

e3 eipea

escoltant i pensant els autismes

Revista número 14, primavera 2023



- 1 Portada**
Didier Lourenço. *Red and green.*
- 4 Editorial**
Josep M^e Brun.
- 6 Saludo**
Daniel Cruz.
- 8 Artículos**
Fabien Joly. *Corporeidad y sensorialidad en el autismo infantil.*
- 22 Clásicos**
Suzanne Maiello. *Trauma prenatal y autismo.*
- 34** Colwyn Trevarthen y Jonathan T. Delafield-Butt. *El autismo como trastorno del desarrollo en el movimiento intencional y el vínculo afectivo.*
- 58 Experiencias**
Anna Rosa Sanchis Franch. *La modulación del objeto autista en el niño con TEA cuando no se ha producido la interiorización de la falta.*
- 68** Neus Marí Cardona. *Descubrir el autismo. Aprendizajes para la creación de un modelo asistencial relacional.*
- 76 Reseñas**
Maria Cristina Betrian i Piquet. *Clínica del significado. El vértice Bion/Meltzer*, de Carlos Tabbia.
- 78** Susanna Olives Azcona. *Love on the Spectrum / El amor en el espectro autista.* Serie emitida por Netflix, 2019-2021.
- 80** Marta Campuzano y Joan Soler. *Un autre regard. Exposición de fotografías del alumnado de la Escola Moragas*, por Monica Das Neves.

Participa en nuestra campaña de micromecenazgo continuo en <http://eipea.aixeta.cat/es>. El sostenimiento de la revista depende de aquellas personas que ponéis en valor nuestra labor de difusión sobre el mundo de los autismos. ¡Aportaciones a partir de 2 euros al mes!



La revista *eipea* forma parte del repositorio de Revistes Catalanes amb Accés Obert (RACO). Una iniciativa del Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC) para consultar, en acceso abierto, los artículos a texto completo.



Todo el contenido de esta revista, excepto donde esté indicado lo contrario, está bajo una licencia de Creative Commons.



Revista digital de periodicidad semestral
ISSN 2462-6414
Web: www.eipea.com
Obra de portada: Didier Lourenço, 2021
Red and green
Escultura de hierro policromada
132 x 112 x 7 cm

Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

DURBAN, JOSHUA (Tel-Aviv)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra) Miembro Honorífico

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona) Miembro Honorífica

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Editorial

Se trata de una lista. Probablemente, una lista más. Tal vez, un nuevo y baldío esfuerzo por retener el tiempo y aminsonar su paso, a la vez que intentar clasificar el desorden. El caso es que el equipo de Oxford University Press anunció a finales del 2022 cuál era la expresión del año y qué dos términos más la acompañaban en el podio. La ganadora fue **goblin mode** o *modo duende*. El lingüista y lexicógrafo estadounidense **Ben Zimmer** proponía una explicación benevolente a ese resultado: “La gente está mirando las normas sociales de nuevas maneras. Da la licencia para deshacerse de las normas sociales y adoptar otras nuevas”, en referencia a la expresión. Una especie de rebeldía contra los estándares estéticos y los estilos de vida impuestos en las redes sociales, un mostrarse tal y cómo uno es. Sin embargo, la expresión define también un tipo de comportamiento autoindulgente, perezoso, desaliñado o codicioso y que no pide disculpas por ello, ya que típicamente parte del rechazo a las normas y a las expectativas sociales. Y se parece, pero no es lo mismo.

En segundo lugar, quedó **metaverso**. Buena parte de su éxito se puede atribuir al cambio de nombre del conglomerado de redes sociales Facebook y al empeño de **Mark Zuckerberg** por crear un espacio de realidad virtual en el que podamos hacer, en definitiva, absolutamente de todo. Un universo de post-realidad, una fusión de la realidad física y la virtualidad digital. El *hashtag*

#Istandwith (*yo apoyo a*) se hizo con el tercer puesto. Una expresión de solidaridad con una causa, un grupo o una persona específica.

