunirse y ser contratada junto a Frankl. Asperger no la citaría para nada en su texto de 1944, en el que en cambio sí hace destacados comentarios, muy elogiosos, de Vikto-



Anni Weiss fue la principal psicóloga responsable de las evaluaciones psicopatológicas y las tareas psicoterapéuticas con niños y familia en la clínica pediátrica de Viena desde el 1925 hasta el 1934. Fotografía de: The High Point Enterprise, 21 mai 1961, p.48 en <https://autismuseum.net/2019/03/26/anni-weiss-frankl/>

rine Zak, religiosa y responsable pedagógica del centro y destacada compañera de Weiss. Seguramente, resultaba arriesgado elogiar a una judía durante el periodo nazi, pero tampoco la recordó durante las varias décadas transcurridas después. Ambas participaban activamente en las reuniones clínicas de equipo instauradas por Lazar y sin duda conocían y manejaban el concepto de “niño autista” habitualmente utilizado allí desde los años treinta. Buena prueba de ello es su texto, publicado en inglés en 1935, con su detallada descripción clínica del caso Gottfried, niño autista de 9 años. Apodado *el tonto* por sus compañeros, poseía una inteligencia peculiar. Su abuela, que defendía sus capacidades, le llevó a la clínica de Viena para que le estudiaran. El texto, arrinconado durante muchos años y rescatado por Silberman del olvido, muestra su fino conocimiento clínico de una psicopatología autística típica y su experiencia en la difícil evaluación de la inteligencia de los niños autistas con los test psicométricos habituales que juzgaba “artificiales” y poco adaptados para conocer las peculiaridades cognitivas y afectivas de estos pacientes. Señalaba también que las variaciones en sus rendimientos cognitivos estaban relacionadas con la calidad de la relación con el examinador y su conocimiento cotidiano del mundo afectivo interno del autista. Estas finas consideraciones, sí aparecían, casi calcadas, nueve años después en el texto de Asperger de 1944, en el que no menciona la publicación muy anterior de Weiss. Durante varias décadas, desde el descubrimiento del texto de Asperger con su traducción al inglés (en 1981 por Lorna Wing) hasta los recientes trabajos citados, todos los lectores del texto de Asperger pensábamos que había que atribuirle, a él y a su original talento, lo que ahora parece evidente ser el resultado de todo un trabajo colectivo y compartido con personas que le precedieron (y que Asperger “olvidó” citar). Hasta el final de su carrera, Weiss continuó trabajando por la protección de la infancia, programas de salud mental y relaciones padres-madres-niños. Fue muy activa colaboradora de los servicios sociales judíos participando en la formación de personal dedicado a la psicopatología infantil y al trabajo social, desempeñando desde 1960 a 1970 funciones docentes universitarias. Un autor particularmente estudioso de la influencia de Frankl (Robison, 2017) subraya el papel fundamental que jugó Anni Weiss, colaborando en la génesis de las ideas y el estilo de trabajo de su marido y de la escue-

la de Viena y resaltando como sus ideas y experiencia enriquecieron y, sin ser citada, fueron incorporadas en los textos de Kanner y de Asperger. No duda en concluir, románticamente, que la historia del autismo hubiera sido otra sin el encuentro amoroso entre Frankl y Weiss. Podemos añadir también que es de lamentar que no lograran prolongar su relación profesional con el autismo en un ambiente terapéutico como el que habían creado en su país de origen.

## NOTAS ANEXAS

1. Clemens von Pirquet (1874-1929) creador del término “alergia” y de la prueba de la tuberculina para el diagnóstico de la tuberculosis, favoreció junto con Theodor Heller (1869-1937) la creación en la clínica pediátrica de Viena de una “unidad de pedagogía terapéutica” que, desde 1917, dirigió Erwin Lazar. Heller, describió en 1907, seis casos de “demencia infantil”, correspondientes a lo que todavía en clasificaciones DSM recientes se ha denominado “TGD desintegrativos”. Creó una escuela de reputación mundial para todo tipo de deficientes mentales en la que aplicó su “educación curativa” (“Heilpädagogic”), teoría y práctica que recogió en sus dos textos principales (*Grundriss der Heilpädagogik*, 1904; *Paedagogische Therapie für praktische Aertze*, 1914). Posteriormente, escribió tratados de psicopatología de la infancia y la adolescencia. Organizó varios congresos de la Sociedad de Educación Curativa, que presidiría tanto en Alemania como en Austria y desde 1937 en su organización internacional, que le consideró el “padre de la educación terapéutica”. Desde 1935, con la llegada de los nazis al poder, denunció el “derrumbamiento de la enseñanza curativa” pronunciando su último discurso público antes de ser destituido en 1938. Se suicidó poco después. Su mujer e hija fueron deportadas a Riga y ejecutadas. Ambos (Pirquet y Heller) favorecieron la creación de la unidad de pedagogía terapéutica desde 1917, proponiendo como director a Erwin Lazar (1877-1932), pediatra con formación psiquiátrica previa (con Wagner Jauregg, 1857-1940: descubridor y Nobel en 1927 por introducir la piroterapia, provocación de fiebre palúdica, en el tratamiento de la parálisis general progresiva de origen sifilítico). Se preocupó siempre por los problemas de aprendizaje y adaptación escolar de los niños maltratados y abandonados. Colaboró con la muy activa Asociación Pestalozzi, que promovía una pe-

dagogía progresista, logrando llegar a ser consultor del ministerio de salud pública. En 1925 publicó su obra más importante, “Fundamentos médicos de la educación curativa”. Hasta esa fecha habían estudiado ambulatoriamente 5.000 pacientes, en gran parte procedentes de servicios de ayuda social, de los tribunales y de la policía. Una pequeña parte de ellos fueron internados y observados durante largos periodos en su clínica (en la que tanto Frankl, como Anni Weiss y Asperger trabajaron durante años).

2. En el período de la Anschluss -anexión de Austria a Alemania- tras la invasión nazi (1938-1945), la Facultad de Medicina de Viena expulsó al 78 % de su profesorado, en su mayoría de origen judío (quedaron 44 médicos de 197). Dos tercios de los 4.900 médicos de Viena (entre ellos, el 70 % de los 110 pediatras de la ciudad) perdieron su puesto y fueron deportados, emigraron o se suicidaron (Sheffer, 2018). Entre quienes se suicidaron estaba Theodor Heller.

3. He desarrollado más detalladamente las informaciones al respecto en un texto dedicado íntegramente al autismo (Lasa Zulueta, 2022. Cap. 2. Págs. 184-237).

4. Louise Despert “había informado en el pasado” en un número anterior de *The Nervous Child*, el primero, que Kanner sin duda conocía (Despert, 1942). Ni Despert, ni Kanner, ni ningún otro autor del mundo angloparlante interesado por el autismo, citaron en esta época a Soukhareva (1891-1981) que, en una Rusia alejada e incomunicada de Occidente, ya desde 1926 había descrito casos de “psicopatía autística”. Había publicado sus textos en alemán, lengua de Asperger y Kanner, pero ninguno de los dos conocieron al parecer sus textos y no la citarían. Ni ella ni Asperger serían reconocidos por la comunidad internacional, mucho más atenta a las publicaciones en inglés, hasta mucho más tarde.

5. También otros autores afirman que Kanner mantuvo una actitud más agradecida hacia el reconocimiento de la aportación de Frankl (lo hace en particular y aporta datos objetivos Robison, 2017). Este autor también relata que “se cuenta” que Asperger, una vez terminada la guerra, se entrevistó con Frankl y le propuso volver a Viena. No aporta ninguna fuente objetiva, pero escribe que fue una “comunicación personal” de Silberman (que tampoco aporta datos que lo confirmen). En cambio,

Samantha Dluzak (2019) relata varios encuentros entre Asperger y Frankl tras finalizar la guerra. Asperger habría ofrecido a Frankl volver a Viena y éste, ya asentado en Estados Unidos, le ofreció una colaboración entre sus clínicas, facilitando el intercambio de profesionales en formación. El relato de esta autora, que describe una relación amistosa entre los dos (ambos se encontraron tras varios viajes intercontinentales) cuestiona o al menos matiza algunas de las descripciones de su enemistad, que, como he relatado, otros autores afirman. Ciertamente se perciben dos líneas en los relatos históricos: una más acusadora hacia Asperger y la otra mucho más benévola.

**6.** Kanner era el responsable del primer servicio de psiquiatría infantil creado en Estados Unidos en el hospital Johns Hopkins de Baltimore bajo la dirección de Hans Meyer, psiquiatra de origen suizo y formado en Centroeuropa.

**7.** Adolf Meyer (1886-1950), que creó la primera escuela de formación psiquiátrica en Baltimore, fue quien contrató a Kanner, en 1930, para que desarrollara el nuevo servicio de psiquiatría infantil creado en el hospital que dirigió.

**8.** Me resulta inevitable establecer un paralelismo entre la angustiada espera, por parte de los progenitores, de un diagnóstico médico reconocido “claro e inequívoco”, presente ya en aquel entonces y también en nuestros días y en las razones de tan constante persistencia, reforzada por las asociaciones de afectados, que sin duda ha contribuido al interés, social y profesional actual por las clasificaciones diagnósticas “objetivas y apoyadas por la evidencia científica” y a su traslado al terreno de las discapacidades y a su reconocimiento como tales con las enormes consecuencias sociales que ha conllevado (Lasa Zulueta, 2022).

**9.** Todavía en la 4ª edición de 1972 ¡casi treinta años después! de su Manual de Psiquiatría Infantil, Kanner incluye el “autismo infantil precoz” en el capítulo de “La Esquizofrenia” en donde ocupa solamente tres páginas sobre veinticuatro.

**10.** Robison, en su trabajo publicado en el 2017, también menciona este texto olvidado de Frankl y parece haberlo consultado... desconozco quien lo descubrió primero. El

texto de Robison aparece citado por Muratori, pero este no lo es en el de Robison. Lo que sí está claro es que Muratori ha divulgado el texto en su totalidad y publicado su traducción al italiano y al francés. Obviamente, Robison no necesitaba de esa traducción y podía remitir a los angloparlantes al texto original.

**11.** Kanner L. (1971) Kugelmass I.: The autistic child. Book review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152(5), 370-371.

**12.** Carta encontrada por Haswell Todd en los Archivos Melvin Sabshin de la Asociación Americana de Psiquiatría.

**13.** Samantha Dluzak (2019) es la autora que más ha indagado en la trayectoria, hasta ahora menos conocida, de la pareja Frankl-Weiss posterior a su etapa vienesa y a sus inicios en Estados Unidos.

**14.** Weiss A.B. Qualitative intelligence Testing as a Means of Diagnosis in the Examination of Psychopathic Children, *American Journal of Orthopsychiatry*, 1935; 5(2): 154-179.

# La interacción como vehículo del desarrollo del bebé en el primer año de vida: fallas interactivas y riesgo para la construcción del self y la relación<sup>1</sup>



– Susanna Olives Azcona –

**Psicóloga General Sanitaria. Psicóloga CDIAP Granollers. Psicoterapeuta de niños, adultos y familia. Editora de la Revista *eipea*. Sant Cugat del Vallès (España)**

## INTRODUCCIÓN

En este artículo me referiré a la importancia de las primeras experiencias interactivas del bebé con su madre (el término madre hará referencia, en lo sucesivo, a la persona que construye el vínculo primario con el bebé ya durante la gestación, o bien, a partir de su nacimiento y no responde a una denominación ligada al género necesariamente) para promover un desarrollo sano en el bebé. Hablaré de las competencias del recién nacido y del niño<sup>2</sup> pequeño y de la construcción de la diada primera con la madre, de las fragilidades o dificultades que pueden presentar algunos bebés y de las dificultades que supone el cuidado y el despliegue de la función materna con niños “difíciles”. Algunas de estas dificultades que observamos en los bebés pueden ser consideradas como signos precoces de autismo o signos preautísticos (Acquarone, 2007) y pueden ser ya observadas en las primeras semanas de vida. Reflexionaré también en torno a cuál debe ser el abordaje terapéutico a partir de viñetas de casos prácticos.

Incluiré, por último, una reflexión sobre la atención terapéutica en el marco de los CDIAP, servicios especializados en atención temprana a los niños y sus familias, donde una intervención psicológica precoz de las

fallas interactivas protege el bienestar de la familia y el desarrollo del bebé, reduciendo el riesgo de trastornos o alteraciones posteriores en el mismo.

## DEL FETO AL NIÑO. DESARROLLO SANO, CAPACIDADES Y EVOLUCIÓN. FRAGILIDADES DEL BEBÉ

Los seres humanos no nacemos como individuos aislados, sino como seres sociales, programados y predispuestos para la relación, para buscar a otros seres humanos de forma intencional y con la capacidad de ser regulados emocionalmente en el seno de la relación con el otro. Los recién nacidos se mueven con conciencia intencional, expresando emociones y respuestas que se adaptan y varían y tienen como finalidad atraer la atención de la madre (Trevvarthen, 2011). Pero cada recién nacido llega al mundo con unas capacidades y un talento que le son innatos y que supondrán un equipamiento de base (Ajuriaguerra, 1970) más o menos facilitador del desarrollo. Estos “modos de ser” ya pueden ser observados durante la vida uterina.

Alessandra Piontelli, médico, psicoanalista y psicoterapeuta infantil dedicó gran parte de su carrera al estudio de las diferencias individuales entre los fetos. En la década de 1980,

inició sus estudios de observación de fetos mediante técnicas ecográficas e hizo estudios longitudinales para realizar un seguimiento evolutivo de los fetos observados en los primeros años de su vida extrauterina. Sus investigaciones sobre la vida fetal, basadas en la observación ecográfica, parten de la idea de que el inicio del desarrollo psíquico comienza ya en la vida uterina -psiquismo fetal- y le permitieron identificar y describir diferentes tipos de fetos según su comportamiento y respuestas en el útero materno. Describió las observaciones fetales, las observaciones postnatales y el análisis de los niños pequeños con minucioso detalle. Por ejemplo, advirtió cómo las gemelas Marisa y Beatrice se golpeaban en el útero y cómo continuaron haciéndolo después del nacimiento tan pronto como su desarrollo motor se los permitió. O cómo los gemelos Alice y Luca se acariciaban mutuamente en el útero a través de la membrana divisoria y a la edad de un año uno de sus juegos preferidos era acariciarse desde ambos lados de una cortina.

El estudio de las respuestas fisiológicas y de las respuestas emocionales y psicológicas de los fetos, llevó a Piontelli a constatar diferencias significativas entre los fetos en cuanto a aspectos como la sensibilidad y la capacidad y latencia de respuesta. Hablaba de fetos con

<sup>1</sup> Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

<sup>2</sup> El término *infant* que en el original catalán hace referencia tanto a niña como a niño será traducido cada vez que aparezca por niño para aligerar el texto, pero teniendo en cuenta que se refiere tanto a *niña* como a *niño*. Nota del traductor.

tendencia más activa o reactiva para referirse a aquellos que ya muestran una gran actividad motora en el útero; estos fetos tienden a moverse mucho y responden rápidamente a estímulos como la luz o el sonido y también a situaciones de estrés. Eran fetos que mostraban mayor sensibilidad a los cambios en el entorno uterino y respondían emocionalmente con mayor intensidad. Este alto nivel de actividad y respuesta tenía un correlato en la vida extrauterina. Los fetos más tranquilos o menos reactivos, en contraste, respondían menos o con menor intensidad a los estímulos externos. Esta menor respuesta podía tener que ver con entornos uterinos más tranquilos y estables, pero también con características propias del feto. Otros fetos, presentaban respuestas más afectivas, dado que mostraban reacciones emocionales frente a los estados emocionales de la madre, como el estrés o la ansiedad. Esta respuesta se manifiesta, por ejemplo, mediante alteraciones de la frecuencia cardíaca o variaciones en los patrones de movimiento y actividad. Pueden ser el germen de los primeros patrones de respuesta emocional del bebé.

La observación ecográfica de fetos gemelos es especialmente interesante, dado que no sólo observamos el comportamiento y la respuesta a estímulos externos y la interacción con el entorno uterino, sino que también podemos observar la interacción entre ellos y las diferencias entre un gemelo y otro.

Actualmente y gracias a la gran tecnificación y seguimiento de las gestaciones, las futuras madres y padres disponen de mucha información no sólo sobre la salud de la criatura, sino también de cómo se comporta, de los niveles de actividad y de la interacción y acomodación en el medio uterino y este hecho ya modula las fantasías que sobre el hijo hacen los padres de forma más clara.

Este “modo de ser” del que hablaba Piontelli y que supone un punto de partida se verá altamente modulado y modificado en función del entorno, de las relaciones y experiencias del recién nacido y niño pequeño, en el caso que nos ocupa, y con una intensidad y repercusión mucho más importante que en cualquier otro momento del ciclo vital.

*Quim y Gala son gemelos. Vienen a consulta por dificultades en el sueño que observan en Gala y por la pasividad de su hermano. En el momento de la primera visita, tienen 3 meses. Gala no consigue conciliar el sueño más de dos horas seguidas y, hasta hace poco, a veces debían despertar a Quim para alimentarse. Ambos tienen un desarrollo en los parámetros de la normalidad evolutiva en el momento de la visita. Gala se muestra más activa y atenta, en ocasiones irritable, mientras que su hermano es un bebé sonriente y de respuestas lentas. Los padres explican que en los controles ecográficos del embarazo les resultó muy difícil ver el sexo de Quim, Gala no paraba de moverse y a menudo lo tapaba. Él estaba quieto y de espaldas, les preocupaba que no se hubiera movido en los cinco meses que en ese momento ya llevaba de gestación. El ginecólogo parecía algo contrariado por este hecho y había generado gran preocupación y fantasías de patología en los padres. La madre relata que su tía le recomendó comer chocolate antes de la visita, “para hacer que el niño se moviera”. Siguieron el consejo de la tía y Quim se mostró más activo pudiendo comprobar que era un niño. Tanto si la respuesta tenía que ver con el azúcar o con los altos niveles de estrés y angustia de la madre, vemos como algunos fetos necesitan una mayor intensidad emocional para responder y, en este caso, el carácter de Quim durante su etapa fetal tiene un claro correlato en la vida extrauterina. Habrá que ver cómo el ambiente modula su predisposición.*

El Dr. T. Brazelton también consideraba al bebé como un ser especialmente activo y predispuesto a la relación con el otro y que llega al mundo con unas características propias que le predispondrán mejor o peor por el crecimiento desde la relación y la socialización. La Escala de Brazelton, desarrollada por él en la década del 1970, permite evaluar los comportamientos y reflejos del bebé en sus primeros días de vida. La escala fue concebida como un instrumento empírico para evaluar el comportamiento del bebé dentro del contexto dinámico formado por el niño y el examinador: ese carácter interactivo distinguía a esa

escala del resto que existían. En ausencia de relaciones humanas ajustadas al momento evolutivo, que den sentido a su naturaleza social, las competencias del bebé no se desplegarán para favorecer su desarrollo.

La escala de Brazelton incluye la evaluación del sistema nervioso autónomo, habilidades motrices, habituación, regulación del estado y comportamientos sociales interactivos. Este último aspecto es especialmente relevante para el tema que nos ocupa, ya que facilita aproximarnos al conocimiento del temperamento del niño, las respuestas emocionales, el estado de alerta y la capacidad de regular las respuestas del recién nacido, la predisposición más o menos intensa a la relación y la respuesta a las ofertas relacionales de la madre.