Resulta tentador traducir las expresiones ganadoras a un lenguaje más tradicional. Como mero ejercicio imaginativo, podríamos decir que las expresiones que ocupan el podio de preferencias en la actualidad son, por este orden, una que habla de *individualismo* y subjetivismo, otra que busca *evasión* y disociación y, finalmente, una que expresa *solidaridad*. Seguramente, una buena descripción del *orden* y preferencias del mundo actual.

Nosotros seguimos empeñados en contribuir a un mundo más solidario, más compartido y menos virtual y aislado: por ello, es un placer presentaros el nuevo número encabezado por la imagen de una litografía del artista Didier Lourenço y el saludo de Daniel Cruz. Nos acompañan tres artículos de profesionales de reconocido prestigio y largo recorrido: Fabien Joly, Suzanne Maiello y Colwyn Trevarthen y Jonathan Delafield-Butt. Contamos también con las interesantes experiencias de Anna Sanchis y Neus Marí y las sugestivas reseñas de Maria Cristina Betrian, Susanna Olives y Marta Campuzano y Joan Soler.

Agradecemos a todos ellos no sólo su generosidad, sino su amabilidad y facilidades para solventar cualquier problema logístico y por contribuir a esta nuestra causa solidaria. ●

Josep M^a Brun





– Daniel Cruz –

**Psicólogo Clínico.
Psicoterapeuta. Miembro
de la junta directiva de
SEYPNA¹. Responsable
de Formación y Docencia
de Salud Mental
Comunitaria, Hospital
Sant Joan de Déu.
(Barcelona, España)**

Saludo

La revista *eipea* es una publicación de referencia en el ámbito de la infancia y adolescencia con autismo por su calidad y riqueza de contenidos. Es un honor personal poder hacer una aportación en este espacio en el que me han precedido algunos de mis maestros y amigos. Mi agradecimiento al equipo de *eipea* por la oportunidad.

Mi contacto profesional con estas problemáticas tan severas se desarrolló inicialmente en el ámbito de la consulta ambulatoria. Pude profundizar en el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes afectados por lo que entre profesionales seguimos llamando como “Asperger”, a pesar de su desaparición como categoría diagnóstica en las últimas ediciones de las clasificaciones diagnósticas más conocidas. El abordaje psicoterapéutico me parece un tema de especial relevancia dada la tendencia en algunos sectores a limitar los tratamientos psicológicos a lo psicoeducativo y/o rehabilitador, que ya cuenta con sus propias indicaciones, pero que en absoluto son las únicas posibles. En muchos de estos casos, es posible establecer un proceso psicoterapéutico en el que se hace presente la consciencia de sus dificultades y del sufrimiento psíquico implícito, con capacidad para transmitir su mundo interno, para modificar aspectos de su funcionamiento y mejorar su adaptación a diferentes situaciones.

Como coordinador del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) del Garraf del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (1994-2011), entré en contacto con la dimensión del trabajo en red con estos casos, principalmente con el Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), con el Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico (EAP) y con los centros educativos ordinarios que disponían de aulas de apoyo especial. Fue una colaboración fructífera que contribuyó a la creación de las primeras unidades terapéutico-educativas dentro de los centros de educación ordinaria. A pesar de las limitaciones que puedan tener los re-

ursos, todo acercamiento entre los campos educativo y clínico contribuye a generar mejoras significativas en el abordaje del trastorno de estos menores.

Fue en mi paso como coordinador del CSMIJ del Vallès Oriental, perteneciente también al Hospital Sant Joan de Déu (2012-2019), donde el trabajo interdepartamental en el abordaje de los niños con TEA alcanzó un desarrollo que merece ser reivindicado. Tuvieron un papel destacado Rafael Villanueva, coordinador clínico del CDIAP, Josep Maria Brun, asesor del CDIAP, Manel Gerner, director del EAP, así como el excelente equipo de profesionales del Centro de Educación Especial (CEE) Montserrat Montero de Granollers. Desde hacía tiempo existía en este territorio una coordinación fluida entre los diferentes recursos que atendían este tipo de casuística. Aprovechando esta buena dinámica de trabajo se pensó en crear un espacio que fuese tanto formativo como de intercambio profesional en torno a casos concretos (esta experiencia se ha presentado en diferentes congresos y ha sido objeto de diversas publicaciones^{2,3}). Durante el curso académico, este seminario de formación se organizaba mediante la programación de seis sesiones de dos horas de duración, a las que asistían un grupo de aproximadamente unas 30 personas, que incluía representantes del CDIAP, del EAP, del CEE, del CSMIJ y de unas cinco escuelas que presentaban por turno en el seminario el caso de un alumno con TEA, acudiendo de cada escuela la tutora, la maestra de educación especial y la dirección del centro. En cada una de las sesiones se presentaba en profundidad un caso (desde Educación se hablaría de un alumno/a), previa autorización de la familia. Se explicaba la trayectoria en el centro, las intervenciones realizadas por los diferentes recursos y la situación y problemática actual, todo ello ilustrado también con diferentes videos donde se observaba su conducta en el centro docente en diferentes momentos y situaciones. A partir de ahí se generaba un

¹ Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.

² Cruz, D. et al. Programa de soporte a los docentes de alumnos con TEA. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2014; 57, 61-67

³ Cruz, D. y Villanueva, R. (2020). Importancia del trato en la escuela como factor terapéutico en TEA. *Temas de Psicoanálisis*, 19. Recuperado de: <https://www.temasdepsicoanalisis.org>

coloquio abierto entre todos los asistentes, buscando comprender qué le pasaba y cómo encontrar estrategias para ayudarlo a mejorar en su adaptación. De esta forma, se entrecruzaban las miradas pedagógica y clínica; la impresión era que aprendíamos unos de otros y se rescataba lo valioso del trabajo de cada cual. Este seminario tuvo muy buena acogida a lo largo de años, se puso en marcha con el mismo formato en otras partes del territorio (con la participación del CEE Can Vila y del CSMIJ Mollet) y se aplicó también a la problemática de los Trastornos de Conducta ligados al TEA en el alumnado de secundaria ⁴, esta vez sin la participación del CDIAP por tratarse de una franja de edad del alumnado superior a los seis años y con la incorporación del Centro de Recursos Educativos para los Alumnos con Trastornos del Desarrollo y la Conducta (CRETDIC) de la zona.

Esta experiencia ilustra las posibilidades de colaboración cuando se da un paso más allá de la coordinación, cuando se comparte el caso y se trabaja juntos desde las di-

ferentes miradas y aportaciones, enriqueciéndose mutuamente sin perder la propia especificidad. Sabemos que el trabajo con trastornos mentales graves, como es el caso del TEA, conlleva la exposición a vivencias emocionales intensas que pueden resultar perturbadoras. Sin el necesario apoyo y formación, existe el riesgo de caer en el desánimo, de generar malestar, de defenderse de estas emociones con un distanciamiento. A nivel de la red, la amenaza puede ser la de caer en un funcionamiento fragmentado, donde faltaría la coherencia y la continuidad entre los diferentes equipos que intervienen en torno a un mismo caso. El trabajo desarrollado en este seminario permitía resultados muy alentadores, tanto en la evolución de los casos como en la motivación de los profesionales.

El tiempo para pensar y la imprescindible pluralidad de las miradas forman parte de la productividad bien entendida en la asistencia a los trastornos graves de salud mental en menores. La Revista *eipea* es un buen ejemplo de todo ello. ●

⁴ López, N; Feixas, C; Gener, M. y Cruz, D. Mans de drap. Abordatge interdisciplinari de l'alumnat amb trastorns de conducta. *Àmbits de Psicopedagogia i Orientació*, 2018; 48, 73-93.