Cuando hablamos de las capacidades del bebé, más allá de las diferencias individuales de carácter, que le predisponen a la relación con el otro y de cómo avanzan durante el primer año de vida, nos referimos en síntesis a las siguientes:

**Capacidad de imitación:** los bebés entre 12 y 21 días son capaces de imitar gestos faciales como sacar la lengua, abrir la boca, observados en los adultos (Meltzoff y Moore, 1977). Este comportamiento no puede explicarse en términos de acondicionamiento o mecanismos de liberación innatos, ya que la imitación implica que los recién nacidos humanos pueden equiparar sus propios comportamientos invisibles con los gestos que ven hacer a otras personas. Ni que decir tiene que sin capacidad imitativa, sin la capacidad de reflejarse en el otro y “hacer como” alguien no habrá posibilidad de desarrollo social y cognitivo futuro en el niño. Existen numerosos estudios y experimentos (Hobson, 2002) que muestran la capacidad innata para la imitación de los bebés y que ésta está estrechamente ligada a la capacidad empática. Los bebés imitan naturalmente a las personas y no a los objetos, existe un interés y predilección por las personas, es decir, los bebés sanos están equipados y predispuestos para interesarse por otros seres humanos y hacer como ellos, también para conectar emocionalmente con ellos. La capacidad imitativa de los bebés tiene un efecto también sobre el deseo de sus padres. El hecho de que en edades tan pre-

coces los hijos hagan como los padres, que aprendan de ellos, es un elemento que legitima a los padres como aquellos que acompañarán los logros y aprendizajes de los hijos. Al mismo tiempo, y a un nivel incluso más primitivo, re-conocer en el hijo rasgos físicos, pero también gestos propios, equivale a reconocer al hijo como algo que nos es propio, familiar, y por tanto, a pesar de que nos estamos conociendo, no nos es ajeno ni extraño. Poder sentir al hijo como propio de forma apriorística promueve y facilita el vínculo.

*Laura es madre de una niña prematura. Han pasado grandes vicisitudes y no ha podido ser cuidada por ella en los dos primeros meses de vida. Ha llegado el día del alta hospitalaria y Laura expresa gran emoción, pero también miedo a no saber cómo hacer de madre. Hace dos meses que nació su hija, pero ha podido cuidarla poco debido a su frágil salud y las dificultades gástricas. La enfermera de la Unidad Neonatal está a*

*su lado, la niña en la falda de la madre, la madre la mira con cierta preocupación y deseo. La enfermera le propone que le haga muñecas, ha comprobado que es algo que le gusta. La mamá le saca la lengua, abre la boca, varias veces, la niña la mira con atención y finalmente saca la lengua. La madre ríe, la enfermera le dice a la niña: "ya veo que mamá te enseña cosas, ¿eh?". En esta viñeta nos encontramos con una enfermera altamente especializada y sensible que posee un gran conocimiento del desarrollo de los bebés y que aprovecha este conocimiento para promover un vínculo madre-bebé que se ha iniciado con ansiedades de muerte e inseguridades importantes en lo que respecta a la función materna.*

**Percepción amodal:** la percepción amodal implica la capacidad de traducir la información recibida de una modalidad sensorial a otra. De esta forma, lo que percibimos a través del tacto, por ejemplo, es transferido

al sentido de la vista y es reconocido la primera vez que se ve. Tiene que ver con una tendencia innata que permitirá integrar los distintos canales sensoriales: tacto, visión, oído, gusto, olfato, también temperatura, etc. para ir formando representaciones complejas de todo lo que nos rodea. Con pocos meses de vida, ya podemos observar cómo esta capacidad de integración funciona y modula la respuesta emocional del bebé. Por ejemplo, cuando el bebé llora porque necesita ser alimentado, la madre, que se encuentra en otra estancia, le dice amorosa que enseguida va: el llanto del bebé baja su intensidad momentáneamente. El bebé ha podido integrar la información de la voz de la madre con el gusto y temperatura de la leche que le alimenta y esto modula levemente la respuesta emocional. La percepción amodal, a medida que el niño crece, implica una percepción multisensorial que permite, por un lado, la constancia conceptual, es decir, la capacidad de reconocer lo externo a pesar de que cambie el contexto, la intensidad, etc., dado que re-



*Los bebés imitan naturalmente a las personas y no a los objetos, existe un interés y predilección por las personas, es decir, los bebés sanos están equipados y predisuestos para interesarse por otros seres humanos y hacer como ellos, también para conectar emocionalmente con ellos.*

conoce propiedades invariables que son la suma de las experiencias mutisensoriales integradas de los objetos. Por ejemplo, los niños pequeños sanos reconocen a la madre a pesar de que se cambie el peinado o sufra una disfonía.

Poco a poco, el bebé va construyendo patrones que le permiten organizar una imagen sensorial de la madre e introyectar la experiencia de ser cuidado, atendido, calmado, satisfecho en las necesidades. De esta forma, el bebé construye una madre mental integrada, no hay una madre-tacto, una madre-voz, una madre-olor, es una madre integrada. Cuando la percepción amodal no se da de forma innata, pueden aparecer dificultades para integrar sensorialmente las experiencias que ofrece la madre. Las dificultades en la integración de diferentes modalidades sensoriales son un signo de alerta muy importante, puesto que sin una madre mental integrada el proceso de separación, diferenciación e individuación y construcción del self queda comprometido. Las dificultades de integración sensorial se harán patentes también en la comprensión de todo lo que rodea al niño pequeño, es decir, la comprensión del mundo que le rodea quedará alterada.

**Intersubjetividad prepositiva:** los bebés sanos están preparados para percibir activamente las emociones que se expresan desde fuera, por el adulto. Responden a la musicalidad del lenguaje, al movimiento y a la expresión del otro.

*Sol es un bebé de dos meses. Su madre sufre una depresión y con la niña a hombros, de cara a ella, me cuenta que la cuida mucho, pero que no es capaz de sentir amor hacia ella. Siente una gran culpa por ello. La niña la mira atentamente, emite sonidos guturales y contrae el tronco levemente. La mamá, con lágrimas en los ojos, le responde suavemente preguntándole qué le está diciendo e indica a la terapeuta que le sabe mal porque la niña parece que quiere hablar con ella, pero que a ella no le sale decirle cosas.*

En esta breve viñeta observamos como Sol, una niña con buenas capacidades y que cuenta con un padre dedicado a cuidar a la madre y la niña en este momento tan crítico para las dos, interpela a la madre, se hace presente y busca ser mirada por ella. La intersubjetividad prepositiva tiene que ver con la intención y la capacidad de actuar con

el objetivo de compartir. Sol emite vocalizaciones porque está su madre para recibirlas. Cuantas más respuestas placenteras reciba Sol ante su búsqueda del otro más interés tendrá en la relación y podrá desarrollarse relacional, motriz y cognitivamente.

**Intersubjetividad primaria:** se desarrolla entre los 2 y los 9 meses. Supone la capacidad de compartir nuestras experiencias subjetivas con los demás. Implica una relación diádica, bebé-madre, cara a cara, en la que ambos ajustan mutuamente sus estados emocionales y expresivos. El bebé imitará a la madre en sus vocalizaciones y, poco a poco, irán evolucionando hacia la protoconversación. Con el paso de los meses, madre y bebé se van convirtiendo en dos que interactúan y se reconocen. En este período, las diferencias de carácter entre los bebés se pone de manifiesto. Algunos buscan activamente la atención y la imitación de la madre, movilizan su cuerpo en dirección a ella cada vez de forma más organizada, expresan placer y excitación, también malestar con vocalizaciones y movimiento corporal y son en general altamente demandantes de relación. Por otro lado, y en el otro extremo del espectro, encontramos a niños descritos como tranquilos, que duermen bastante más que los anteriores durante el día, que necesitan descansar de la relación con la madre y pueden sentirse molestos si no se respetan sus pausas.

*Sami tiene 6 meses, todavía no ha alcanzado la sedestación estable, duerme bastante de día y a menudo llora cuando el hermano mayor juega con una intensidad que se le hace excesiva. La mamá observa que últimamente le retira la mirada. Ella está muy preocupada y le fuerza a mirarla poniéndose en su campo de visión ofreciéndole canciones y juguetes. Cree que cuanto más insiste más se cierra, le preocupa que pueda desarrollar autismo. Después de varias sesiones, observamos que Sami es un niño sano, pero muy sensible al exceso de estímulos. La madre entiende que debe respetarle la necesidad de descanso y ayudar al hijo mayor a hacerlo también. En poco tiempo, Sami deja de rechazar la mirada de mamá.*

Esta viñeta nos muestra cómo las características personales de los bebés y niños pequeños y la comprensión que hacemos de las mismas juegan un papel primordial en

el buen desarrollo diádico.

**Intersubjetividad secundaria:** tiene lugar entre los 9 y los 12 meses de vida del bebé. Supone alcanzar la relación triádica, madre-objeto-bebé, madre-padre-bebé. Los bebés comienzan a incluir objetos en la interacción con los adultos, empieza a aparecer el espacio interpersonal, cada vez madre y bebé son más claramente dos personas separadas, aparecen las primeras ansiedades de separación y las protoconversaciones adquieren gran relevancia en la relación con el otro. Hay que diferenciar la protoconversación de la imitación de las vocalizaciones de la madre; en la protoconversación el bebé no sólo toma la iniciativa, sino que innova en las vocalizaciones. Esta protoconversación será el inicio del acceso al lenguaje, como expresión máxima de diferenciación y símbolo compartido. El hecho de incluir al tercero en la diada implica una mirada diferente de la madre hacia el hijo, la madre piensa sobre los pensamientos del hijo, se inicia una relación con un interés compartido que no somos tú y yo, es el objeto que nos ocupa, que nos interesa, que queremos manipular y explorar para conocer, como parte de todo lo que nos rodea y no somos nosotros dos.

En palabras de Tomasello (2005), el bebé hacia los 3 meses tiene la capacidad de mirar, observar (to look at); hacia los 9, la capacidad de darse cuenta (to see) y hacia el año de vida, la de interesarse (to attend to).

Desde el punto de vista evolutivo, describimos estas etapas o logros que irán construyendo el camino del recién nacido hacia la construcción del propio self; por tanto, habrá que observar las respuestas interactivas y relacionales del bebé con la madre para comprender en qué momento evolutivo se encuentra y si se observan alteraciones. Observar la interacción no sólo nos permite evaluar salud y riesgo, también nos permite conocer desde dónde se construirá el self del bebé. Un self separado y diferente al otro que está fuera de mí, que puede estar o no presente, pero que no deja de existir, porque he podido construir una imagen compleja de quién es el otro que me permite pensarlo en su ausencia y que es alguien que no soy yo.

Las manifestaciones neonatales de individualidad son el producto final del crecimiento mental iniciado durante el período de gestación. Por tanto, el nacimiento del

hijo implica re-conocer y conocer a la madre y ser re-conocido y conocido por ella. Recogemos una viñeta muy breve de una madre que relata el primer encuentro con sus dos hijos en el momento del parto: *enseguida vi que sería muy diferente a su hermano, cuando nació gritó tan fuerte que incluso la matrona exclamó "¡caray, qué carácter!". Encuanto lo tuve en el pecho, chupaba con una voracidad impresionante...su hermano no había sido para nada así... en el momento de la expulsión tosió, era un bebé observador, comía poco a poco, pero ganaba peso como tocaba. Ahora que son mayores, son así o yo los veo así".*

### LA FUNCIÓN MATERNA

El hijo que llega se inscribe en una cadena de deseos, fantasmas y mitos. Las madres y padres transmiten no sólo un capital genético, sino también herencia cultural. El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad siempre parece distinto respecto a lo que he fantaseado consciente o inconscientemente (Larbán, 2012).

La parentalidad (en adelante, utilizaré parentalidad como genérico de la capacidad de desempeñar la función materna y no ligado al género necesariamente) como algo que se construye, primero sustentado en el deseo del hijo, después durante la gestación del hijo y finalmente durante el cuidado y crianza del hijo. Se trata de un proceso no lineal que requiere constantes reajustes y readaptaciones, porque la criatura va creciendo, va ganando competencias, va construyendo un self que vamos conociendo a medida que se construye.

Las relaciones tempranas madre-bebé son un proceso interactivo, de relación y comunicación, recíproco y asimétrico que, mediante su sincronización y regulación progresivas, crea y desarrolla una zona de mutualidad psíquica compartida que puede suponer un alto potencial evolutivo o una serie de círculos cerrados que no permiten el crecimiento y generan trastornos precoces en la relación madre-bebé (Larbán, 2012).

Es necesario, para la construcción del vínculo saludable entre la madre y su bebé,

que la madre esté mentalmente disponible para la interacción, que esté emocionalmente preparada, que presente capacidad de contención (*holding*) de los malestares sin nombre del bebé, sostenimiento que le irá proveyendo de las herramientas psíquicas necesarias para tolerar los estímulos externos e internos (Winnicott, 1965), capacidad de reciprocidad, capacidad para regularse y regular al bebé, también para estimular las capacidades del bebé de forma ajustada y capacidad de adaptarse a los cambios constantes que supone el maternaje y ajustar el cuidado del hijo. Al mismo tiempo, el bebé sano presenta un cierto grado de reactividad o respuesta al contacto, tolerancia a la intrusión, mecanismos de confort y capacidad de ofrecer experiencias buenas (Ainsworth, 1978).

Si todo va bien, madre e hijo organizarán un vínculo seguro, en el que el niño pequeño se sentirá protegido, amado y entendido en sus necesidades y la madre gratificada por el bienestar que observa que puede ofrecer a su hijo.



*Si todo va bien, madre e hijo organizarán un vínculo seguro, en el que el niño pequeño se sentirá protegido, amado y entendido en sus necesidades y la madre gratificada por el bienestar que observa que puede ofrecer a su hijo.*

Las relaciones primarias perturbadas madre-bebé deben ser consideradas como un precursor claro en la enfermedad mental, salvo que seamos capaces de deshacer los malentendidos y sanear la relación. Las alteraciones en el vínculo primero suponen un riesgo, entre otros, en el desarrollo social y relacional del bebé.

A menudo, lo que determina el estilo de apego, cómo la madre y el hijo se vinculan, tiene que ver con cómo han podido recibir e integrar el cuidado que recibieron en su niñez. A pesar de ello, las madres que provienen de una experiencia de apego inseguro o ambivalente en la infancia, que sufrieron descuido, negligencia o malos tratos y han podido hacer un cierto abordaje, terapéutico o personal y, por tanto, han podido tomar conciencia de las carencias que pueden tener a la hora de desplegar las funciones parentales de manera consistente, amorosa y ajustada, pueden también construir vínculos saludables con sus hijos y suelen tener mayor tendencia a pedir ayuda profesional.

*Clara es madre de un bebé de tres meses. Viene a consulta preocupada por si está atendiendo suficientemente bien a su hija. Clara fue retirada de su madre en el momento del nacimiento en el hospital por consumo grave de tóxicos y se crió en instituciones y marcada por la pérdida constante de vínculos. Su adolescencia fue especialmente turbulenta con consumo de tóxicos y episodios depresivos con intentos de autolisis, motivo que la llevó a terapia. Ahora es una adulta de 30 años que inicia su maternidad con su pareja. En la primera visita, observo cómo Clara, que tiene a su hija en brazos, interrumpe su discurso para mirársela cada vez que ésta hace un ruido o muestra alguna leve incomodidad, la observa, imita la expresión de incomodidad y le habla suave, la acomoda de nuevo en los brazos y cuando la niña se calma sigue con lo que me explicaba.*

Clara es un buen ejemplo de pensamiento sentido y concordancia afectiva: desde la intuición es capaz de interpretar lo que su hija necesita, recibe su contratransferencia y responde en función de lo que le hace sentir; también imita las expresiones afectivas de la niña de forma transmodal.

Aparte de las capacidades parentales o la predisposición al buen desarrollo de estas funciones que a priori presentan las madres, algunos bebés llegan al mundo con dificultades que pueden estar ligadas a cuestiones congénitas o genéticas, asociadas a dificultades en el proceso de gestación o en el momento del parto y pueden suponer riesgo para el despliegue de la función materna. Sin ningún ánimo de exhaustividad, apuntaré algunas características o circunstancias, ya sea relativas al bebé, al parto o a la salud de la madre que pueden comportar cierto riesgo en el desarrollo del bebé y que requerirán de unos cuidados determinados y también de la capacidad de los cuidadores para adaptarse al bebé que tienen y que con toda probabilidad no se asemeja al bebé que fantaseaban.

Alteraciones del tono del bebé, hipotonía o hipertonia, dificultades de succión, aspecto frágil y magro (observado en recién nacidos de bajo peso, ya sea por prematuridad u otra causa), bajos niveles de actividad, altos niveles de irritabilidad o malestar, déficits sensoriales detectados en el nacimiento, gestaciones múltiples, FIV, retrasos de crecimiento intrauterino, serologías alteradas, riesgo de parto prematuro, dificultades asociadas al parto como partos traumáticos y no respetados, sufrimiento fetal, hipoxias o anoxias, infecciones, hipoglucemias, otras complicaciones médicas perinatales, alteraciones congénitas o genéticas en el bebé de detección pre o postnatal, enfermedad física o mental de la gestante o del entorno cuidador, otras circunstancias familiares o sociales que comprometen el cuidado del hijo, etc. Todas estas condiciones pueden suponer o no un correlato alterado a nivel físico, pero también dejan una impronta en la madre y en cómo podrá desarrollar capacidades parentales ajustadas.

Las situaciones de vulnerabilidad y riesgo pueden ser vividas de forma más o menos traumática por la madre y afectarán de forma también distinta a las interacciones con el bebé.

### FALLAS INTERACTIVAS

Cuando se trata de valorar el funcionamiento diádico en los bebés y niños pequeños y, por tanto, prevenir alteraciones o trastornos en su desarrollo, habrá que tener en cuenta aspectos como la mirada de la madre y del niño, la capacidad para reclamar, la capacidad imitativa, la calidad

del diálogo tónico entre la madre y el bebé, la actitud de la madre y el bebé durante el momento de la alimentación, entre otros (Olives, 2016). Estos aspectos que nos permiten evaluar la calidad de la interacción entre la madre y el bebé se expresarán de diferente manera e irán ganando sofisticación en sus manifestaciones a medida que el niño crece y evoluciona hacia estadios más diferenciados y que le llevarán a la construcción del propio self.

La mirada entre la madre y el bebé es uno de los elementos más importantes que no sólo constatan el interés innato del bebé por su madre y los de su especie en general, sino que promueve y facilita la emergencia de las funciones maternas, en tanto que hace sentir a la madre interpelada por el bebé que la mira. Los bebés pueden tener diferentes ritmos, intensidades y necesidad de mirar, de ser mirados y de abstraerse y la madre irá conociendo sus ritmos y ajustándose al bebé, pero también animará al bebé a contactar con la mirada desde el propio deseo materno. De esta forma, irán construyendo una relación a dos.

Hablamos de fallas en el contacto visual cuando observamos a un bebé que no mira a la cara de la madre, tiene una mirada que atraviesa (mirada que no ve), que mira cuando no le miramos o mira si está en la cuna, por ejemplo, y no mira si está en brazos. No debemos confundir la necesidad de descanso de la interacción con la evitación de la mirada.

*Jules es un niño de siete años diagnosticado de TEA. Sus padres explican a la terapeuta que cuando era un bebé de cinco meses les empezó a preocupar que Julio no les miraba cuando lo tenían en su regazo. A hombros de la madre rechazaba la mirada y buscaba el pecho con insistencia y a hombros del padre movía el tronco de manera rítmica arriba y abajo evitando también el contacto visual, movimiento que los padres definían como de bailar, pero que les inquietaba, porque parecía no tener fin. Si le dejaban en el suelo, le llamaban por el nombre y le hacían fiestas los miraba sonriendo. Ahora, cuando lo recuerdan y después de muchas dificultades a lo largo del desarrollo y mucho apoyo terapéutico, sienten que eran objetos interesantes para Julio cuando les veía hacer cosas,*

*pero que presentaba dificultades importantes para integrarlos como alguien con quien desear relacionarse y no como una cosa.*

Por otra parte, la sonrisa que el bebé devuelve a la madre en el contexto de mirarse mutuamente, el primer organizador de Spitz (Spitz, 1965), es otro elemento de gran importancia en el desarrollo y en la vinculación madre-bebé. El bebé está pre-dispuesto a sonreír en respuesta a la sonrisa humana, especialmente a la de su madre, de quien conoce y reconoce también la voz, el olor y el contacto. Esta primera sonrisa social tiene lugar entre el nacimiento y los tres primeros meses de vida aproximadamente y nos muestra la capacidad del bebé para interactuar emocionalmente y de forma intencional con las personas.

Este ajuste también se da en otros fenómenos que promocionan la relación como el diálogo tónico, es decir, cómo el bebé es sostenido, contenido y apegado corporalmente; también

la voz y la palabra, la música y la musicalidad, cómo y cuándo le hablamos dejando tiempo y espacio para la imitación o la respuesta en función del momento evolutivo del niño pequeño.

Cuando hablamos de diálogo tónico-emocional y ajuste tónico-postural hacemos referencia a la interacción corporal y emocional entre la madre y el bebé y que incluye la expresión facial y corporal, los tonos de voces en sintonía con la necesidad del bebé y el contacto físico. Cómo la madre sostiene y acomoda al bebé según necesite ser alimentado, conciliar el sueño o ser consolado, por ejemplo. Este diálogo que se establece desde el cuerpo ayuda al bebé a regular sus estados fisiológicos y emocionales a través de la relación con el cuerpo de otro que acoge, contiene y proporciona información propioceptiva de los propios límites corporales. Algunos bebés muestran dificultades para ser sostenidos y para ensamblarse con comodidad en el cuerpo de la madre, para mantener la postura y adap-

tar el tono al cuerpo y sostenimiento materno. En algunos bebés o niños pequeños que presentan dificultades o alteraciones interactivas podemos observar exceso de tensión muscular que suele generar en la madre sentimientos de ser rechazada por el bebé que “no se deja” o “se resiste a ser cogido” y muestra incomodidad con el contacto o bebés blandos como muñecas de trapo a hombros de la madre, que se desmantelan en contacto corporal con el otro. En ambos casos, podemos hablar de alteraciones en el diálogo tónico, fallas en el ajuste corporal y emocional, y será necesario ver a qué responden.

El diálogo tónico-emocional incluye cómo hemos dicho los tonos de voz y, por tanto, la música y los aspectos no verbales del lenguaje que tienen que ver sobre todo con la emotividad y la prosodia. Los bebés se sienten especialmente atraídos por el tiempo, el ritmo y la intensidad. Las canciones y juegos de regazo para bebés y niños pequeños tienen ritmos de cuatro por cuatro y son de estructura repetitiva con le-



*Algunos aspectos a tener en cuenta tienen que ver con comprender y explorar cómo se percibe la madre a sí misma como madre, cómo percibe a su hijo y cómo siente que se están relacionando.*

ves variaciones y un cierre muy claro. Prácticamente en todas las lenguas conocidas se repiten patrones similares, es una herencia de lo que las madres han encontrado que atrae a sus bebés, los mantiene interesados, atentos, emocionados y motivados. Algunos bebés necesitan más intensidad que otros para ser seducidos por la voz de la madre, también en función del momento del día o de su estado interno pueden necesitar un acompañamiento más suave o más intenso. Ajustar la oferta al estado del bebé promoverá su interés y vinculación con la madre, que se sentirá gratificada por la buena acogida de sus propuestas.

*Jan tiene siete meses y su madre sufre una depresión a raíz de la pérdida repentina de su propia madre en un accidente de tráfico pocas semanas después del nacimiento de Jan. Cuando viene a consulta, cuenta entre lágrimas que ella contaba con que su madre pudiera ayudarla en la crianza, fue madre de cuatro, una madre dedicada y ahora ella se siente muy triste y perdida. Jan es un bebé activo, cuando lo deja en la colchoneta reptaba arriba y abajo buscando juguetes que tiene a su alcance. Encuentra una pelota de goma y se detiene a explorarla con la boca, la sujeta con las dos manos y con el pie derecho va golpeando de forma rítmica en la colchoneta. Pregunto a la madre por este movimiento y me dice que lo hace siempre que está entretenido con algo, también para dormirse desde hace unas semanas, ya no se duerme en brazos, prefiere hacerlo así. La madre cree que se está haciendo mayor e independiente. Mientras Jan sigue jugando con la pelota, sugiero a la madre que le acaricie la espalda, a ver si puede descansar el pie. Se detiene momentáneamente, pero retoma el movimiento, la madre sigue acariciándole y le dice “anda, que pones en marcha la moto” y Jan detiene el movimiento. Reímos, madre y terapeuta, de la ocurrencia de la madre, Jan interrumpe el interés por la pelota y nos mira con los ojos muy abiertos. Le decimos que mamá es divertida, responde con movimientos corporales, se excita levemente y reanuda el interés por la pelota. Hablamos de que a Jan parece que le va bien cierta intensidad, que le toquemos y le digamos cosas... que eso le relaja el movimiento de la piernecita y parece que le*

*anima a tenernos más presentes. En sesiones posteriores, la madre aportará recuerdos de su propia niñez y de su madre, recuerdos que han ido retornando desde que es madre, me dice, y esto nos permite poner en marcha capacidades parentales de la madre que, a pesar de no tener a la propia madre en vida, tiene una madre interna muy presente.*

El fenómeno de transparencia psíquica aquí juega un papel fundamental en el tratamiento de las dificultades para encontrarse entre Jan y su madre. La “transparencia psíquica”, denominada así por Monique Bydlowski, psiquiatra y psicoanalista, hace referencia a que una parte de la historia de la mujer, hasta entonces dormida y reprimida, se despierta en torno al embarazo y la etapa perinatal. Su infancia, la relación que tuvo con sus padres, hermanas y hermanos, se reactiva y se convierte en extraordinariamente accesible a su conciencia; asimismo, afloran sus emociones, rivalidades, conflictos aparentemente olvidados o resueltos. Se torna mucho más sensible y más abierta a sus vivencias. Este estado induce también a una fragilidad momentánea, factor importante en la aparición de depresiones perinatales (Nanzer, 2015). En el caso que exponemos, la transparencia psíquica permitió a la madre de Jan acceder al recuerdo de cómo fue cuidada como hija y poner en marcha sus capacidades parentales.

Los bebés que no reclaman son bebés que pueden presentar riesgo en su desarrollo. El movimiento intencional de los bebés (Trevorthen y Delafield-Butt, 2023) les permite manifestar, de forma muy rudimentaria inicialmente, malestar o simplemente necesidad del otro. Algunos bebés son sutiles en la expresión de sus necesidades y si no son atendidos pueden desanimarse y dejar de reclamar. Otros, y en el otro extremo del espectro, son bebés exigentes e irritables que demandan constantemente a través del llanto o los movimientos corporales intensos ser atendidos.

Anteriormente, en este artículo hemos hablado de los gemelos Quim y Gala por los que consultaron a sus padres cuando tenían tres meses de vida:

*En el momento del nacimiento, madre y padre pudieron estar en casa y cuidar de los niños. La madre recuerda que Quim ya era un bebé muy tranquilo y no recla-*

*maba. Recuerda también cómo ella y el padre sentían necesidad de cogerlo a hombros y hacerle fiestas si hacía demasiado rato que dormía o no se quejaba. Aunque Gala era mucho más demandante, echaban de menos la interacción con Quim y les preocupaba ofrecerles una atención desigual.*

No podemos saber qué hubiera pasado si los padres no hubieran buscado la relación de forma activa con Quim que reclamaba poco o si hubieran quedado abrumados por las grandes necesidades de su hija. Pero en cualquier caso, el deseo de los padres y la necesidad de ofrecer relación a su hijo seguramente promueve y protege el buen desarrollo de un bebé pasivo y lento, pero conectado emocionalmente con sus padres.

Las fallas en la capacidad imitativa de los bebés y niños pequeños es un signo de alarma importante a considerar como factor de riesgo de autismo.

*Ona tiene once meses y gatea a gran velocidad por el despacho de la terapeuta que les hace seguimiento por prematuridad. Ona es bastante curiosa e independiente, según explica la madre, todo le interesa, sobre todo desde que ha empezado a gatear. No han observado dificultades en el contacto, disfruta de los juegos de faldita, pero puede estar mucho rato sin ir a buscar a la madre y cuesta que responda cuando la llaman a menos que aparenten que la quieren perseguir, entonces se alborota y a veces puede incluso llorar de tanta intensidad. Se acerca a unas piezas geométricas y la terapeuta, que ve su interés en las mismas, las coge delante de ella y las golpea una con otra. Ona se sienta en el suelo y se lo mira brevemente, intenta coger las piezas. La terapeuta le da dos más que hay en el suelo y le muestra de nuevo cómo las golpea acompañando el gesto con una cantinela infantil. A pesar de que Ona la mira sonriendo no es capaz de imitar y hacer picar las piezas, a pesar de tener las habilidades motrices necesarias y el interés por lo que está observando. Este hecho se repite con otras acciones que le ofrecen los padres en diferentes contextos y momentos con el mismo resultado de no imitación.*

Otro aspecto a valorar es la no evolución hacia cierta capacidad de espera. En el momento del nacimiento el bebé necesita ser

satisfecho en sus necesidades de forma inmediata y entra en ansiedades catastróficas si esto no ocurre; todavía no sabe que fuera de él hay alguien que entiende y da respuesta a sus necesidades y que es confiable. A partir de los tres meses se va dando un progresivo ajuste del mecanismo de contingencia perfecta a menos perfecta. Coincide de forma natural con un momento en que la madre ya empieza a conocer a su bebé, su urgencia y su pequeña capacidad de espera y por tanto confía y sabe que su voz ya resuena en la mente del bebé como la voz que calma y admite, muy poco a poco, una cierta demora en la aparición de la madre que calma las necesidades. Existe gran variabilidad entre bebés, según su carácter, pero la no evolución hacia cierta espera puede ser un signo pre-autístico en el sentido de que responde a una integración alterada de los estímulos "madre".

## **ABORDAJE PRECOZ EN LOS CDIAP (servicios de atención precoz de la red pública de Cataluña para niños de 0 a 6 años y sus familias)**

Los servicios de atención precoz en Cataluña viven un momento de crecimiento, pero también de gran saturación asistencial de carácter endémico. Los servicios que se encuentran alrededor del área metropolitana de Barcelona o en zonas económicamente más deprimidas y más densamente pobladas sufren de forma más extrema la saturación y la dificultad para ofrecer una respuesta terapéutica ajustada a las necesidades de los niños y sus familias; por el contrario, las zonas más alejadas de los grandes núcleos urbanos y con menor densidad de población tienen una presión asistencial menor. Más allá de lo que supone para los profesionales, el verdadero agravio es para las familias y los niños que inevitablemente reciben una atención desigual por el simple hecho de vivir en un lugar u otro del territorio.

La precocidad en la detección e intervención cuando existen alteraciones del desarrollo es crucial en cualquier caso, muy especialmente en los casos en los que la relación de los niños con los demás y con el entorno está alterada en mayor o menor grado.

Los niños que son derivados al CDIAP en los primeros meses de vida, ya sea por sus pediatras, neuropediatras o por iniciativa familiar, no suelen llegar al servicio por dificulta-

des ligadas a la interacción. Habitualmente, el motivo de demanda responde a cuestiones ligadas al riesgo biológico (prematuridad, patología orgánica, plagiocefalia, etc.), pero rara vez son derivados por cuestiones relacionadas con dificultades interactivas.

La observación experta y la evaluación de la interacción en los primeros meses de vida es vital para promover el desarrollo del bebé. El bebé se desarrolla desde la relación con su madre (Bowlby, 1986). Por tanto, no podemos entender al bebé sin entender cómo se relaciona su madre.

Algunos aspectos a tener en cuenta tienen que ver con comprender y explorar cómo se percibe la madre a sí misma como madre, cómo percibe a su hijo y cómo siente que se están relacionando. Cómo describe a su hijo desde el punto de vista competencial, si se ajusta al bebé que nosotros estamos observando, si está o no muy alejada, qué proyecciones hace, si son aspectos positivos o negativos, es decir, qué tipo de parentalidad está construyendo a partir de la relación con su hijo.

Conviene explorar también cómo ha o han llegado a la maternidad/paternidad, el deseo de uno y otro miembro de la pareja si se da el caso, el deseo de embarazo, la experiencia de la vida intrauterina y extrauterina del hijo, la sexualidad, la reorganización de la pareja si se da el caso, los miedos y fantasías sobre la concepción, las fantasías sobre la filiación en casos de embarazos logrados por donación de esperma, óvulos o embriones.

La exploración del parto es muy importante, ya que supone el primer encuentro de la madre con el hijo fuera de su cuerpo y tiene un gran impacto en cómo iniciarán su camino juntos.

*Anna explica su parto en una sesión del grupo de posparto al que asiste semanalmente: Para mí el parto fue un trauma, dar la vida a Nil casi me la quita a mí. Creo que hubo una cierta negligencia médica, nunca sabes si podría demostrarse, pero en la cesárea cortaron algo y yo no paraba de sangrar. Tardaron mucho rato en encontrar la fuente de la hemorragia. Eso me lo han explicado, yo estaba inconsciente y casi me muero. De hecho... tardé un mes en salir del hospital. Ahora estamos bien, pero mi marido le tenía... como manía al principio, él sentía que el niño casi me*

*mata. Aunque sabía que el pobrecito no tenía culpa, no podía evitarlo; ahora ya estamos bien y podemos hablar de ello...*

Hasta llegar a este momento de buena salud familiar, han pasado dos meses de mucho sufrimiento y grandes conflictos en la pareja por la diferente manera en que el parto traumático de Nil impactó en sus padres.

También es especialmente relevante la exploración de embarazos, abortos previos naturales o electivos, otros hijos, separaciones.

La tecnificación de la maternidad y la paternidad que implican las técnicas de reproducción asistida, desde la inseminación artificial hasta la eufemísticamente llamada gestación subrogada, nos plantea nuevos retos en lo que se refiere a la comprensión de la parentalidad y del investimento de los hijos, pero esta cuestión sobrepasa el objetivo de este artículo.

Explorar la parentalidad en un momento tan precoz es especialmente interesante porque se trata de un proceso en construcción y, por tanto, sobre el que podemos incidir de una manera muy importante si se observan aspectos que no están promoviendo el buen vínculo y desarrollo del bebé o niño pequeño.

Esta exploración, por tanto, será un proceso dinámico y habrá que ver qué va desvelando el hijo a medida que pasa el tiempo.

Aunque resulta difícil concretar hasta cuándo hablamos de relaciones tempranas, vale la pena tener en mente el primer año de vida y la evolución del niño y de la relación que cabría esperar, con la variabilidad correspondiente y las particularidades de cada diada, para poder detectar fallas interactivas en edades en las que todavía no podemos decir que hay desórdenes mentales en el bebé, sólo pueden existir en las relaciones en las que el bebé participa (el retraso mental, el Síndrome de Down y el autismo constituyen excepciones parciales) (Stern, 2005).

*Miriam es una madre gestante monomarental que viene a consulta al servicio privado preocupada porque, desde que se ha quedado embarazada, la sintomatología del TOC que sufre se ha agravado. Hace grandes esfuerzos por racional-*

lizar su obsesión con la limpieza, pero le resulta muy penoso y estresante. Le preocupa que la ansiedad que sufre afecte al desarrollo de la hija que está gestando. Aparte del acompañamiento psicológico, retoma tratamiento farmacológico y esto facilita una disminución del malestar importante y le permite fantasear con el bebé que debe llegar e ilusionarse con su llegada. La criatura nace en un parto natural y sin complicaciones, pero a los tres meses de vida debe ingresar por una bronquiolitis. La vuelta a casa se hace difícil, las preocupaciones de Miriam por la limpieza se exageran de forma exagerada. Está muy preocupada por la posible enfermedad/contaminación de la niña, no permite que nadie se le acerque y la revisa constantemente con gran ansiedad. Llega a consulta de nuevo con este gran sufrimiento y observamos a un bebé que está haciendo una retirada. Mientras toma el pecho, cierra los ojos y mama muy quieto. Cuando la madre habla con la terapeuta de sus preocupaciones, la niña se agita, se revuelve, mostrando incomodidad en los brazos de la madre. Pregunto a la mamá si nota a la niña intranquila, ahora parece estarlo. Dice que sí, que desde que salieron del hospital la ve distinta. Pregunto si ella también se siente distinta, porque creo que a ambas les ha afectado esta situación. Explica que desde entonces está más preocupada, porque ha pasado lo que temía, que la niña "cogiera algo feo". Comento que es cierto, que ha ocurrido lo que ella temía, pero que la niña parece haberse recuperado muy bien, es una niña fuerte. Pienso que a la niña le iría bien también que ella le mostrara que ve que es una niña fuerte. Me dice que es cierto, ella siempre ha oído que los niños creen siempre a los padres y madres y que si los miras con buenos ojos crecen más seguros... "yo no la miro con buenos ojos, últimamente la miro como si fuera una inspectora, le miro la fiebre, el color de la piel, la barriga para ver cómo respira... ". Podemos hablar con suavidad de que parece que no le gusta demasiado ser mirada sólo así. Pregunto si antes del ingreso mamá con los ojos cerrados, se sorprende cuando se da cuenta de que antes no lo hacía y se pregunta si será su forma de mirarla que le angustia. Hablamos de la sensibilidad de los bebés a los estados emocionales que les rodean, sobre todo de la madre y

que me parece que les está costando reponerse del susto. La madre se mira a la niña que se ha dormido en sus brazos, respira tranquila y le dice "pues sí eres fuerte", me mira y me cuenta que está ganando peso a muy buen ritmo, a pesar de haber estado en el hospital, no perdió peso, recuerda con una sonrisa que una enfermera la felicitó, le dijo que esto no era habitual.

En esta viñeta, vemos cómo de forma suave podemos acompañar a la madre hacia una mirada distinta a su hija. La retirada que habíamos observado era preocupante, pero no se alertó a la madre, dado que sospechábamos que tenía que ver con el trauma que había supuesto el ingreso por ambas. La niña había podido superar la enfermedad, pero la madre había quedado profundamente afectada y vivía con sensación de peligro y ansiedades de muerte permanentemente. El objeto bueno que era la mamá había quedado sustituido por un objeto ansiógeno. Con la ayuda de la terapeuta la madre pudo reinterpretar los hechos vividos y mirar a su hija con confianza. En pocas semanas madre e hija habían restablecido el vínculo que tenían. Sin embargo, se mantuvo un seguimiento terapéutico mensual por prevención. Este caso es también un ejemplo de cómo una intervención precoz y focal puede reducir el tiempo de atención futuro dado que promueve la salud en la diada. Trabajar las proyecciones que las madres depositan en sus hijos con la mayor precocidad posible, acompañar a diferenciar qué es del bebé y qué nos es propio fortalece el vínculo y la esperanza en el desarrollo del hijo. Vemos también cómo si la intervención es precoz, con mayor probabilidad será breve.

Por tanto, la exploración y observación psicológica de la calidad de la interacción en los primeros meses de vida es crucial para prever los riesgos en el desarrollo del niño. Esta exploración puede tener lugar en una primera y única visita que servirá para valorar la necesidad o no de intervención psicológica o de otras especialidades en el servicio.

### CONCLUSIONES

El bebé no existe sin alguien que lo mire y que dé significado y sentido a sus experiencias. Cada bebé y cada madre formarán una diada única, con sus ritmos, con sus tonos, modulándose mutuamente y conociéndose

mientras se construyen. Este proceso puede comprometido por múltiples circunstancias del bebé, de la madre o del contexto, llevando a la diada a la no comprensión mutua, al desinterés y la desconexión. Algunos niños nacen poco equipados para la interacción con las personas, pero cuanto antes intervenimos, más y mejor podremos incidir en su buen desarrollo y prevenir o minimizar el riesgo o las manifestaciones de trastornos como el TEA. Aquí toma especial relevancia el CDIAP, servicio público, que puede dar respuesta altamente especializada a las dificultades interactivas de forma muy precoz.

### BIBLIOGRAFÍA

- Acquarone, S.** (2007). *Signs of autism in infants: Recognition and early intervention*. Londres: Karnac Books.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S.** (1978). *Patrones de apego: Un estudio psicológico de la situación extraña*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bowlby, J.** (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Brazelton, T. B. y Cramer, B. G.** (1990). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- Larbán Vera, J.** (2012). *Vivir con el autismo: Una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.
- Meltzoff, A. N. y Moore, M. K.** (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), pp. 75–78. <https://doi.org/10.1126/science.198.4312.75>
- Muratori, F. y Maestro, S.** (2008). *El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria*. Sant Boi de Llobregat: Fundació Orienta.
- Nanzer, N.** (2015). *La depresión postparto: Salir del silencio*. Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Nanzer, N.** (2020). La dimensión parental de la personalidad. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, (30), pp. 37–48.
- Olives, S.** (2016). IVAIm-i, instrumento para la valoración cualitativa de las interacciones madre-infante. *Revista eipea*, 1. (Documento en línea en [www.eipea.com](http://www.eipea.com))

**Piontelli, A.** (2002). *Del feto al niño*. Barcelona: Editorial Albesa.

**Spitz, R. A.** (1965). *El primer año de vida: Un estudio psicoanalítico del desarrollo normal y anormal de relaciones de objeto*. Nueva York: Prensa de Universidades Internacionales.