Corporeidad y sensorialidad en el autismo infantil

– Fabien Joly –

**Psicólogo Clínico. Psicoanalista.
Psicomotricista. Doctor en
Psicopatología Fundamental y
Psicoanálisis (Universidad París VII)¹.
(Dijon, Francia)**



INTRODUCCIÓN

La investigación tan esencial y decisiva para la psicopatología y para la clínica del desarrollo y/o psiquiátrica y, por supuesto, incluida en *ciencias huma-*

nas clínicas- no siempre “encuentra” lo que busca... ¡Y a veces sólo busca lo que se le pide que encuentre! La historia de las cuestiones físicas, sensoriales y psicomotrices en el autismo² es singular en ese sentido. Durante décadas, se ha apuntado que en lo que se refiere a las habilidades motrices y de la corporeidad del niño o del adulto con autismo, básicamente no había nada especial que decir, nada patognómico ni específico. Sólo unos pocos profesionales (especialmente en psicomotricidad y psiquiatría infantil psicodinámica vinculada al desarrollo), poco escuchados y muy alejados de la investigación internacional y reconocida, fueron testigos en su clínica de una desarmonía muy singular e invasiva de todos los sectores posturales, tónicos, sensoriales, motores e instrumentales, desde los más tempranos y a través de todas las edades del desarrollo. Y demostraron que estas peculiaridades sensoriales y psicomotrices abarcaban todas las

formas de autismo y eran patognómicas y diferenciales respecto a otros cuadros clínicos y psiquiátricos. Se agravaron o incluso se revelaron muy específicamente «en la relación con el otro» y en el encuentro psíquico y afectivo. Finalmente, quizás fueron “pioneras”, en el doble sentido de una anterioridad evolutiva y un sustrato psicomotor, con las cuestiones más reconocidas que se «originaron» allí; tanto en el ámbito cognitivo, comunicativo y conductual como en el ámbito psicoafectivo de las angustias singulares, las dificultades de simbolización y subjetivaciones y la fragilidad de las envolturas y los cimientos de identidad y narcisistas.

PROLEGÓMENOS CLÍNICOS

Como parte de una supervisión de equipo, una enfermera que estaba en la piscina infantil con un niño autista típico con discapacidad intelectual y sin lenguaje comparte conmigo una reacción prototípica de a quien llamaremos **Youssef**. Dado que la caldera se está reparando, esa semana se anula la sesión habitual de piscina infantil. El niño ha sido informado desde hace mucho tiempo y la enfermera se queda un rato cerca de él, tanto para tranquilizarle como para volver a explicarle por qué se ha anulado y que se reencontrarán la semana siguiente. Pero Youssef entra en una crisis terrorífica de ansiedad y de violencia, se rasga la piel hasta hacerse sangre, se pone a gritar y empieza a escupir, a romper las cosas y agredir a las personas de su alrededor. Al cabo de un rato, todos los intentos de contención y de apaciguamiento fracasan y el terror de Youssef lo invade todo y lo pierde en el abismo de una experiencia autista singular. La compañera enfermera

le coge de la mano con fuerza y, con dudas sobre lo que realmente está haciendo, lleva a Youssef a la piscina infantil, que llena de agua fría (por no decir helada)... Ella le ayuda a desnudarse y a ponerse el bañador (sigue gritando, arañando violentamente la piel y golpeándola). Y cuando el baño helado está listo, le invita a entrar, quedándose como siempre al borde de la piscina infantil, tomándole de la mano y hablándole continuamente sobre las experiencias y pruebas de esta oferta de baño y envoltura acuática. Youssef se calma casi al instante, detiene sus gritos, su violencia y la autolesión: su angustia parece apagarse inmediatamente. Y sin que parezca que percibe diferencia alguna entre el baño caliente habitual y la sensación helada de este día, parece (como las otras veces) “en nirvana”, feliz, tranquilo y totalmente atento a las sensaciones de su cuerpo en el agua. ¡El baño de hielo mejor que nada! La sensación de frío como ausente o abrumada por todos lados por una urgencia vital de ser envuelto por el agua y calmado como de costumbre: ¿“otra” búsqueda de otras sensaciones más vitales para él? Alteraciones en la integración, pánico de los sentidos, singularidad autista que todos los cuidadores (¡y casi todos los padres!) conocen y observan en la vida cotidiana del autismo, cada uno en su espacio y en sus particularidades.