**Stern, D. N.** (2005). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.

**Tomasello, M., Carpenter, M., Behne, T. y Moll, H.** (2005). Understanding and sharing intentions: The origin of cultural cognition. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), pp. 675–691.  
<https://doi.org/10.1017/S0140525X05000129>

**Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J.** (2023). El autismo como trastorno del desarrollo en el movimiento intencional y el vínculo afectivo. *Revista eipea*, 14. (Documento en línea en [www.eipea.com](http://www.eipea.com))

**Trevarthen, C.** (2011). La psicobiología intersubjetiva del significado humano: El aprendizaje de la cultura depende del interés en el trabajo práctico cooperativo y del cariño por el gozoso arte de la buena compañía. *Clínica e Investigación Relacional*, 5(1), pp. 17–33. (Documento en línea <http://psicoterapiarelacional.es/CellIRREVISITAAOnline/Volumen51Febrero2011/tabid/761/Default.aspx>)

**Winnicott, D. W.** (1965). *Maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. Londres: Hogarth Press.



# “Ahora se acabó”: ritmo y sincronía en un grupo terapéutico de mediación musical para niños autistas



– Daniel Camparo Avila<sup>1</sup> –

Doctor en Psicología. Director del Centro de Investigación Clínica en Psicología (CIC-P) y Profesor Agregado del Instituto de Psicología Clínica (Universidad de la República, Uruguay). Montevideo (Uruguay)

## RESUMEN

A partir de la organización rítmica de diferentes procesos del ser humano, ritmo y sincronía son tomados como conceptos relevantes para la clínica del autismo. Primeramente, el tema es revisado desde las perspectivas del desarrollo infantil temprano, el psicoanálisis y la psicopatología de la infancia. Acto seguido, mediante un caso clínico en un grupo terapéutico de mediación musical para niños autistas, discute los aspectos rítmicos del tratamiento de un niño, para extraer orientaciones clínicas generales. Se identifica que los movimientos imitados y coordinados y las codas sostuvieron estrategias de intervención con resultados terapéuticos significativos. Ambos aspectos se asocian a los mecanismos intersubjetivos que acompañan el proceso de subjetivación y de construcción de vínculos en el taller. Se concluye que la incorporación de estos conceptos a las teorías y prácticas relacionadas al autismo podría contribuir a la aplicación de estos conocimientos en el apoyo, seguimiento y evaluación del desarrollo de niños autistas.

## INTRODUCCIÓN

*Panta rhei*. Todo fluye, lo afirma Heráclito, en acuerdo con su concepción de que todo pasa, como en un río en el cual no es posible bañarse dos veces. O, como lo traduce Jerphagnon (2011), “todo se mueve según un

cierto ritmo” (p. 55). No obstante, los ritmos no caracterizan apenas el movimiento de los objetos, sino que interactúan entre sí y se interfieren mutuamente, generando ajustes que pueden desembocar en un flujo común, que es la esencia de lo que denominamos sincronías. Este trabajo discute el rol del ritmo y la sincronía en un grupo terapéutico de mediación musical para niños autistas. Primeramente, revisa su relevancia desde las perspectivas del desarrollo infantil temprano, el psicoanálisis y la psicopatología de la infancia. En seguida, mediante un caso clínico, demuestra su importancia en el tratamiento de un niño, para extraer orientaciones para la clínica del autismo.

## UNA MANERA DE FLUIR

El ritmo caracteriza una variedad de fenómenos. Según Sauvanet (2000), los ritmos se manifiestan en múltiples dominios, tales como el arte -danza, música, poesía, pintura-, así como en ámbitos sociales y culturales -los ciclos políticos y económicos, el ritmo de una lengua, la semana laboral, la repetición cotidiana- y otros naturales -estaciones del año, clima, ritmos de cuerpos astronómicos-, entre otros. En el ser humano, diversos procesos están organizados de manera rítmica, a niveles genéticos, fisiológicos, conductuales, neuronales y psíquicos.

La música es frecuentemente nuestra primera referencia para comprender el con-

cepto de ritmo, constando de alternancias de sonidos y silencios, patrones de tiempos fuertes y débiles, la velocidad de ejecución de una pieza musical, los ritmos de diversos estilos musicales y culturas, etc. Sin embargo, considerando la omnipresencia del ritmo en la naturaleza, es pertinente evitar limitarlo a conceptos de repetición, regularidad o periodicidad, que frecuentemente definen el ritmo musical. En la época de Heráclito, el ritmo simbolizaba el movimiento del tiempo, asociado al prefijo (*rhe-*) utilizado para designar la corriente, el flujo (*rheos*), y la acción de fluir (*rhein*). Un griego hablaría sobre el ritmo de un río, pero no lo haría sobre el mar y sus olas (Boisacq, 1916), que no fluye estrictamente. Por lo tanto, como característica de algo que fluye, el ritmo denota su modo de realización (Benveniste, 2004), abarcando fenómenos con una disposición compleja de elementos en flujo, cuya organización (métrica, cíclica u otra) puede también estar sujeta al cambio.

Otro aspecto significativo es que, mientras se mueven con un ritmo determinado, los objetos interactúan y afectan los ritmos unos de los otros. Así, por ejemplo, la Tierra y la Luna giran sincrónicamente, los ciclos circadianos son influenciados por variaciones en iluminación, temperatura y el cambio de estaciones, un músico ajusta sus notas según las que escucha de sus compañeros en una orquesta y los flamencos se coordinan en bailes sincronizados, entre otros ejemplos.

<sup>1</sup> Miembro de la Comisión Directiva de la Coordinación Internacional de Psicoterapeutas Psicoanalíticos y Miembros Asociados que trabajan con Personas Autistas-Latinoamérica (CIPPA LA).

La sincronía, por lo tanto, se refiere al ajuste de diferentes ritmos como resultado de su interacción. La calidad de lo sincrónico no se limita a eventos simultáneos, aunque incluya este sentido. Abarca aquellos eventos que comparten el mismo tiempo (del griego *syn- khrónos*), que son contemporáneos y fluyen juntos.

El acoplamiento de las secuencias temporales es el efecto más visible de la sincronía, dependiendo de sus características; por ejemplo, la cara oculta de la Luna resulta de la sincronía entre su rotación y su período orbital. En humanos, la manera en que el flujo mental de una persona se armoniza con el de otra convierte a la sincronía en fundamento de mecanismos intersubjetivos, presentes desde la sincronización de flujos sensoriales (Golse, 2021) o la coordinación sincronizada de movimientos y afectos compartidos, hasta la elaboración de narrativas y la coordinación interpersonal del sentido del tiempo (Jaffe et al., 2001). Más allá de percibir el tiempo, la mente lo crea (Trevarthen, 2005) y esta creación se deriva de nuestras experiencias compartidas del tiempo con otros.

### RITMO EN EL DESARROLLO INFANTIL, PSICOANÁLISIS Y PSICOPATOLOGÍA DE LA INFANCIA

A partir de la sexta semana de embarazo, se perciben contracciones del embrión donde se formará el corazón mediante ecografía. Este ritmo biológico es una de las primeras señales de la presencia del bebé. Durante el período intrauterino, el feto está expuesto a estímulos rítmicos organizados periódicamente, como latidos del corazón y respiración, y cíclicos, como borborigmos. También recibe información rítmica de las acciones de la madre, como hablar o caminar, que serán fundamentales para el desarrollo de las primeras envolturas sonoras (Maiello, 1995).

En el tercer trimestre, el entorno prenatal es rico en intercambios intersensoriales rítmicos, tanto externos como internos. Por ejemplo, cuando el feto se chupa el pulgar o toca las superficies del cuerpo de la madre. Movimientos rítmicos espontáneos, llamados Movimientos Generales, están presentes desde la semana nueve de

embarazo (Prechtel, 2001). Al final del embarazo, las acciones rítmicas de la madre se correlacionan con patrones de frecuencia cardíaca fetal (Cito et al., 2005).

La ritmicidad experimentada en el útero contribuye a la formación inicial del psiquismo, constituyendo un primer nivel de estabilización y diferenciación entre el yo y el no yo. Después del nacimiento, los Movimientos Generales siguen hasta la semana veinte, enfatizando la continuidad entre la vida prenatal y postnatal (Piontelli, 1992). Los movimientos de los recién nacidos muestran correspondencia rítmica con el habla de los adultos, indicando un proceso interactivo guiado por el ritmo (Condon y Sander, 1974).

Durante las primeras semanas de vida, los bebés y sus cuidadores crean patrones expresivos periódicos y sincronizaciones precisas (Beebe, Stern y Jaffe, 1979; Stern, 1985; Trevarthen, Murray y Hubley, 1981). En un análisis del amamantamiento en el tercer día de vida, Bernardi, Rosselló y Schonilk (1982) encontraron que las madres sincronizan su movimiento de mecer con el ritmo de succión del recién nacido. Estas sincronías forman la base de vínculos tempranos, proporcionando condiciones para la estructuración psíquica del bebé humano.

La conexión de conductas expresivas en el mismo flujo temporal crea la sintonía afectiva (Stern, 1985) entre madre y bebé. Guerra (2017) ha definido esta función del ritmo en la subjetivación y la creación como configuración de las primeras formas de inscripción de la continuidad psíquica. A partir de la concepción del ritmo en los intercambios diádicos como elemento constitutivo de una base de seguridad, que promueve una ilusión de continuidad y garantiza el desarrollo del pensamiento (Ciccone, 2005 y 2007), elabora la noción de ritmicidad conjunta, que permea el vínculo madre-hijo y crea las condiciones intersubjetivas para el encuentro con el objeto. Guerra toma prestado de Stern (1985) el modelo del *vals*, donde el fondo rítmico del baile de los dos miembros de la pareja es en realidad una membrana de contacto, entre el movimiento afectivo interno y la percepción del exterior.

La alternancia de roles y coordinación de ges-

tos desde los primeros momentos de vida permiten una compartición rítmica de secuencias expresivas, creando un sentido de narratividad y facilitando conexiones emocionales y funciones intersubjetivas que son puestas en juego a lo largo de la vida. Como resume Ciccone (2013), "la ritmicidad de la experiencia es importante no solo en el desarrollo infantil, sino más en general en el contexto del aprendizaje y la atención psicológica. En cada situación, los ritmos externos deben estar de acuerdo con los ritmos internos del individuo" (p. 286).

El *baby talk* ha sido señalado por Fernald (1992) como un elemento crucial en la vinculación afectiva primaria, destacando sus características melódicas como las frecuencias altas y los contornos de entonación marcados. De manera similar, Stern, Hofer, Haft y Dore (1985) resaltan cómo las madres repiten palabras cortas con pausas uniformemente distribuidas, indicando una base periódica en la organización de la comunicación entre la madre y el infante. En las primeras protoconversaciones (Bateson, 1979), se observa que las vocalizaciones de los bebés siguen patrones métricos que permiten al bebé desarrollar *un sentido* de sí mismo mediante la coordinación de sus estados afectivos con los de su cuidador. A partir de los dos meses, los bebés muestran capacidad para iniciar o interrumpir la comunicación activamente, sincronizando sus vocalizaciones y gestos con el *baby talk*, movimientos faciales o tacto de la madre (Trevarthen, 1979). Esta sincronía establece una base estable para los intercambios intersubjetivos, facilitando la anticipación de gestos y movimientos del otro y contribuyendo a la creación de una narrativa en el intercambio.

Además, los bebés desarrollan patrones rítmicos de actividad motriz espontánea, como alcanzar y manipular objetos, que sirven como base para la comunicación y el vínculo interpersonal desde las primeras semanas de vida (Brazelton, 1981). Los ritmos de los intercambios entre bebés y cuidadores evolucionan en complejidad temporal y organizativa. Papoušek (1996) identificó que los movimientos interactivos de *adultos* al comunicarse *con* bebés tienen una organización temporal regular, con duraciones que oscilan entre 0,5 y 2,5 segundos, similar al tiempo musical *adagio*

(70 bpm). Estos ritmos aumentan en velocidad con el tiempo, alcanzando el *andante* (90 bpm) y el *moderato* (120 bpm).

Malloch y Trevarthen (2009) proponen la teoría de la musicalidad comunicativa, sugiriendo que los patrones temporales en la comunicación madre-bebé demuestran una capacidad humana intrínseca para dar significado común a las formas expresivas de sonido y movimiento a lo largo del tiempo. El ritmo estructura la transmisión de intenciones dentro de la diada, permitiendo experiencias coordinadas y compartidas y permaneciendo presente en el lenguaje no verbal y elementos paraverbales de la comunicación durante la adquisición del lenguaje.

Aunque los fundamentos psicobiológicos de la regulación rítmica aún no se comprenden completamente, Trevarthen (1999) postula la existencia de una pulsación expresiva surgida de osciladores neurológicos. La interacción con ritmos externos puede entonces crear una experiencia del "ahora" influenciada por la voz o la música (Gratier y Trevarthen, 2008). Durante el desarrollo temprano, la sincronía contribuye a la formación de una unidad relacional, implicando ritmos conductuales, emocionales y biológicos (Feldman, 2007). Por lo tanto, los ritmos compartidos también incluyen, quizás simultáneamente, niveles de concordancia temporal entre ciertos procesos endógenos de la diada a nivel genético, fisiológico y neuronal (Feldman, 2012). No solo entran en sincronía los comportamientos expresivos y comunicativos entre madre y bebé: también lo hacen los ciclos respiratorios y los latidos del corazón, la producción de cortisol y la actividad eléctrica de la piel.

La sincronía diádica no es constante en la infancia, oscilando entre estados coordinados y no coordinados (Tronick y Cohn, 1989). La revisión de Leclère et al. (2014) muestra que la sincronía está asociada con resultados positivos en el desarrollo cognitivo, educativo y adaptativo del niño. Ya para las personas autistas, las dificultades en ajustar los ritmos conversacionales con los demás afectan varios niveles de sincronización (McNaughton y Redcay, 2020), incluyendo la integración sensorial y sensoriomotora. Si a-

nalizamos los múltiples niveles en que ocurre la sincronización, vemos que estos niveles se organizan de forma integrada y compleja, siendo la integración sensorial un aspecto central del autismo: las dificultades en la comodalización de los diferentes flujos sensoriales mediante la sincronía polisensorial (Golse, 2021).

Finalmente, Golse (2021b) describe tres niveles de segmentación de los flujos sensoriales: central, periférica e interactiva. En el autismo, las estereotipias rítmicas podrían compensar problemas en otros niveles, tal como señala Temple Grandin (2016) en su relato personal sobre aprender a parpadear voluntariamente.

Daniel et al. (2022) proponen que las dificultades de las personas autistas en el ajuste temporal del movimiento corporal se relacionan con tres grandes áreas: mayor variabilidad de los movimientos, menor integración sensoriomotora y menor integración de la información sensoriomotora en la organización y planificación prospectiva de los movimientos. Esto afecta la capacidad de co-regulación rítmica, fundamental para la construcción de vínculos sociales.

Los obstáculos en la actividad co-regulatoria se hacen evidentes en el análisis comparativo de videos de dos gemelas a los once meses, una de las cuales será diagnosticada con Trastorno del Espectro Autista en su segundo año. Trevarthen y Daniel (2005) encontraron evidencia de que los patrones temporales de cambio en la atención, el tono muscular, la iniciativa y la emoción habían reducido el control prospectivo del movimiento y las expectativas en esta niña, comparadas con las de su hermana. En los intercambios con su padre, ella exhibía un comportamiento social asincrónico, lo que frustraba al padre en sus esfuerzos por ayudarla a caminar, compartir juegos o jugar. Había confusión en ambos sobre las expectativas, lo que llevó a una reducción de la atención mutua y de las actividades compartidas. En el análisis de un "juego de monstruos" en el video, donde el padre se acerca haciendo ruidos "amenazantes" hasta el punto de atacar el vientre de las dos niñas, la hermana que no ha desarrollado autismo se involucra en un juego sincroniza-

do y con una reciprocidad cíclica de expresiones, creando un acontecimiento social e intersubjetivo producido por intenciones compartidas. Para la otra hermana, la secuencia no es realmente una interacción recíproca, es decir, no es realmente un juego. Más tarde, al menos en lo que se refiere al autismo, los bajos niveles de sincronía estarían relacionados con la interrupción del desarrollo de la simpatía interpersonal, como efecto de la ausencia o baja frecuencia de comportamientos intersubjetivos. Las diferencias en las funciones conductuales, emocionales o motoras serían entonces el resultado de déficits en el intercambio de atención, intención y afecto, en un momento en el que el encuentro con el otro es fundamental.

## CASO CLÍNICO

Mathias es un niño de cinco años. La familia comenta que cuando va al jardín de infantes evita la compañía de otros niños, se aleja o deambula. Lloro con frecuencia y rara vez participa en momentos de juegos simbólicos. Fue por derivación de esta institución que Mathias se integró al Taller de Música para niños de cuatro a nueve años que coordino como parte de una investigación (Camparo Avila, 2018, 2021 y 2026).

Los educadores observan comportamientos inusuales en Mathias desde su ingreso, tales como apilar y contar sillas o escribir en el suelo la agenda semanal de actividades. Presenta una resistencia notable a ser interrumpido en estas actividades y no acepta realizar otras tareas hasta que las concluye. Esta necesidad se hace evidente cuando lo encuentro leyendo una revista en la sala de espera del consultorio. Al invitarlo a entrar, él me ignora. Su padre, sentado junto a mí y visiblemente avergonzado, comenta: "No se irá antes de terminar la revista". Y efectivamente, así sucede.

Durante las primeras sesiones del taller, identifiqué que el final de diversas actividades, desde canciones hasta rollos de hilo, le representa un problema considerable. Asimismo, noto que estos finales resaltan sus dificultades para coordinar sus movimientos con los demás. Por ejemplo, al realizar una ronda que culmina con todos a-



Figura 1. Ilustración de Coreografía en el Taller de Música.

costados en el suelo, Mathias se desincroniza del grupo, permaneciendo de pie por un momento antes de tirarse al piso (Fig. 1).

A pesar del apoyo de los coordinadores, la dificultad para sincronizarse se convierte en un obstáculo frecuente para su integración con sus compañeros, lo cual disminuye la satisfacción general con el desempeño grupal. Esto también dificulta transformar el sistema coreografía-música en un verdadero objeto mediador (Brun, Chouvier y Roussillon, 2019).

Además de estas dificultades, Mathias permanece inmóvil durante largos periodos, con la mirada perdida en algún rincón de la habitación, la ventana, el reloj, etc. Parece estar absorto, sin poder cantar o bailar con nosotros. Para proporcionar momentos de coordinación de movimientos, se agregan coreografías con gestos sencillos a las canciones propuestas en el taller, permitiendo que sean imitados y compartidos en el ritmo de la canción (Fig. 2).

Posteriormente, exploramos en el tratamiento de Mathias el final de las canciones, convertidas en verdaderas codas. Al igual que las sinfonías, la coda proporciona resolución y dramatismo, con largas pausas que anticipan el final. Esto ocurre también en una canción de un programa infantil, donde el personaje repasa las partes del cuerpo mientras se limpia, y una coda con un largo silencio antes de un acorde final (al estilo de A Day In The Life, de los Beatles) es cantada por él, precedida de imitaciones sincronizadas de la coreografía. Se observa un contraste entre la unidad del grupo y la pérdida de ritmo antes de la conclusión, con un "Ahora se acabó" que Mathias refuerza con expresión facial y vocal de disfrute.

La expectativa de esperar la *coda* le atrae, ya que presenta una nueva configuración del tiempo y sorpresa, mediada por una ritmicidad compartida con los demás. Es también una forma de vitalidad (Stern, 1985) que pasa a ser aplicada a la danza y coreografía, con pausas antes de saltos o caídas al piso,

acompañadas de demostraciones de placer en sus movimientos y su voz. Esta experiencia compartida lo acerca al grupo y durante nuestras sesiones y hace posible la creación de coreografías más complejas, que ponen a prueba sus capacidades recién adquiridas de sincronización (Fig. 3).

Al final del año, el equipo del jardín organiza una reunión para relatar cambios evidentes en la relación de Mathias con adultos y otros niños. Los maestros ahora pueden interactuar con él de manera cariñosa, quien incluso se deja abrazar. Persisten dificultades, pero las interacciones con sus compañeros son más fluidas y espontáneas; Mathias ya no desvía la mirada cuando le hablan y juega con ellos mostrando disfrute.

El trabajo clínico con Mathias señala que las dificultades en sincronizar sus movimientos reflejan problemas en flujo intersubjetivo afectados por el autismo. Nuestra hipótesis es que sus síntomas motores y problemas de relación y comunicación manifiestan una envoltura de privación del movimiento, no solo como déficit en la organización rítmica de la conducta, sino como disritmia, un desacuerdo primario de ritmos (Roussillon, 1991). Quizás, el intento de afirmar un ritmo estuvo presente durante todo este tiempo, por ejemplo, en las acciones de apilar y contar sillas o escribir la agenda en el suelo, aunque de forma cerrada al exterior y con pocas posibilidades de sincronización con los demás.

Es fundamental destacar que en el taller se busca establecer un ritmo interpersonal para el intercambio afectivo. En el caso de Mathias, esta apertura al otro se vinculó a dos aspectos: a los movimientos imitados y coordinados y a las *codas*, asociadas a la espera y llegada del otro. Ambos aspectos están ligados a los mecanismos intersubjetivos que sostienen el proceso de subjetivación en el taller.

A través de la coordinación e imitación de movimientos, la mediación musical posibilita estrategias de sincronización motora y sensorial orientadas por la creación conjunta de formas rítmicas. La organización de gestos, como tocar las partes del cuerpo nombradas en la canción, ofrece una oportunidad de co-regular y comodular los flujos sensoriales



Figura 2. Ilustración de Coreografía en el Taller de Música.



Figura 3. Ilustración de Coreografía en el Taller de Música.

y para que la interacción sincronizada genere nuevas organizaciones fisiológicas y neuronales. Para Mathias, vivir un tiempo organizado con sus pares no solo es placentero, también le permite una experiencia sensorial y motora más integrada, dos aspectos fundamentales para el cambio que experimenta. Podemos suponer, además, que los ritmos compartidos en el nivel motor también reflejen sincronizaciones en niveles endógenos como los procesos genéticos, fisiológicos y neuronales.

En el taller, Mathias puede coordinar e imitar gestos y sonidos en cada pieza, proporcionándole un ritmo de apoyo a sus intentos de acercarse. Comprendemos que, en estas situaciones, él puede beneficiarse de una ritmicidad conjunta con los demás, sostenida en su desarrollo de la musicalidad comunicativa. A su vez, el ritmo es dinámico, como ocurre con la manipulación del silencio en la *coda*, pudiendo ser moldeado por los participantes en su interacción, brindando a Mathias la posibilidad de sentirse diferenciado y explorar su propio sentido de ser. Esta característica de medio maleable es esencial para que la música sea un objeto mediador, constituyendo una clínica en las fronteras (Kachinovsky, Camparo y Dibarboure, 2021), complementando los planes terapéuticos de personas autistas. Es también recomendable que el trabajo de sincronización en el taller no sea grabado, cuando sea posible la interacción entre los participantes.

## CONCLUSIONES

Este trabajo se dedicó al ritmo y, más específicamente, a la sincronía, en tanto que interacción y ajuste mutuo entre los ritmos de y los participantes de un grupo terapéutico de mediación musical. Ritmo y sincronía fueron clave para evaluar clínicamente el proceso terapéutico, así como orientar las intervenciones hacia la creación de vínculos intersubjetivos. Todavía no sabemos los mecanismos que conducen del intercambio social sincrónico a la estructuración del psiquismo en personas autistas; sin embargo, es posible que estén asociados a esta omnipresencia de los ritmos en los diferentes niveles que constituyen la complejidad de la subjetividad. Este carácter ubicuo de los ritmos también permite su incorporación a nuestra teorías y prácticas en torno al autismo, contribuyendo a la aplicación de estos conocimientos en el apoyo, seguimiento y evaluación del desarrollo de los niños autistas. Además, el ritmo podría ser un concepto relevante en otras áreas, como la detección precoz, las intervenciones tempranas y la inclusión social y educativa.

También debe tenerse en cuenta que ritmo y sincronía fueron considerados en el contexto de la práctica clínica, donde el tratamiento no debe concebirse como el paso de una disritmia psíquica a la repetición de ritmos rígidos y medidos, porque estos po-

drían enrigidecer el funcionamiento psíquico y dificultar la contención que el terapeuta puede ofrecer al paciente. Esto requiere una sensibilidad rítmica especial por parte del profesional, no sólo para producir encuentros de ritmicidad compartida, sino también para evitar posibles resistencias al trabajo psíquico. Es precisamente en este sentido que debemos buscar las condiciones necesarias para la elaboración de buenos ritmos, capaces de organizar formas singulares de estabilización pulsional, no necesariamente métricas, con patrones temporales fluidos, incluso improvisados, temporales o inconstantes, únicos para cada encuentro terapéutico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bateson, M. C.** (1979). The epigenesis of conversational interaction: A personal account of research development. En Bullock, M. (Ed.), *Before Speech: The beginning of human communication*, pp. 63-77. Londres: Cambridge University Press.
- Beebe, B., Stern, D. y Jaffe, J.** (1979). The kinesic rhythm of mother-infant interactions. En A. W. Siegman y S. Feldstein (eds.), *Of Speech and Time: Temporal Speech Patterns in Interpersonal Contexts*. New Jersey: Erlbaum.
- Benveniste, É.** (2004). *Problemas de lingüística general I y II*. México: Siglo XXI.
- Bernardi, R., Rossello, J. L. D. y Schkolnik, F. A. N. Y.** (1982). Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, 61, pp. 93-100.
- Boisacq, É.** (1916). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque, étudiée dans ses rapports avec les autres langues indo-européennes*. París: Winter.
- Brazelton, T. B.** (1981). Mothers and fathers: Different rhythms. En *On Becoming a Family*, pp. 144-168. Nueva York: Delacorte Press.
- Brun, A., Chouvier, B. y Roussillon, R.** (2019). *Manuel des médiations thérapeutiques*. Malakoff: Dunod.
- Camparo Avila, D.** (2016). *A musicalidade comunicativa das canções: um estudo sobre a identidade sonora de crianças com autismo*

[Tesi doctoral, Universidade de São Paulo]. São Paulo: Universidade de São Paulo.

**Camparo Avila, D.** (2018). Qualidades Sonoras de Expressões Vocais de Crianças com Autismo em uma Oficina Terapêutica de Música. *Atualidades na investigação em psicologia e psicanálise*, 77.

**Camparo Avila, D.** (2021). Palavra cantada: uma ferramenta para a inclusão educativa de crianças autistas. *Traslaciones. Revista latinoamericana de Lectura y Escritura*, 8(16), pp. 43-62.

**Ciccione, A.** (2005). L'expérience du rythme chez le bébé et dans le soin psychique, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53(1-2), pp. 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2005.01.002>

**Ciccione, A.** (2007). Rythmicité et discontinuité chez le bébé. En A. Ciccione, D. Mellier (Orgs.), *Le bébé et le temps*, pp. 13-38. Malakoff: Dunod.

**Ciccione A.** (2013). Rhythmicity in infants' experiences and their development. *Journal of physiology*, 107(4), pp. 286-290.

**Cito, G., Luisi, S., Mezzesimi, A., Cavicchioli, C., Calonaci, G. y Petraglia, F.** (2005). Maternal position during non-stress test and fetal heart rate patterns. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 84, pp. 335-338.

**Condon, W. S. y Sander, L. W.** (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. *Science*, 183, pp. 99-101.

**Feldstein, S., Konstantareas, M., Oxman, J. y Webster, C. D.** (1982). The chronography of interactions with autistic speakers: an initial report. *Journal of communication disorders*, 15(6), pp. 451- 460. [https://doi.org/10.1016/0021-9924\(82\)90018-1](https://doi.org/10.1016/0021-9924(82)90018-1)

**Fernald, A.** (1992). Meaningful melodies in mothers' speech to infants. En H. Papousek, U. Jurgens y M. Papousek (Eds.), *Non verbal vocal communication: Comparative and Developmental Aspects*, pp. 262-82. Cam-

bridge: Cambridge University Press / Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

**Gratier, M. y Trevarthen, C.** (2008). Musical narrative and motives for culture in mother-infant vocal interaction. *Journal of Consciousness Studies*, 15(10-11), pp. 122-158.

**Golse, B.** (2021). *Mi combate por los niños autistas*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

**Golse, B.** (2021b) . Ce que la psychanalyse nous a appris à propos des stéréotypes autistiques. En P. Landman y D. Ribas (Orgs.), *Ce que les psychanalystes apportent aux personnes autistes*, pp.219 -227. Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.landm.2021.01.0219>

**Guerra, V.** (2017). Diferentes funciones del ritmo en la subjetivación y en la creación. Calibán. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*, 15(1).

**Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L. y Jasnow, M. D.** (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 66(2), pp. 1-132.

**Jerphagnon, L.** (2011). *Histoire de la pensée*. Paris: Tallandier.

**Kachinovsky, A, Dibarboure, M. y Camparo Avila, D.** (Orgs.). (2021). *Mediaciones y mediadores terapéuticos para una clínica de fronteras*. Buenos Aires: Editorial Entreideas.

**Leclère, C., Viaux, S., Avril, M., Achard, C., Chetouani, M., Missonnier, S. y Cohen, D.** (2014). Why synchrony matters during mother-child interactions: a systematic review. *PloS one*, 9(12), e113571.

**Lee, K. y Schertz, H. H.** (2020). Brief report: analysis of the relationship between turn taking and joint attention for toddlers with autism. *J. Autism Dev. Disord.*, 50, pp. 2633-2640. doi:10.1007/s10803-019-03979-1

**McNaughton, K. A. y Redcay, E.** (2020). Interpersonal synchrony in autism. *Current psychiatry reports*, 22, pp. 1-11.

**Maiello, S.** (1995). The sound-object – a hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Journal of Child Psychotherapy*, 21(1), pp. 23-41.

**Malloch, S. y Trevarthen, C.** (Eds.). (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.

**Papoušek, M.** (1996). Intuitive parenting: a hidden source of musical stimulation in infancy. En I. Deliège y J. A. Sloboda (Eds.), *Musical Beginnings. Origins and Development of Musical Competence*, pp. 88-112. Oxford: Oxford University Press.

**Piontelli, A.** (1992). *From fetus to child: An observational and psychoanalytic study*. Londres: Tavistock/Routledge.

**Prechtl, H. F. R.** (2001). Prenatal and early postnatal development of human motor behavior. En A. F. Kalverboer y A. Gramsbergen (Eds.), *Handbook on Brain and Behavior in Human Development*, pp. 415-427. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

**Roussillon. R.** (1991). *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*. París: P.U.F.

**Sauvanet, P.** (2000). *Le Rythme et la raison*. París: Éditions Kimé.

**Stern, D. N.** (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology*. Nueva York: Basic Books.

**Stern, D. N., Hofer, L., Haft, W. y Dore, J.** (1985). Affect attunement: The sharing of feeling states between mother and infant by means of intermodal fluency. En T. N. Field y N. Fox (eds.), *Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ablex.

**Trevarthen, C.** (1979). Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity. En M. M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Interpersonal Communication*. Cambridge: Cambridge University Press.

**Trevarthen, C.** (1999). Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human

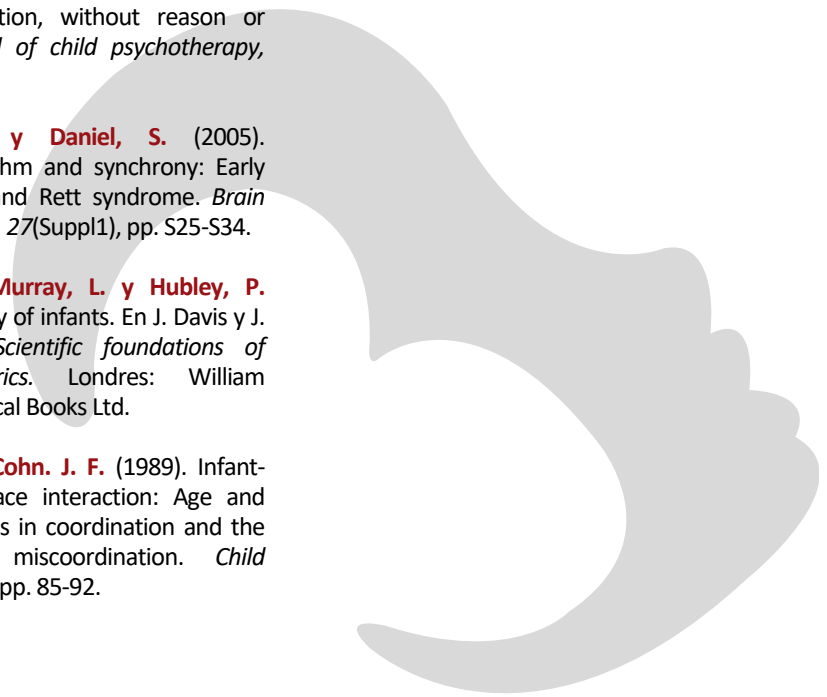
man psychobiology and infant communication. *Musicae Scientiae*, 3(1\_suppl), pp. 155-215.

**Trevarthen, C.** (2005). First things first: infants make good use of the sympathetic rhythm of imitation, without reason or language. *Journal of child psychotherapy*, 31(1), pp. 91-113.

**Trevarthen, C. y Daniel, S.** (2005). Disorganized rhythm and synchrony: Early signs of autism and Rett syndrome. *Brain and Development*, 27(Suppl1), pp. S25-S34.

**Trevarthen, C, Murray, L. y Hubley, P.** (1981). Psychology of infants. En J. Davis y J. Dobbin (Eds.), *Scientific foundations of clinical paediatrics*. Londres: William Heinemann Medical Books Ltd.

**Tronick, E. Z. y Cohn, J. F.** (1989). Infant-mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. *Child Development*, 60, pp. 85-92.





# Evaluación psicológica forense del *bullying* en el espectro autista



– Francisco Núñez Valdivia<sup>1</sup>–

Psicólogo Forense en Asesoría Psicosocial. Profesor asociado de Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Barcelona (España)

## DISCAPACIDAD

La discapacidad es un concepto amplio y complejo sobre la adaptación y el funcionamiento de las personas ante los acontecimientos que suceden a lo largo de las etapas del ciclo vital. Las personas con discapacidad presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Naciones Unidas, 2006). La interacción de la condición de salud y el entorno causan efectos positivos o negativos hacia la persona con discapacidad, anclando su proyecto de vida en algún punto del continuum entre el funcionamiento y la discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Hoy en día sabemos que las personas con discapacidad son más vulnerables a ser víctimas de maltrato y discriminación que el resto de la población (Brown et al., 1995; Horner-Johnson y Drum, 2006; McCarthy y Thompson, 1997; Sobsey, 1994; Verdugo et al., 2002). Además, es innegable que las situaciones de maltrato producen consecuencias negativas en este diverso colectivo, como el aumento en la sensación de aislamiento, la pérdida de autoestima, la ansiedad, el miedo y los sentimientos de incapacidad vergüenza, depresión, culpa, frustración, miedo y estigmatización (Briggs, 1996; Ammerman et al., 1994). En la discapacidad, aumenta la dificultad para reconocer y denunciar el abuso y el maltrato, suponiendo estos hechos en sí

misimos una situación de riesgo para las víctimas, en especial cuando son menores de edad (Berástegui y Gómez-Bengochea, 2007). Aun así, persiste una importante infravaloración del abuso en menores con discapacidad (Ellis y Hendry, 1998; Morris, 1998), reconociendo menos derechos en la práctica que al resto de la sociedad (Kennedy, 1996; Morris, 1998).

Recientemente, nuestra legislación ha adoptado diversas reformas trascendentales en relación a las personas con discapacidad. Un gran paso fue el reconocimiento y la protección de la discapacidad como condición en la reforma del artículo 49 de la Constitución Española a fecha 15 de febrero de 2024. Previamente se promulgó la Ley 8/2021 para la legislación civil y procesal de apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica; así como la Ley 6/2022 para establecer y regular la accesibilidad cognitiva como elemento indispensable para los derechos de las personas con discapacidad. En líneas generales, se promueve el reconocimiento del derecho al acceso y la participación en el proceso judicial en condiciones de igualdad al resto de la ciudadanía, a través de ajustes procedimentales y la eliminación de barreras para hacer una justicia accesible a todos y todas independientemente de las condiciones personales.

## EXPOSICIÓN AL TRAUMA

En general, los hechos traumáticos pueden causar un desequilibrio del estado psicológi-

co previo y la transgresión de las normas sociales, quebrantando el sentimiento de seguridad de la persona en sí misma y en los demás (Echeburúa, 2004). Nadie pone en duda que la presencia de acontecimientos traumáticos puede afectar a la salud física y psicológica en cualquier etapa del desarrollo que se produzcan. Pero si ocurren durante la infancia, el impacto probablemente será más significativo puesto que afectará a una persona en evolución que requiere de especiales condiciones de estabilidad y protección (Varona, 2018).

La transformación del estado mental puede ser un estado crónico o una secuela irreversible en el caso de un Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como consecuencia de haber sufrido un delito violento (Echeburúa, Corral y Amor, 2000). Estos sucesos violentos pueden ser de diversa índole, como por ejemplo: acoso, maltrato infantil, abuso o agresión sexual, testigo de violencia de género o intrafamiliar. Los eventos traumáticos afectan de forma íntegra y diversa al psiquismo humano con diversas repercusiones, tanto leves como severas, que dependen de factores de vulnerabilidad, mantenimiento y protección presentes en cada situación. De esta forma, las consecuencias de vivencias traumáticas pueden ocasionar síntomas depresivos, ansiosos, alteraciones del pensamiento, entre otros.

Los estudios en TEPT sugieren que las personas afectadas presentan cambios en las funciones cognitivas, dificultad para su-

<sup>1</sup> Correspondencia: Francisco Núñez Valdivia (Núñez, F.). Correo electrónico: francisconv@apsicosocial.com

primir recuerdos de estímulos negativos y una metamemoria poco precisa y negativa (Moltrasio et al., 2021). Según Gudjonsson y Henty (2003), las personas con discapacidad intelectual son más susceptibles a la sugestión de su testimonio, debido a que tienen alterados sus procesos básicos, especialmente la memoria y la atención, es decir, no tienen una capacidad de almacenamiento ni la habilidad de mantener una atención centrada que les permita recordar con exactitud los hechos ocurridos.

Un elevado estresor en la etapa infanto-juvenil, como el que se produce en el presente caso, puede tener consecuencias cruciales para su desarrollo neurobiológico y neuropsicológico. Las víctimas de violencia durante la infancia pueden llegar a presentar alteraciones neuroanatómicas en la corteza prefrontal, materia gris, corteza orbitofrontal, sistema límbico, hipocampo, amígdala, disfunciones en la serotonina, dopamina, glutamato y tálamo (Hurtado y Serna, 2012; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Estas modificaciones sugieren una tendencia al uso de la violencia debido a una desregulación del control de impulsos, dificultad de gestión emocional y razonamiento moral (Alcázar et al., 2008; Yang et al., 2010). De forma que un estresor producido por una situación de violencia puede ocasionar dificultades en funciones ejecutivas y falta de adaptación al contexto, influyendo negativamente en su calidad de vida. Son indicadores del funcionamiento psíquico sano y maduro de una persona el hecho de establecer relaciones satisfactorias con los demás, el participar en la modificación del entorno, el resolver equilibradamente sus conflictos y el desarrollo normal de la personalidad (Bares, 1989; Gil-Hernández et al., 2001).

Ante la exposición a una situación de victimización criminal, el ser humano habitualmente responde con el desequilibrio de su estado mental anterior (González y Manzanero, 2018), provocando inseguridad en sí mismo y los demás (Echeburúa, 2004). Aunque la huella psicopatológica a causa de los delitos depende de variables individuales y contextuales, de la persona y de la situación de victimización (Lazarus y Flokman, 1986). Por este motivo, no se puede concluir que toda experiencia traumática pueda provocar unidireccionalmente un TEPT, sino que la variedad de capacidades para afrontar situaciones adversas es tan diferente como la singularidad de cada persona. Todo ello, puede suponer síntomas que cursen con trastornos psicológicos específicos, siendo el TEPT el más conocido. Aun así cabe destacar otros como trastornos relacionados con la ansiedad, estados depresivos, trastornos desadaptativos y/o trastornos de la conducta. Incluso algunos síntomas propios de experiencias traumáticas son característicos del Trastorno del Espectro Autista (TEA), como la alexitimia o la falta de capacidad para entender, procesar o describir emociones.

### TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Los trastornos del neurodesarrollo son un conjunto de trastornos con base neurológica, que alteran las funciones cognitivas y ejecutivas, así como la interacción social. Este conjunto de trastornos del neurodesarrollo también son conocidos como neurodiversidad o neurodivergencia para hacer referencia a la diversidad de formas de pensar, sentir y actuar acorde con su funcionamiento a causa de su condición. Entre ellos, se desta-

ca la prevalencia del TEA caracterizado por dificultades en la comunicación social, conductas repetitivas y patrones de comportamiento restringidos (American Psychiatric Association, 2023). Estas características pueden hacer que los niños y adolescentes con TEA sean objeto de acoso escolar si no se ofrecen los apoyos adecuados y adaptados desde su entorno educativo. Las dificultades en la comprensión de las normas sociales y la falta de habilidades para establecer relaciones interpersonales pueden aumentar su vulnerabilidad. En algunos casos, el comportamiento "diferente" o "peculiar" que exhiben los niños con TEA es percibido por sus compañeros como motivo de burla o exclusión (Vélez et al., 2019).

El acoso escolar se define como un maltrato verbal y modal que continuada y deliberadamente recibe un niño por parte de otro u otros a través de comportamientos crueles con el fin de someterle, amilanarle, intimidarle, amenazarle u obtener algo mediante chantaje y que atenta contra la dignidad del niño y sus derechos fundamentales (Piñuel y Oñate, 2006). Según Morales-Hidalgo y otros (2024), el 58% del alumnado con Trastornos del Espectro Autista (TEA) informan sentirse desplazados o excluidos. Otros estudios recientes sugieren que niños, niñas y adolescentes con TEA triplican el riesgo de sufrir acoso, aislamiento o exclusión social en comparación con otros iguales que no tienen estos diagnósticos (Voltas et al., 2020). El acoso escolar provoca consecuencias a largo plazo, como miedo o desconfianza en las relaciones sociales, aumentando los problemas emocionales y/o conductuales, así como agrava el funcionamiento desadaptativo, en caso de tener TEA. Algunos autores han establecido una serie de variables de las que dependería la intensidad del daño psicológico que una víctima puede desarrollar, como consecuencia de un delito (Echeburúa et al., 2007). Estas variables son:

- La gravedad o la repetición del suceso.
- El carácter inesperado del acontecimiento.
- El daño físico o grado de riesgo sufrido.
- La mayor o menor vulnerabilidad de la víctima.

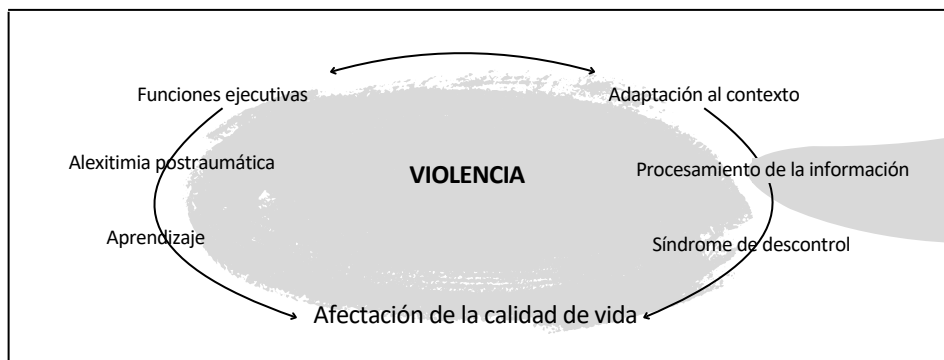


Figura 1. Alteraciones neuropsicológicas por violencia (Adaptación de Hurtado y Serna, 2012).

- La posible concurrencia de otros problemas actuales (por ejemplo: de aprendizaje, social o familiar) y pasados (historia de victimización).
- El apoyo social existente.
- Los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles.

Las circunstancias ambientales pueden influir negativamente en el desarrollo personal de los menores con TEA, propiciando la aparición de otros trastornos mentales. En esas situaciones, la comorbilidad puede dificultar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico (Uzcátegui y Moreno, 2021). Según Vélez et al. (2019), su estudio señala que entre el 40 % y el 70 % de los niños con TEA presentan también síntomas de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), complicando aún más su capacidad de adaptación al entorno escolar. La coexistencia de TEA y TDAH puede aumentar la impulsividad y reducir las habilidades de autorregulación, lo que convierte a estos niños en blanco fácil para el acoso escolar. También se pueden desarrollar otras. Por tanto, las circunstancias ambientales pueden ser determinantes para favorecer un pronóstico favorable de niños, niñas y adolescentes con TEA.

## BULLYING

El acoso escolar o *bullying* es un fenómeno social que afecta gravemente al bienestar en el entorno educativo. El acoso es una conducta violenta que una persona o un grupo de personas realiza con la finalidad repetida e intencionada de dañar o incomodar a otra persona. El daño psicológico se define como la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a esa nueva situación (Echeburúa, Corral y Amor, 2002). El *bullying* es un conflicto violento y destructivo que afecta al profesorado y el alumnado de millones de centros educativos en todo el mundo. Este problema tiene importantes repercusiones sobre el estado psicológico y el desarrollo personal de los individuos afectados. La compleja violencia relacionada con el *bullying* se origina en el ámbito escolar. Sin embargo, puede llegar a hacerse patente fuera de este debido a las

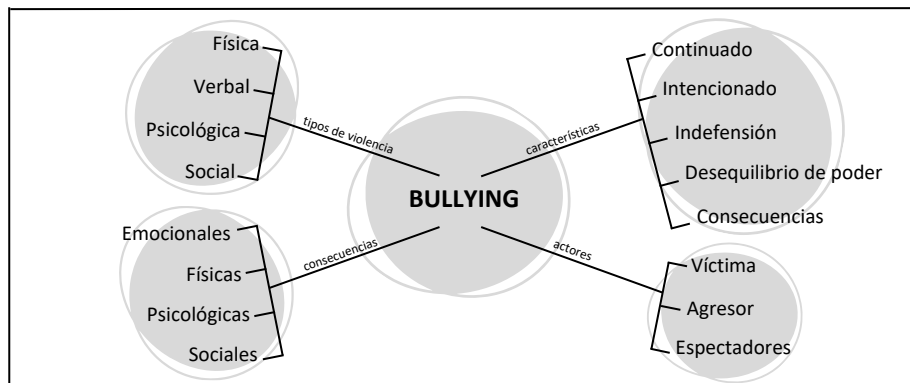


Figura 2. Acoso escolar o *bullying* (Adaptación de Musalem y Castro, 2015)

nuevas tecnologías y las redes sociales. El *ciberbullying* es el término acuñado para definir el acoso, ataques personales y/o información personal o falsa hacia una o varias personas a través de los medios digitales.

En la infancia y la adolescencia, se agravan las consecuencias de violencia especialmente cuando presentan condiciones adicionales de vulnerabilidad. Concretamente, los jóvenes con TEA son particularmente susceptibles al acoso, debido a sus dificultades para entender la interacción y las normas sociales. En este sentido, tienen mayor riesgo de sufrir aislamiento, victimización, fracaso escolar u otras patologías a causa de las repercusiones del acoso escolar. En este contexto, la detección precoz de casos de *bullying* en menores con TEA es fundamental para conocer las vivencias y los recursos personales con que cuenta la víctima para hacer frente al posible daño psicológico adquirido, estableciendo los sistemas adecuados de apoyo para alcanzar las herramientas y las estrategias de afrontamiento de dicho fenómeno.

Las consecuencias del acoso escolar afectan, principalmente, en tres grandes aspectos del desarrollo socioemocional y cognitivo: problemas en el aprendizaje, dificultades sociales y malestar emocional. El *bullying* tiene efectos profundos en la salud mental de menores y jóvenes con TEA. Se ha documentado que las víctimas de acoso pueden experimentar ansiedad, depresión, retraimiento social y baja autoestima (Ramírez, 2015), pudiendo ser más acentuados en los niños con TEA, quienes ya presentan desafíos en el mane-

jo de emociones y en la interacción social. Además, el acoso puede afectar negativamente el desarrollo académico, aumentando el riesgo de fracaso escolar y aislamiento (Ramírez Pérez, 2015).

La prevalencia del *bullying* entre menores con TEA es significativamente mayor en comparación con sus compañeros sin dicho trastorno. Según un estudio realizado en el contexto escolar, el alumnado con TEA tienen cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de acoso escolar que sus compañeros neurotípicos (Gadow et al., 2005). El entorno escolar, por tanto, se convierte en un espacio crítico donde se debe prestar atención a las señales de acoso, especialmente en aquellos que no pueden verbalizar adecuadamente sus experiencias debido a dificultades comunicativas.

## EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FORENSE

La evaluación psicológica forense desempeña un papel crucial en la detección precoz de los efectos del *bullying* en jóvenes con TEA. Este tipo de evaluación implica un enfoque integral que incluye la observación del comportamiento, entrevistas con el niño y su entorno; y la aplicación de pruebas psicológicas específicas que permitan identificar signos de acoso y sus consecuencias emocionales (Vásquez et al., 2010). Según la Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder (Naciones Unidas, 1985), la víctima se refiere a "las personas que, ya sea de forma individual o colectiva, han sufrido algún daño, incluyendo las lesiones físicas o mentales, el sufrimiento emocional, la pérdida económi-

ca o una violación de sus derechos fundamentales, a través de actos u omisiones que conculcan las leyes penales”.

Uno de los desafíos en la evaluación forense de menores con TEA es la dificultad para distinguir entre los comportamientos que son resultado directo del trastorno y aquellos que son consecuencia de factores externos, como puede ser el *bullying*. Los evaluadores deben tener en cuenta que ciertos comportamientos, como la evitación social o los episodios de ansiedad, pueden ser tanto síntomas propios del diagnóstico inicial como respuestas al acoso. Es por ello que se recomienda la utilización de instrumentos específicos para evaluar el impacto del *bullying* en estos casos, como el uso de escalas de ansiedad y depresión adaptadas para el alumnado con TEA (Ramírez Pérez, 2015). También es clave recoger la declaración de testimonio con validez y fiabilidad a través de instrumentos específicos para estos casos. Además de otras herramientas grupales que permiten identificar las dinámicas relacionales, tanto dentro como fuera del aula.

El maltrato implica conductas inmorales, irrespetuosas e indignas hacia otra persona con la intención deliberada de causarle daño (Etxeberria et al., 2013). Una vez que se ha detectado el *bullying* a través de la evaluación forense, es crucial implementar intervenciones tempranas que aborden tanto las necesidades emocionales del niño como el entorno social en el que ocurre el acoso. Las intervenciones deben incluir la capacitación del profesorado y personal escolar para identificar signos de acoso en alumnado con TEA y promover un entorno inclusivo que reduzca el riesgo de *bullying* (Carrascosa-Romero y De Cabo-De La Vega, 2015).

## ACTORES DEL BULLYING

### Víctima

Cualquier joven puede ser escogido como víctima. Basta con ser elegido por alguien dispuesto a abusar de su fuerza sin que el entorno interviniera para prevenir o detener dicha situación. Las principales condiciones de riesgo en las víctimas son: el aislamiento, la indefensión y ser percibido como diferente. En el caso del alumnado



Imagen 1. Niño aislado en el recreo.<sup>2</sup>

con TEA, las víctimas tienen en común la discapacidad, lo que las hace permanecer en un plano distinto respecto a los agresores o al grupo (Hernández, 2017). Las particularidades en la interacción y/o la comunicación de las personas con TEA pueden llegar a dificultar la obtención y la valoración de su testimonio de esta experiencia traumática por parte de los profesionales que lo atiendan. De forma que se aconseja tomar las medidas y los apoyos necesarios para superar las barreras de accesibilidad cognitiva y/o comunicativa.

Extractos de relatos de víctimas de *bullying* con Trastorno del Espectro Autista (TEA):

*“Me cabreaban a posta. Pues, también me pegaban. Y justo cuando me defendía, o después de sufrir eso, me pegaban durante varios días. Pues yo me defendía, pero pegando. Y me castigaban a mí, pero no a ellos”. A.*

*“Pasó hace poquito... tenía como... 9. Fue el curso anterior. Pues me pegaba. Me decía tú ponte aquí y me cogió así (hombros)... y me estiró de los brazos. Pasó una vez... Pasó una vez. No sé... me estiraba... de la camiseta”. G.*

*“No me gusta hablar de eso. Soy muy flojo. Soy flojo de sentimientos. ¿Sabes lo que es? Me hace sentir malamente. Prefiero no recordar esas cosas. D.*

*“Para ser exactos, me pillan por sitios que directamente no hay casi nadie. Porque yo que voy a ir por los que no hay casi nadie, sin que me pueda encontrar a nadie. Y justo lo que pasa es que me empiezan a molestar. Y justo eso es lo que pasa”. P.*

### Agresor

Los agresores y agresoras logran o mantienen su poder en el grupo y ganan popularidad atacando a una víctima que creen que no puede defenderse y que generalmente perciben como indefensa por parte del sistema social en cuyo contexto se produce el acoso. En este caso los testigos desempeñan un papel esencial, pudiendo ser activos o pasivos dependiendo de si animan y apoyan a los agresores y agresoras o por el contrario conocen y observan pero no hacen nada para impedirlo. Por lo que respecta a la figura del acosador o acosadora, se les suele describir como personas agresivas e impulsivas con dificultades para controlar sus impulsos, que presentan incapacidad para ponerse en el lugar de otro y pensar en lo que siente la víctima, no conocen las emociones que siente la víctima. En muchos casos, la víctima puede llegar a ser agresor, alterando ambos papeles en una espiral de agresividad como estrategia de afrontamiento según el contexto. De forma que es necesaria la intervención con agresores, víctimas y espectadores para el tratamiento del acoso escolar.

<sup>2</sup> Imagen suministrada por el autor y generada mediante Inteligencia Artificial.



ción de objetos personales y cambios drásticos en su actitud, como introversión, falta de participación y disminución en el rendimiento académico. Reconocer estas señales es esencial para intervenir de manera oportuna.

Es importante tener en cuenta que las consecuencias de este tipo de situaciones producen en las víctimas sentimientos de indefensión, sumisión e inferioridad. Cuando un hijo o una hija revela que está siendo víctima de acoso, es crucial reforzar su valentía por haberlo compartido. Posteriormente, la familia debe informar al centro educativo y colaborar con los tutores, el departamento de orientación y la dirección para detener el acoso. La comunicación con la escuela debe ser conciliadora, pero firme en la exigencia de medidas activas. Si la situación persiste, se puede recurrir a la Inspección Educativa y, en casos graves, denunciar formalmente el caso, especialmente si hay lesiones físicas que requieran parte médico.

En caso de acoso persistente, valorar la ayuda psicológica para la víctima es una medida esencial para fortalecer su recuperación emocional y desarrollar herramientas para afrontar futuras situaciones. La prevención del acoso comienza en el hogar, donde las familias desempeñan un papel fundamental para proteger a sus hijos e hijas.

### TIPOS DE ACOSO

La convivencia en los centros educativos constituye un elemento esencial para garantizar un entorno seguro, respetuoso y propicio para el aprendizaje. La Ley de Enjuiciamiento Civil 12/2009, en su artículo 37.1, establece un marco normativo que refuerza la importancia de proteger este equilibrio, calificando como faltas gravemente perjudiciales para la convivencia aquellas conductas que impliquen discriminación por razones de género, sexo, raza, nacimiento u otras condiciones personales o sociales. Esta normativa no solo protege los derechos individuales de los miembros de la comunidad educativa, sino que también fomenta un clima de respeto mutuo y equidad.

Entre las conductas que se consideran gravemente perjudiciales para la convivencia destacan las injurias, ofensas, agresiones físicas, amenazas, vejaciones o humillaciones dirigidas hacia cualquier miembro de la comunidad educativa. Estas acciones no solo vulneran la dignidad de las personas afectadas, sino que además generan un ambiente hostil que obstaculiza el desarrollo armónico de las relaciones escolares. Asimismo, el deterioro intencionado de pertenencias y los actos que atenten contra la intimidad o la integridad personal se reconocen como comportamientos que erosionan la confianza y el respeto dentro del entorno educativo.

Otro aspecto relevante de esta regulación es la identificación de conductas que alteran de manera grave e injustificada el desarrollo

normal de las actividades del centro, como el deterioro de las instalaciones o equipamientos, la falsificación o sustracción de documentos y materiales académicos, y la suplantación de identidad en actividades escolares. Estas acciones no solo afectan el funcionamiento institucional, sino que también ponen en riesgo la equidad y la justicia dentro del sistema educativo.

La normativa también incluye como faltas graves la posesión o incitación al uso de medios o sustancias perjudiciales para la salud, reflejando una preocupación por la integridad física y mental de los estudiantes. De igual forma, se presta atención a la reiteración de actos contrarios a las normas de convivencia, subrayando la necesidad de intervenir ante comportamientos persistentes que puedan desestabilizar el orden en el centro educativo.

Tipo	Descripción
Físico	Amenazas, golpes, robo o esconder material y pertenencias, empujones, palizas, etc.
Verbal	Insultos, agresiones verbales, motes, descalificaciones, etc.
Social	Ignorar, aislamiento, ostracismo social, evitar la participación en actividades, contagio de la aversión por parte del resto, etc.
Psicológico	Persecución, intimidación, tiranía, chantaje, manipulación y amenazas.
Sexual	Asedio, inducción o abuso sexual o referencias malintencionadas a partes íntimas del cuerpo de la víctima. Incluye el <i>bullying</i> homófobo si la causa es la orientación sexual.
Ciberbullying	Utilización de las nuevas técnicas tecnológicas para insultos por mensaje de texto, montajes fotográficos o de video de mal gusto, imágenes inadecuadas de la víctima tomadas sin su permiso, suplantación de la cuenta o perfil en las redes sociales para publicar contenido falso, etc.

Tabla 2. Modalidades del *bullying* (Adaptación Fundación ONCE, 2019; citados en Guisado y Hernández, 2022).

Este marco normativo refuerza la importancia de abordar las faltas graves desde una perspectiva correctiva y educativa, promoviendo el desarrollo de competencias sociales y emocionales en los estudiantes. Más allá de establecer límites claros, la ley invita a reflexionar sobre el impacto de nuestras acciones en la comunidad, fomentando un sentido de responsabilidad colectiva.

## FASES DEL BULLYING

El proceso de *bullying* suele seguir una secuencia de cinco fases (Piñel y Oñate, 2012).

**Fase 1.** Incidentes críticos o desencañamiento del proceso por el instigador: posibles pequeños incidentes que se convierten en catalizadores del acoso.

**Fase 2.** Acoso y estigmatización escolar, social y familiar: estigma sobre la víctima en su entorno, transformándose en el chivo expiatorio.

**Fase 3.** Latencia y aprendizaje de la indefensión psicológica: aceptación e internalización de la dinámica de acoso, con pérdida de la esperanza, por parte de la víctima.

**Fase 4.** Manifestaciones psicológicas y psicósomáticas graves: desarrollo de problemas psicológicos graves: ansiedad, depresión, problemas psicósomáticos, alteración conductual, etc.

**Fase 5.** Expulsión o autoexclusión escolar y social de la víctima y victimización a largo plazo o superación del daño: la víctima puede retraerse del ámbito escolar o social con la cronificación del daño, o superarlo a través del apoyo y la protección.

## SEÑALES DE ALARMA

Detectar comportamientos que pueden derivar en acoso es una obligación que implica a la comunidad escolar. También los padres y las madres colaboran en esta tarea. Las personas con TEA presentan dificultades en el reconocimiento y la identificación de aquello que están viviendo. También ocurre que las dificultades comunicativas limitan la capacidad de contar lo que está pasando,

por lo que es necesario usar ayudas visuales como dibujos, escritura, viñetas o pictogramas (Hernández, 2017). Por este motivo, el diagnóstico diferencial implícito en las evaluaciones psicológicas permite detectar la sintomatología propia de los trastornos del neurodesarrollo de otros trastornos derivados de experiencias traumáticas. Cabe señalar que los eventos estresantes modulan leve o permanentemente la estructura mental de las víctimas, ocasionando diagnósticos más allá del TEPT como pueden ser patologías relacionadas con el estado de ánimo, la personalidad o la conducta.