Zhu, otra viñeta, otro caso grave, es una niña china con una expresión sintomatológica de autismo muy severo, que llegó al hospital de día unos meses antes de que se produjera una tragedia. Los días que acude al hospital de día, pasa sus horas libres apoyada en la puerta de cristal, como “absorta” y aparentemente

¹ Miembro de la CIPPA (*Coordination Internationale des Psychanalystes et Psychothérapeutes s’occupant de personnes avec Autisme*), de la SFPEADA (*Société Française de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent et Disciplines Associées*) y del Comité de Dirección de la Revista *Journal de la Psychanalyse de l’Enfant* (PUF). Director de la colección *Cliniques Psychomotrices*. Ed. In Press, París. Presidente fundador de la Asociación *Corps et Psyché*. Asesor del *Centre d’Études en Psychopathologie de Bourgogne*.

² Cf. F. Joly dir. : *L’enfant autiste et son corps* - Paris Ed. In PRESS 2016 ; et B. Touati, F. Joly et M.C. Laznik: *Autismes, Corps et Psyché* - Paris PUF 2023.



La psicomotricidad de la persona con autismo parece pues central: desde el rendimiento (retraso psicomotor bastante global y desarmonías psicomotoras en la mayoría de los tipos de autismo) hasta rasgos autistas particulares en la manifestación del cuerpo (estereotipos motores, giros, posturas singulares, ritmos corporales, etc.).

contemplando los reflejos de las luces y los movimientos en el cristal de esa puerta; casi de espaldas a la vida y a los juegos de los demás -a los que su enfermera referente, que se queda a su lado, le invita repetidamente, comentándole los diferentes juegos, placeres y “cómo la reclaman” sus compañeros. Aquel día, como todos los demás, Zhu está fijada de espaldas al patio, la cara y el cuerpo pegados a la puerta de comunicación entre el patio y las aulas de grupo y mediación, totalmente atrapada en su búsqueda sensorial, autoestimulándose, por los reflejos y los juegos de luz sobre el cristal. Se muestra aparentemente insensible y

totalmente resistente a cualquier movilización relacional, como “anclada” a estas sensaciones excitantes. Se acaba la hora del recreo, la puerta está abierta y se llama a todos los niños para que vuelvan a sus grupos y actividades habituales... Entonces nos damos cuenta, con pánico generalizado, miedo y culpa, que Zhu ¡ha tenido durante todo el recreo un dedo atrapado en la puerta! Tenía el dedo aplastado y casi triturado en la puerta cerrada, mientras ella estaba absorta, como de costumbre, algo feliz y sin avisar a nadie, sin expresión de sufrimiento, ningún mimetismo ni tensión aparente. Su enfermera, atenta y cariñosa, como

siempre a su lado; ella, con la mirada perdida, refugiándose en sus extrañas fijaciones sensoriales! Zhu fue trasladada a urgencias, donde pudo recibir una cirugía reconstructiva bastante milagrosa y reparadora. Sin embargo, este drama ha quedado fijado en mi memoria. Porque, si conocemos las singularidades no tanto del dolor sino de la *expresión del dolor* en muchas personas autistas que se mencionan en tantos testimonios -unos más impactantes que otros-, esta experiencia vivida personalmente (incluso *por delegación* en el equipo del que yo entonces formaba parte) ilustra el extremo de una integración sensorial autista -y de un viaje entre la sensorialidad/percepción/experimentación y la expresión sensorial y afectiva radicalmente distorsionada, como *perturbada* y del todo increíble.