Señales de alarma (Musalem y Castro, 2015):

- Pérdida o daño en libros, ropa, mochila.
- Heridas o moretones.
- Comportamientos más ritualistas y obsesivos tales como aumento de estereotipias, preguntas repetitivas, tics nerviosos, temores o preocupaciones.
- Se muestra hipersensible o reacciona de manera exagerada ante pequeños incidentes, se muestra nervioso/a.
- Tristeza.
- Pérdida de interés por actividades que antes le gustaban.
- Más aislamiento, menor comunicación (habla y se comunica menos).
- Dificultades de atención (se muestra distraído/a, olvidadizo/a).
- Resistencia o rechazo a ir a la escuela.
- Problemas de sueño.
- Dolor de cabeza o de estómago.
- Cualquier cambio súbito o importante en la conducta.

## CONCLUSIONES

El *bullying* es una problemática de gran trascendencia social que impacta significativamente en el desarrollo emocional, social y académico de niños, niñas y adolescentes. En particular, el alumnado con TEA se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad debido a las características intrínsecas de su condición, como las dificultades en la interacción social, la comunicación y la comprensión de normas implícitas (Vélez et al., 2019). Estas características no solo los exponen a un mayor riesgo de ser víctimas de acoso escolar, sino que también dificultan la identi-

ficación y el abordaje de estas situaciones por parte de las instituciones educativas y las familias.

La prevalencia del acoso en menores con TEA es alarmante, alcanzando niveles hasta cuatro veces superiores a los de sus compañeros neurotípicos (Gadow et al., 2005). Este fenómeno genera secuelas graves en las víctimas, incluyendo ansiedad, depresión, retraimiento social y un deterioro significativo en la autoestima (Ramírez, 2015). Además, el acoso puede exacerbar problemas previos relacionados con su diagnóstico, lo que agrava las dificultades de adaptación al entorno escolar y social, y aumenta el riesgo de fracaso escolar y aislamiento (Voltas et al., 2020).

Para abordar esta problemática, es imprescindible que las instituciones educativas implementen estrategias inclusivas y proactivas, centradas en la prevención, la detección temprana y la intervención efectiva. Estas estrategias deben incluir programas de capacitación para el personal escolar, diseñados para identificar señales de acoso y promover un entorno inclusivo que reduzca las dinámicas de exclusión (Carrascosa-Romero y De Cabo-De La Vega, 2015). Además, el uso de herramientas de evaluación psicológica forense adaptadas para menores con TEA resulta esencial para diferenciar entre los efectos del *bullying* y los síntomas propios del trastorno, permitiendo una intervención más precisa y eficaz (Ramírez Pérez, 2015).

Medidas de protección y prevención de *bullying* en el ámbito escolar:

- Aumentar la vigilancia y protección.
- Enseñar estrategias de afrontamiento a las víctimas.
- Medidas de control de estrés en víctimas y agresores.
- Ayudar en el proceso de reparación del daño.
- Ofrecer experiencias positivas de relación con compañeros/as.
- Intensificar la colaboración familia-escuela.

Además, se ha demostrado que el entrenamiento en habilidades sociales es una herramienta eficaz para mejorar las interac-

ciones sociales de estudiantes con TEA y reducir su vulnerabilidad al *bullying* (Antshel et al., 2016). Aunque algunos estudios señalan que el alumnado con TEA y sus comorbilidades, como la ansiedad pueden beneficiarse de estas intervenciones, se ha encontrado que aquellos con TEA y TDAH comórbido no siempre muestran mejoría significativa (Antschel et al., 2011). Por tanto, es necesario adaptar las intervenciones a las características individuales de cada niño.

Por otra parte, el papel de las familias es fundamental en la prevención del acoso escolar. La promoción de un clima de comunicación abierta y confianza en el hogar, así como el fomento de valores como la empatía, el respeto y la responsabilidad, son pilares esenciales para fortalecer la resiliencia de los menores y reducir su vulnerabilidad frente al *bullying* (Fundación ANAR, 2021). Además, la colaboración activa entre las familias y los centros educativos es clave para garantizar una respuesta coordinada y efectiva ante cualquier indicio de acoso.

En última instancia, el acoso escolar no solo representa un problema para las víctimas directas, sino que compromete el equilibrio de toda la comunidad educativa. Por ello, es imprescindible promover una cultura de respeto y solidaridad, en la que todas las partes involucradas asuman su responsabilidad en la creación de un entorno seguro y equitativo para el aprendizaje. La combinación de intervenciones educativas, apoyo psicológico y acciones comunitarias puede mitigar significativamente las consecuencias del *bullying* y contribuir a construir una sociedad más inclusiva y empática.

## BIBLIOGRAFÍA

- Álvaro Cabrera, E. (2022). *Bullying y cyberbullying en adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria: Incidencia y variables sociales asociadas*. Repositorio Universidad de Alcalá.
- Álvarez-García, D., Menéndez, S., González, P. y Rodríguez, C. (2012). Hiperactividad-impulsividad y déficit de atención como predictores de participación en situaciones de violencia escolar. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(2), pp. 185-202.
- Aguirre, M., Sidera-Caballero, F., Rostan-Sánchez, C. y Onandia-Hinchado, I. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación diagnóstica con el Trastorno por estrés postraumático infantil: Una revisión sistemática. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 9(1), pp. 9-19.
- American Psychiatric Association (2023). *DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Ammerman, R. T., Hersen, M., Van Hasselt, V. B., Lubetsky, M. J. y Sieck, W. R. (1994). Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and Correlates. *American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 33(4), pp. 567-576.
- Antshel, K. M., Zhang-James, Y., Wagner, K. E., Ledesma, A. y Faraone, S. V. (2016). *The co-occurrence of attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorder: An update. Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(1), pp. 3-15.
- Bacchini, D., Affuso, G. y Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: The mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, 34(5), pp. 447-459.
- Baumrind, D. (1996). The discipline controversy revised. *Family Relations*, 45(4), pp. 405-414.
- Berástegui, A. y Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15(3), pp. 293-306.
- Briggs, F. (1996). *Developing personal safety skills in children with disabilities*. London: Jessica Kingsley.
- Brown, H., Stein, J. y Turk, V. (1995). The sexual abuse of adults with learning disabilities. *Mental Handicap Research*, 8, pp. 3-24.
- Carrascosa-Romero, M. y De Cabo-De La Vega, I. (2015). *Trastornos del neurodesarrollo: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15(3), pp. 373-387.
- Etxeberria, X., Goikoetxea, M., Martínez, N., Pereda, T., Jauregi, A., Brosa, J., Posada, G. y García-Landarte, V. (2013). El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Universidad de Deusto.
- Gadow, K. D., DeVincent, C. J., Pomeroy, J. y Azizian, A. (2005). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), pp. 1-12.
- Gudjonsson, G. H. y Henry, L. (2003). Child and adult witnesses with intellectual disability: The importance of suggestibility. *Legal and Criminological Psychology*, 8(2), pp. 241-252.
- Guisado Ruiz, M. y Hernández de la Torre, E. (2022). El acoso escolar en niños con diversidad funcional. Atención educativa mediante la educación emocional. *Educación Inclusiva*, 15(2), pp. 115-129.
- Hernández Rodríguez, J. M. (2017). *Acoso escolar y trastorno del espectro del autismo: Guía de actuación para profesorado y familias*. Madrid: Confederación Autismo España.
- Horner-Johnson, W. y Drum, C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disability: a review of recent published research. *Mental retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, pp. 57-69.
- Luzuriaga, N. y Ruiz, G. (2023). *Revisión sistemática sobre el acoso escolar a estudiantes con discapacidad que asisten a escuelas regulares*. *Reinicisol*, 2(4), pp. 116-128.
- Martín, N., Cueli, M., Cañamero, L. M. y González, P. (2022). ¿Qué sabemos sobre los estilos educativos parentales y los trastornos en la infancia y adolescencia? Una revisión de la literatura. *Psicología y educación*, 17(1), pp. 44-53.

**McCarthy, M. y Thompson, D.** (1997). A prevalence study of sexual abuse of adults with intellectual disabilities referred for sex education. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, pp. 105-124.

**Moltrasio, J., Aguilar, V. y Rubinstein, W. Y.** (2021). Alteraciones y sesgos de memoria en el Trastorno por estrés postraumático y Estrés Traumático Secundario: Una revisión sistemática. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 40, pp. 30-51.

**Musalem, R. y Castro, P.** (2015). Qué se sabe de bullying. *Medicina Clínica Condes*, 26(1), pp. 14-23.

**Naciones Unidas** (1985). *Declaración sobre los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y del abuso de poder.*

**Naciones Unidas** (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.*

**Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).* OMS.

**Ramírez, M.** (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. *Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), pp. 45-54.

**Sobsey, D.** (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance.* Baltimore, MD: Paul H. Brookes.

**Uzcátegui, A. y Moreno, Y.** (2021). Comorbilidad de los trastornos del espectro autista. *Revista del Grupo de Investigaciones en Comunidad y Salud*, 6(4), pp. 215-219.

**Varona, G.** (2018). *Victimología: en busca de un enfoque integrador para repensar la intervención con víctimas.* Cizur Menor: Aranzadi.

**Vásquez, M. J., Feria, M. A., Palacios, L. y De la Peña, F.** (2010). *Guía clínica para el Trastorno Negativista Desafiante.* México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

**Vélez, G., Vélez Flórez, M. C., y Chaskel, R.** (2019). Presentación simultánea de trastornos del espectro autista y de síntomas de déficit de atención e hiperactividad. *Psicopatología y Salud Mental*, 33, pp. 23-33.

**Verdugo, M. A., Alcedo, M. A., Bermejo, B. y Aguado, A.** (2002). El abuso sexual a personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14, pp. 124-129.

**Voltas, N., Canals, F., Morales, P. y Hernández, C.** (2020). *EPINED – Neurodevelopmental Disorders Epidemiological Project.* Universitat Rovira i Virgili.



# La escenoterapia con niños y niñas autistas



– Núria Monreal –

**Psicóloga General Sanitaria. Maestra de Educación Especial. Centro Educativo y Terapéutico Carrilet. Miembro del Centro GRUP. Barcelona (España)**



– Meritxell Prat –

**Psicóloga. Terapeuta Psicomotriz, Bioenergética y Sonido. Consultora social. Consulta privada de Psicología Integrativa. Barcelona (España)**

El presente artículo expone la experiencia en torno a un modelo de Psicoterapia grupal de línea psicodinámica aplicada a grupos de niños con TEA (Trastorno del Espectro Autista) realizada desde el 2007 en Carrilet, un centro educativo específico para niños con autismo en la ciudad de Barcelona. Se presentan algunas de las adaptaciones y viñetas clínicas para presentar la escenoterapia como un gran recurso educativo y terapéutico en niños y niñas con un trastorno grave del desarrollo con afectación en la identidad, las relaciones y el simbolismo.

## INTRODUCCIÓN

La escenoterapia es una herramienta terapéutica y grupal creada en los años 70 por profesionales de la Fundación Vidal y Barraquer que se sustenta en conceptos de Sigmund Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott y Hanna Segal entre otros reconocidos psicoanalistas. Se define como una modalidad de atención psicológica grupal que utiliza la dramatización y la improvisación escénica como formas esenciales de comunicación y expresión. Mediante la dramatización, la expresión de dificultades, inquietudes, preocupaciones o situaciones conflictivas esta técnica promueve “un espacio facilitador para que el conflicto salga a la luz y en el que los miembros del grupo juegan dramatizando, inven-

tando historias y representando papeles que no están conscientes ni intencionadamente relacionados con sus problemas” (Cabré, 2014).

Esta técnica, con una gran diversidad de aplicaciones terapéuticas, es usada en pacientes con una amplia heterogeneidad de perfiles. En este artículo destacamos la experiencia de su uso con niños y niñas con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista (TEA). Según una gran diversidad de autores como Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985), estos niños y niñas presentan afectación en diferentes capacidades como son la atención conjunta, la intersubjetividad primaria y secundaria, la construcción de un yo diferenciado como alguien dotado de mente y pensamiento, así como necesidades y deseos diferentes a los propios. Las dificultades relacionales de estos niños y niñas responden a un aparato psíquico particular que tiene una forma de procesar el mundo diferente. Presentan, a la vez, dificultades en la integración de una corporalidad diferenciada y subjetivada y dificultades en conectar las vivencias sensoriales con las emociones y la conciencia de estas vivencias (Viloca, 2012).

Según estas descripciones, los aspectos comunicativos, representativos y corporales se registran como las principales dificultades de estos niños y niñas y, a su vez, son los as-

pectos protagonistas con los que se trabaja en la técnica de la escenoterapia. Justamente esta apreciación, junto con la práctica llevada a cabo, es lo que nos permite afirmar su adecuación y potencial, tal y como iremos desgranando a lo largo del artículo.

Las viñetas clínicas y adaptaciones de la técnica que se presentan se refieren a una prueba piloto realizada con diversos grupos de niñas y niños con TEA. Estos niños y niñas presentaban capacidades cognitivas y simbólicas bastante preservadas para realizar propuestas sencillas de juego compartido. “La finalidad era la de comprobar si una técnica grupal con un componente claramente lúdico podía favorecer, por un lado, la expresión de sentimientos y emociones a través del cuerpo y, por otro, a un nivel psicopedagógico, proporcionar recursos nuevos en la relación y trabajar habilidades sociales como escucharse, esperar el turno y mirarse” (Monreal, 2014).

El resultado de la experiencia nos sorprendió gratamente. Empezamos a ver cómo niños que no jugaban (Subirana, 2004), con la estructura que ofrecía la técnica, el setting, las adaptaciones adecuadas y la contención oportuna, podían llegar a crear una escena en grupo. Un nuevo marco de trabajo que nos permitía poder intervenir

de forma terapéutica y al mismo tiempo también de forma psicopedagógica en los aspectos citados como esenciales para estos niños y niñas. Los niños eran capaces de recordar las historias y los personajes realizados durante mucho tiempo gracias al impacto emocional generado por la experiencia grupal.

## OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Algunos de los objetivos de la escenoterapia hacen referencia a aspectos comunicativos, relacionales, simbólicos y también a la comprensión y elaboración emocional. Podríamos pensar que nos encontramos ante una premisa difícil de alcanzar para niñas y niños con TEA, lo que nos condujo a la hipótesis de convertir estas dificultades y posibles carencias en objetivos y potenciales facilitadores del proceso.

La técnica permite trabajar creando escenas de grupo compartidas que representan el motor, reto y propósito para con estos niños y niñas. A lo largo de la experiencia hemos comprobado como la contención de dos co-terapeutas y, a menudo, un observador, una estructura fija y la repetición del procedimiento semana tras semana, permiten ir integrando, de forma progresiva, las premisas básicas para el ejercicio y participación de la escenoterapia.

La *flexibilidad* es un aspecto clave que permite adaptarse a la diversidad de propuestas de todos los componentes del grupo, así como modificar una idea propia, facilitando ciertos cambios en sus aspectos de rigidez y favoreciendo expresiones más creativas. Incluso la *improvisación* aparece como un hilo conductor a lo largo de las sesiones, permitiendo procesos importantes en la expresión del psiquismo de estos niños y niñas con autismo. La incapacidad de acceder a un mundo de fantasía, al juego simbólico o a la imaginación debido a un paro en su aparato psíquico hace necesario que pensemos en opciones que ayuden a reconstruir o reparar algunas funciones. De hecho, cuando hablamos de grupos y tomamos como referentes a autores tan importantes como Bion, Foulkes, Winnicott, Klein o Aucouturier, se nos hace evidente lo complejo y sensible que es utilizar sus aportaciones para trabajar en grupos de escenoterapia. Con esta técnica procuramos trabajar desde la acción para llegar a la comprensión, un intento de crear un espacio

transicional (Winnicott) de diferenciación entre fantasía/realidad o personaje/individuo. Dos procesos fundamentales en la evolución del individuo son la capacidad de mentalizar y la de simbolizar. Ayudar a los niños a conectar las sensaciones con las emociones y poner palabras a las vivencias permite o favorece la simbolización. Sabemos que la repetición será un facilitador como lo será el dibujo/resumen que hagamos al finalizar la sesión que nos permite conocer la mirada del niño hacia la escena vivida y compartirla con los compañeros.

## LA TÉCNICA DE ESCENOTERAPIA Y EL SETTING REALIZADO EN EL ÁMBITO ESCOLAR

La técnica de escenoterapia normalmente se realiza en grupos de seis a diez personas de distinto género y que no tengan relación previa entre ellos. Nuestros grupos han sido formados por entre cuatro y ocho miembros, a fin de poder gestionar mejor las individualidades y necesidades de cada alumno. Entre ellos se conocen bien ya que forman parte del mismo grupo-clase y, por tanto, podemos observar dinámicas grupales que ya están creadas y que resultan facilitadoras de aspectos relacionales.

Las sesiones descritas se han realizado en horario escolar y de forma semanal. Su duración ha sido variable según el grupo, entre 45 minutos y una hora y media, y han estado dirigidas por una pareja terapéutica y, en algunas ocasiones, se ha añadido un observador u observadora.

Tal y como sucede en una narración clásica, la sesión tiene un inicio, un nudo y un desenlace:

- Una primera parte en la que todos los participantes esbozan un argumento y distintos personajes.
- Una segunda parte para realizar la representación mientras los terapeutas observan.
- La tercera parte es un comentario conjunto de lo experimentado, tratando de comprender el sentido en grupo y el vivido por cada individuo (Cabré, 2002). Para la adaptación al perfil de niños y niñas con TEA, en este apartado incorporamos la realización de un dibujo como facilitador expresivo y representativo.

## LOS CASOS PARTICULARES ENTRE LA DIVERSIDAD DEL GRUPO Y SUS PROCESOS DE ADAPTACIÓN A LAS SESIONES

### El caso de Roc: de la necesidad de control a la imitación.

Uno de los grupos estaba formado por cinco niños, la mayoría de ellos con recursos para participar de la escenoterapia y uno de ellos, Roc, con un perfil con más dificultades para su comprensión e integración. Pudimos observar cómo permaneció distante respecto a la actividad durante el primer trimestre, mientras el resto del grupo creaba historias. Necesitaba controlar su entorno de forma compulsiva y buscaba la seguridad a través de la repetición de los acontecimientos que marcaba el calendario. Su cuerpo reflejaba tensión y permanecía rígido y paralizado gran parte de las sesiones. Para elegir su personaje necesitaba recurrir a materiales visuales y concretos que estaban a su alcance colgados en las paredes. De allí salió su personaje, al que se adhirió durante meses, y que le permitió poder vivir con cierta tranquilidad el inicio de las sesiones, dado que sabía que él sería "Rayo McQueen". Poco a poco, se mostró más observador y podía repetir comentarios de los demás niños, incluso podía llamarles durante la representación por el nombre del personaje que habían adoptado.

Roc, a pesar de tener momentos de desconexión, de no tener la capacidad de representar y de sus rasgos obsesivos, fue capaz de adaptarse a esta técnica y llegar a disfrutar. Podía explicar los elementos básicos de la obra, por ejemplo, dónde o qué pasaba, conocía y recordaba los nombres representados por los demás niños y llegó a imitar a veces lo que hacían los demás, relacionándose así con ellos. La imitación, de hecho, es otro de los procesos que está alterado en los niños con autismo, siendo ésta una de las bases del aprendizaje. Por este motivo, consideramos un signo de evolución el momento en que pueden empezar a realizarla. El sentido que se le puede atribuir a la imitación a un nivel simbólico variará mucho en función del niño o niña y dependerá de la capacidad simbólica que haya podido desarrollar; mientras que algunos serán capaces de usar materiales cambiando su utilidad habitual, por ejemplo, simulando hablar por teléfono con un lápiz, otros se limitarán a repetir la acción que hacen los demás. En todos los casos tiene un sentido relacional.

### El caso de Marc: la expresión escénica de la ambivalencia emocional.

Marc era un niño muy motivado por la actividad y con un gran repertorio de recursos y mundo de fantasía que fue modificando su rol en el grupo. Desde el principio, aparecieron las ganas de representar personajes que podían ser buenos y malos según el momento. Este hecho era valorado positivamente dada su dificultad en integrar emociones y nos permitía trabajar la dificultad de convivir con sentimientos contradictorios. Marc era capaz de expresar sus ganas de hacer de un robot que destruyera y matara a todos (proyectando una parte más agresiva) y posteriormente explicar cómo se volvería bueno y repararía todo el mal hecho. A pesar de sus palabras, no era capaz de interpretarlo en la representación dado que hacer de malo, para él, equivalía a “ser malo”. Hanna Segal (1957) definió esta idea con el concepto de ecuación simbólica y se refiere a la confusión entre ficción y realidad, produciendo miedo a “convertirse

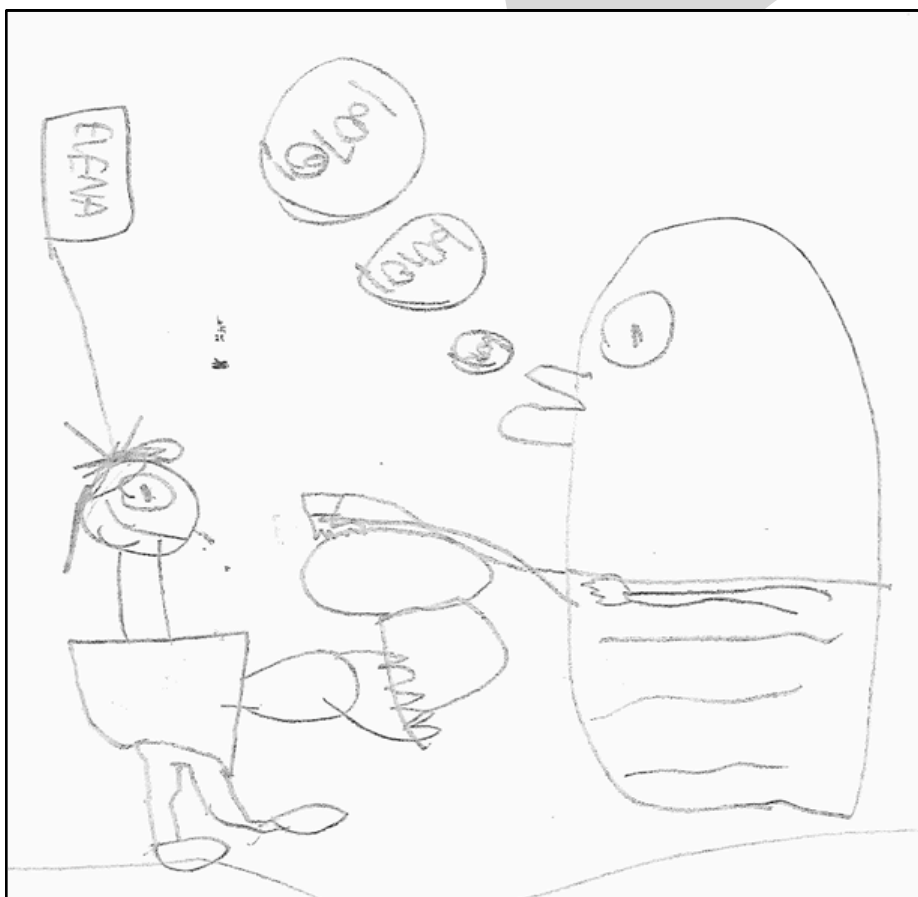
en”. Marc se quedaba en un paso previo, que era pensar/fantasear en ese posible personaje.

Este niño era uno de los motores del grupo. Protagonizaba muchas obras teniendo un papel protagonista, casi siempre de superhéroe, pero como otros niños progresivamente pudo empezar a hacer de personajes humanos: de policía, de presentador, etc., indicándonos cómo se fue acercando a temáticas más terrenales y cercanas. Si hasta ese momento su función siempre había girado en torno a salvar o ayudar a los demás, se hizo evidente que había sucedido algo en una de las representaciones en la que él era un payés que cultivaba con mucho esfuerzo verduras y frutas. Se pasó un largo rato con una silla del revés que simulaba ser una carreta peinando el supuesto campo, hasta que llegó la hora de recolectar y recoger todo el fruto de su trabajo. En ese momento, juntó a todos sus compañeros para prepararles una merienda y ofrecerles lo que había conseguido. Ese gesto que podemos interpretar como una

muestra de gratitud, fue vivido de una forma especial y tanto el niño como los compañeros mostraron su alegría ante esta preparación de una fiesta/merienda.

### El caso de Toni: sobre la confusión entre realidad y ficción.

Toni tenía un diagnóstico de Síndrome de Asperger. Era un niño con capacidad imaginativa y la escenoterapia le permitía poder colocar todos aquellos intereses y fantasías en un espacio donde eran permitidos. Podía crear unos argumentos enrevesados y disfrutaba mientras los elaboraba, pero su dificultad era aceptar la propuesta de los demás y que lo suyo fuera rechazado. La frustración que le generaba era grande y podía inicialmente mantenerse bloqueado en un monólogo lleno de quejas. Toni creó un personaje que fue repitiendo durante el curso. Éste era una bolsa de agua que únicamente se podía comunicar a través del sonido “glup-glup”. Lo representaba dando saltos con los pies juntos y perseguía a los demás compañeros haciendo ese sonido, buscando una especie de “conversación”. Toni podía explicarnos durante la verbalización cómo al hablar un idioma diferente al resto nadie le entendía, a veces le señalábamos que era lo mismo que le sucedía a veces en sus relaciones; que a él le gustaba mucho hablar de tecnología y que la mayoría no le podíamos seguir o no teníamos el mismo interés. También durante el curso hubo algún momento más crítico, donde Toni llegó a confundir la ficción con la realidad. La necesidad de controlar su entorno y personas cercanas hizo que quisiera representar un señor que tenía un mando a distancia desde el que podía detener a cualquiera. Durante la obra, Toni se puso muy nervioso porque su mando “no funcionaba”. Empezó a gritar a todos los compañeros y compañeras para que hicieran lo que él quería. Con esta obra nos dimos cuenta de la importancia de dejar claro lo que era real y lo que no y, como ya hemos comentado, al fallar el juego simbólico y darse la ecuación simbólica, en vez de representar, “se convierten en” el personaje. Ayudarles a diferenciar entre unos y otros y que progresivamente puedan ir colocándose en la piel de un personaje nos permitirá poder ir trabajando la empatía en algunos niños, otra de las grandes dificultades en los niños con TEA.



Dibujo del personaje 'Boom agua'.

### El caso de Elena: la comunicación a través del dibujo.

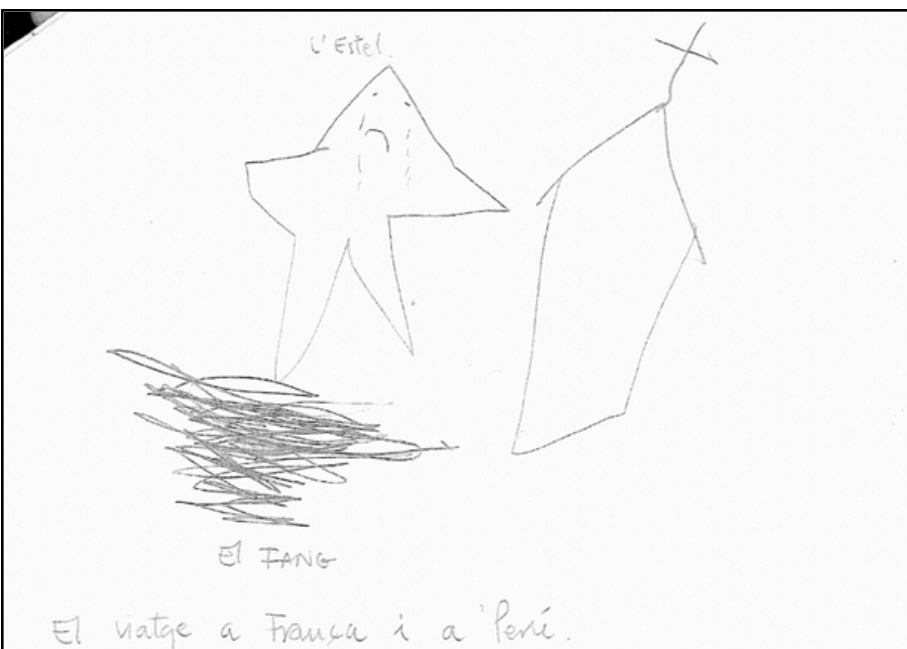
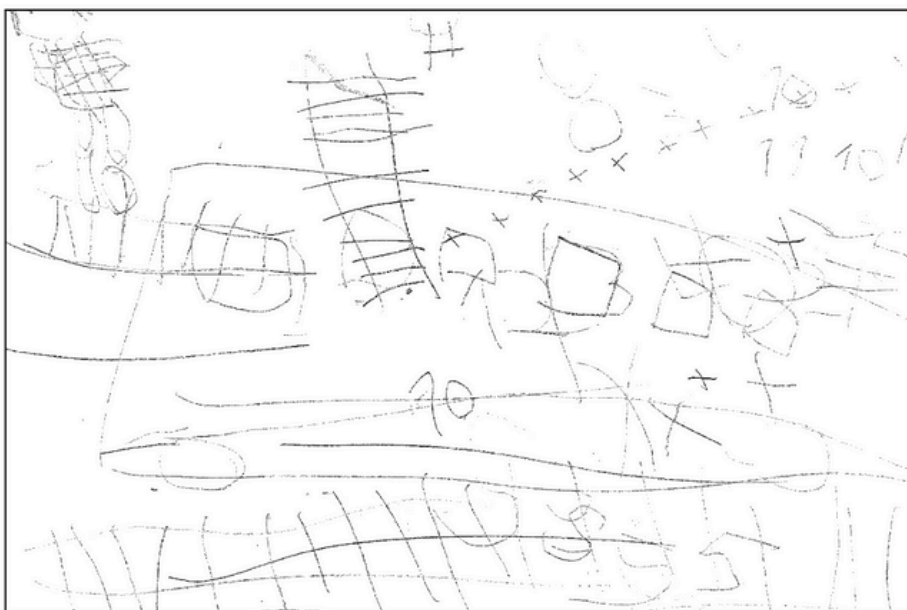
Elena realizó escenoterapia durante dos años. El inicio resultó complicado, ya que a pesar de que podía disponer de ciertas capacidades simbólicas, también mostraba resistencia hacia aquellas actividades que la conectaban con las emociones. Durante el primer trimestre no fue capaz de levantarse del suelo mientras se representaban las obras. Sus dibujos reflejaban un caos interior donde todo resultaba muy confuso, aunque por otro lado podía elegir el nombre de su personaje, que repetía sesión tras sesión.

A pesar de la ayuda ofrecida por los compañeros, no fue hasta el segundo trimestre que empezó a participar de la representación, situándose en una esquina de la clase en posición vertical y observando todo lo que sucedía. Poco a poco, empezó a permitir que los niños la ayudaran y estos integraban en la historia cualquier idea que ella proponía (aunque no fuera esa su finalidad). Por ejemplo, cuando Elena dijo en voz alta "pañuelos", el grupo lo acogió representando estar enfermos. En otra ocasión, verbalizó "saltar" y el grupo transformó esta idea en una celebración en la que saltaban de alegría por haber sido premiados en la lotería. En estas situaciones, Elena permitía que la cogieran de las manos e imitaba a sus compañeros.

La evolución y el proceso de subjetivación que Elena pudo ir adquiriendo quedó plasmado en la capacidad representativa que fueron tomando sus dibujos. Al principio llenaba las hojas de elementos desordenados y superpuestos generando una sensación caótica. Después, Elena empezó a dibujar sonrisas que, aunque no formaban parte de ninguna cara, expresaban emociones. Progresivamente fue dibujando esas sonrisas dentro de un rostro y un cuerpo de una niña contenta.

Más tarde, fue integrando otros elementos como, por ejemplo, casas, iglesias, cruces, nombres de personajes a los que, aunque no siempre tuvieran que ver con la obra, se les procuraba dar un sentido vinculado a la experiencia grupal.

Elena continuó participando de escenoterapia durante otro curso escolar. En las sesiones aparecieron más emociones y esa nueva dinámica la asustó. Volvió a adoptar un



Evolución de los dibujos de Elena.

papel más pasivo, aunque podía observar lo que sucedía a su alrededor. A pesar de que a simple vista podía parecer que volvía a estar desconectada, pudimos observar que

no era así, dado que en cierto momento usó la palabra "triste". Al preguntarle si quería que su personaje estuviera triste, ella misma propuso que éste llorara y lo interpretó. Esta



Dibujo de un compañero de la historia creada por el grupo.

apertura hacia lo emocional empezó a ocurrir en cada sesión de escenoterapia y fue generalizándose a otras situaciones cotidianas. Así, dentro y fuera de las sesiones, pudimos acompañarla a ir elaborando las cosas que daban miedo, sustos, penas o pérdidas.

A través de Elena, también descubrimos la percepción que los niños y niñas tienen entre ellos. En este caso, esta percepción quedó muy bien reflejada en una historia que construyeron en la que Elena era una princesa encerrada en una torre a la que todos querían salvar, siendo necesario superar muchas pruebas difíciles por el camino. De alguna manera todos podían captar la distancia que ella marcaba en las relaciones y, por otro lado, algunos compañeros sentían el deseo de incluirla en el grupo.

En este último dibujo se puede ver cómo, mediante viñetas, un compañero ilustró las diferentes trampas que tuvieron que pasar para llegar a ella: trampas de pinchos, lluvia de bombas, etc.

### El grupo: la adaptación entre lo fantástico y lo concreto.

Por parte de las terapeutas y frente a un gru-

po donde coexistían niveles diferenciados entre lo fantástico y lo concreto, fue importante ayudarles a adaptarse entre ellos. La tendencia a utilizar aspectos fantásticos por parte de los líderes podía perjudicar a algunos compañeros que, teniendo un funcionamiento más concreto, no podían participar de las dinámicas y representaciones. En un primer momento de la sesión, aparecían argumentos complejos y extremadamente fantásticos que necesitaban la contención y acompañamiento del adulto para transformarlos en una historia comprensible para todos. A lo largo del trabajo de todo el curso, la transformación de las historias se hizo evidente y de historias de extraterrestres con pensamientos y funciones extraordinarias pudieron aparecer escenas más primarias en las que, por ejemplo, interpretaban animales o personajes más cotidianos. Por ejemplo, en una de las obras del último trimestre, interpretaron a unos personajes que querían llegar al piso 20 de un edificio, pero se encontraban con un ascensor estropeado. Ellos tenían que ir subiendo a pie, pero en cada uno de los pisos se iban a encontrar cosas buenas: juguetes, caramelos, etc. Esta obra nos hizo pensar en cómo estos niños y niñas pudieron representar sus dificultades para acceder al mundo que les rodea y cómo, a la

vez, también el esfuerzo conlleva algunas recompensas que celebraron.

### DE LA JUSTIFICACIÓN A LA REFLEXIÓN

En un primer momento y habiendo reflexionado sobre las dificultades de estos niños, consideramos que la técnica de la escenoterapia podía favorecer los procesos en grupo e individuales que implican situaciones sociales y relacionales.

La situación grupal que se da en esta modalidad terapéutica les permite encontrarse con sus carencias y disponer de un espacio compartido con iguales y con dos terapeutas que les van a acompañar en sus procesos de crecimiento. En un mismo grupo nos encontramos tantas individualidades como niños y niñas. Cada uno conforma un sinfín de manifestaciones diversas y dispersas, con niveles e intensidades relacionales, cognitivas y emocionales heterogéneas. En este sentido, la escenoterapia permite la flexibilidad y apertura para que esta diversidad pueda estar presente a la vez que coexistir en sus dinámicas. La continuidad, la permanencia, la estructura, también la libertad y espontaneidad, son características fundamentales para que estos niños puedan acceder a la apertura social, emocional y simbólica, acompañados de un espacio y figuras que les aportan seguridad. Nuestra función como terapeutas es contener y apoyar tanto las individualidades como el grupo y favorecer un espacio óptimo para estructurar y dar comprensión a aquello que surge en cada uno de ellos y a un nivel grupal.

Los objetivos iniciales que se plantearon giraban en torno a mejorar aspectos relacionales de los componentes, a la vez que flexibilizar la capacidad de percibir y ver al "otro". Se trataba de niños y niñas que no escuchaban ni tenían en cuenta lo que decían los demás, les costaba estar atentos cuando no eran el centro de atención y no toleraban que no fuera su propia historia la que se escenificara. Por otro lado, era necesario desarrollar estos aspectos para poder construir, representar y comprender de forma conjunta una historia.

Los niños nos hablan de ellos mismos a través de sus personajes y por eso es un espacio donde aparecen sentimientos, emociones y vivencias que nos permiten conocerlos mejor. La escenoterapia permite

a los niños y niñas sentirse los protagonistas favoreciendo su implicación y goce. En la fase de representación es donde se movilizan los aspectos simbólicos favoreciendo el hecho de entrar y salir de la realidad a la ficción, de la propia identidad a la que llamamos "yo" al personaje que representan. Cada una de las sesiones es un ensayo y posibilidad de evolucionar en aquello que en su día a día les resulta tan complejo de comprender e integrar. En la escenoterapia el uso de materiales es un recurso importante para favorecer las dinámicas.

Muchos de ellos mostraron una evolución de sus personajes o su capacidad dramática, que enmarcará esta progresión de lo simbólico. En los niños y niñas con más capacidades ha sido necesario hacer un trabajo intenso de diferenciación entre ficción y realidad, de lo que piensan a lo que actúan. A menudo podían confundir aquello que tenían en sus mentes con lo que había sucedido en la obra y sorprenderse frente a nuestro desconocimiento de sus historias. En estos casos, es importante ayudarles a tomar conciencia de que cada persona es diferente y que no hay una equivalencia psíquica entre la mente de las personas (Fonagy, Target, 1996).

El proceso emocional vivido durante la sesión es elaborado en el momento final con el objetivo de facilitar su integración, comprensión y significación. Se evidencian las divergencias entre lo que piensan, sienten, dicen y actúan, por lo que el soporte del dibujo y verbalización se convierten en herramientas fundamentales para esta elaboración. Lo que de lo pensado se ha actuado y lo que se ha improvisado.

Las terapeutas muestran uno a uno cada dibujo al resto del grupo, anotando en la parte posterior tanto los comentarios de los niños como las sensaciones de las terapeutas. De esta manera se pretende ayudarles a elaborar lo sucedido, relacionándolo con situaciones de su vida cotidiana.

Para finalizar, agradecer a los niños y niñas que nos han permitido aprender y disfrutar junto a ellos de la experiencia de esta técnica. Mencionar el asesoramiento y supervisión de profesionales de la Fundación Vidal y Barraquer y otros especialistas en escenoterapia que nos alentaron a avanzar y profundizar en esta práctica. Por último, agradecer a Carrilet la confianza y la posibilidad de incorporar e integrar la escenoterapia en su institución.

## BIBLIOGRAFÍA

**Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. y Frith, U.** (1985). Does the autistic child have a "a theory of mind?". *Cognition*, 21.

**Cabré, V.** (2002). *Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo*. Barcelona: Paidós.

**Cabré, V.** (comp.) (2014). *Escenoterapia. Aplicaciones clínicas y educativas*. Barcelona: Herder.

**Canut, M.** (2013). La escenoterapia. Una estructura sólida en tiempos líquidos. *Psicopatología salud mental* 2013, 22, pp. 81-90. [Documento [en línea](#)].

**Monreal, N.** (2014). *El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del Centre Terapèutic-Educatiu Carrilet. Temes de psicoanàlisi*, 7, pp. 29-32. [Documento [en línea](#)].

**Segal, H.** (1957). Notes on Symbol Formation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, pp. 391-397.

**Subirana, V.** (2004). *El juego en los niños con trastorno autista*. En J. M. Brun y R. Villanueva (Coord./Ed.), *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*, pp. 45-49. Valencia: Promolibro.

**Target, M y Fonagy, P.** (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *Int. J. Psycho-Anal.*, 77(3), pp.459-79. [Documento [en línea](#)].

**Viloca, L.** (2012). El niño autista. Detección, evolución y tratamiento. Barcelona: Col·leccions Carrilet.

**Viloca, L. y Alcàcer, B.** (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. Una revisión histórica. *Temas de psicoanàlisi*, 7. [Documento [en línea](#)]