Albert es un adolescente de 17 años, con autismo con déficit de lenguaje y un gran malestar. Es invidente y tiene una discapacidad intelectual, por lo que fue ingresado en una unidad especializada de un instituto para personas ciegas de la región de París. El equipo educativo del centro se siente indefenso para recibir, ayudar y acompañar a Albert, que se autolesiona seriamente y de manera casi continua (arrancándose el pelo, lacerándose el cuero cabelludo y arañándose profundamente la piel e, incluso, la carne...). Tanto es así que se le ha tenido que poner un casco de protección y se considera regularmente la idea de atarle las manos. Estas secuencias aterradoras emergen como géiseres de angustia en medio de terribles gruñidos y gritos durante todo el día. Pero Albert muestra sobre todo otro comportamiento extraño que le ha valido el apodo de “derviche giratorio”: gira sobre sí mismo como una peonza, sorprendentemente ágil y diestro, casi ligero, incluso etéreo (en esa única circunstancia, por cierto, él que se siente tan mal consigo mismo, en un cuerpo monumental casi deshabitado, discordante y generalmente tan pesado). Gira durante horas, cada vez más rápido sobre sí mismo, sin caer nunca, jugando (o aparentando jugar) con un mareo controlado, como si tuviera que romperse, sin caer nunca: él gira... Como el paso de un patinador acelerado con la pierna

libre, mientras está anclado en la pierna de apoyo profundamente implantada en el suelo, demuestra una habilidad sorprendente, una especie de peonza humana. Y en esta autoabstracción sensoriomotora extrema y repetitiva, como “embriagada” de ese vértigo sensorial y laberíntico, parece que se calma de esos otros momentos terroríficos de gritos de agonía y automutilación, dejando al equipo educativo en una cierta ambivalencia ante sus giros permanentes.

Habrá que esperar un tiempo para ver la contrapartida de estos comportamientos diurnos repetitivos de boca del vigilante nocturno en una reunión clínica excepcional que hemos organizado para el equipo que acompaña a este chico tan difícil. Por la noche, Albert no puede calmarse en su movimiento perpetuo de peonza y su sueño está muy afectado. Entonces se hace evidente un elemento clínico notable: Albert deja sorprendido al vigilante cuando éste ve que arranca y tritura sistemáticamente el colchón de su cama en trozos pequeños hasta llegar al muelle de hierro. Todos los intentos de reparaciones, impedimentos y cambios diversos han fracasado estrepitosamente, incluso habiendo imitado su conducta sistemática de ataques a la cama acogedora y las noches «imposibles». Entonces se decidió dejar que fuese el propio Albert quien encontrara la manera de dormirse durante la noche. Y sistemáticamente se deshace de mantas y sábanas, tira el colchón y luego duerme casi desnudo directamente sobre los muelles metálicos del somier. Como si sólo las sensaciones duras (casi penetrantes) de los muelles metálicos en su piel pudieran ayudarle a aferrarse a una calma sensorial (similar a los giros que hace de día) para poder dormirse y “dejarse ir”...

Pero Albert también se perturba cuando intentas acercarte a él y sus singularidades sensoriales y sensoriomotoras también las utiliza con fines defensivos y de resistencia o regulación. Como consecuencia de estos movimientos y giros permanentes, este adolescente alto (y fuerte) como es Albert (además de estropear un par de zapatos -bien, sobre todo un zapato- ¡por semana!) suda constantemente y suelta un olor penetrante,



Existe una constante autista que reside en la alternancia enigmática a la vez de la hipo- y de la hipersensibilidad auditiva, visual y táctil, vestibular y gustativa y en el fracaso conjunto de las modalidades habituales de integración y de las comodidades sensoriales.

casi insoportable, que actúa como una niebla protectora, ¡un escudo repelente a su alrededor! Entonces, los educadores intentan acercarse a él, con una “mínima preocupación por sí mismo”, por su cuerpo y por su olor, con tratamientos estéticos, masajes y “limpiezas” con cremas corporales. Se ha establecido un programa de higiene (ducha y perfume para jóvenes) y se dedica toda una reflexión a la imagen del cuerpo de un adolescente con tal grado de discapacidad derivada del autismo. Como para reír: cuanto más duchas, más perfumado está... Cuanto más gira Albert, más se envuelve en un sudor y un olor corporal diez veces más fuertes, resistentes a los “buenos olores” sociales trabajados con los educadores e intensifica una mezcla de olores corporales insoportables. La sensorialidad se encuentra aquí como aumentada diez veces y *subvertida* con fines defensivos y tranquilizadores (quizás autorreguladores). Entonces se agotan los cuidados ante este gran compañero que gira y se autoprotege en esta matriz sensorial: el carné de identidad sensorial de Albert atestigua en todo momento, y más allá de sus singularidades «de equipamientos», esa *subversión* y esa inversión defensiva y patológica de lo sensorial.

EL NIÑO AUTISTA Y SU CUERPO

La cuestión del *cuerpo* (de las habilidades motrices y sensoriales) atraviesa así, y de forma extremadamente invasiva, la práctica clínica diaria del autismo. Este problema corporal, tanto en el ámbito teórico y psicopatológico como en el ámbito práctico y clínico-terapéutico, corre el peligro de reducirse a la única hipótesis genética, innata y “de equipamiento” sobre la lectura única de las conductas *manifiestas* y de la única lógica de conductas “desajustadas” a corregir o restringir y del tratamiento protocolizado del soma y los únicos problemas neurofuncionales y adaptativos, aplastando este problema del cuerpo y de la habitación corporal de un sujeto. Aquí podemos hablar en verdad (Joly, 2018) de una triple “supresión” (casi un escotoma) en todas las elaboraciones actuales y llamadas del neurodesarrollo: *la supresión del sujeto* (y de cualquier cualidad psíquica subjetiva), *la supresión del cuerpo* (reducido a una mera maquinaria genética y neuronal) y *la sorprendente supresión del propio desarrollo* (de los complejos procesos de la epigenética, así como de las experiencias, del entorno y de la historia de la persona en su recorrido evolutivo). Se trataría, por tanto, de reflexionar de una forma

más compleja y procedimental sobre la cuestión del cuerpo: ¿de qué cuerpo hablamos en la clínica del autismo? De reflexionar sobre la cuestión del vínculo cuerpo/psique que parece dificultar tan precozmente y tan concretamente los procesos de subjetivación en el autismo. Y quizás aún mejor: reflexionar sobre la tensión y la articulación entre estos dos registros, “el corporal” y “el subjetivo”, sobre sus vínculos intrínsecos (no hay sujeto que no sea encarnado) y cuestionar la hipótesis de una perspectiva tanto teórica como terapéutica, tanto ética como clínica, psicopatológica y evolutiva, compleja y complementaria, que vincularía, en lo que se refiere al *desarrollo a lo largo de la vida*, estas tensiones entre cuerpo y subjetividad.

El autismo (en singular como paradigma) y la variación de las diferentes clasificaciones (en plural) de estados autistas o de trastornos generalizados del desarrollo representan un prototipo clínico y evolutivo singular que cuestiona principalmente los avatares del desarrollo psicomotor y una forma *psicomotriz* tan particular de *estar en el mundo*. El cuerpo del niño autista es quizás -si nos fijamos bien- su primera *diferencia*, su primera y singular “presentación”. Quizá sea, sin duda, en el mismo lugar del cuerpo del autista donde se entrecruzan, en el desarrollo del niño, los datos de los equipamientos (genéticos y neurobiológicos), las singularidades cognitivas, perceptivas y sensoriomotoras, con los retos afectivos, relacionales, psíquicos e históricos. La psicomotricidad de la persona con autismo parece pues central: desde el rendimiento (retraso psicomotor bastante global y desarmonías psicomotoras en la mayoría de los tipos de autismo) hasta rasgos autistas particulares en la *manifestación* del cuerpo (estereotipos motores, giros, posturas singulares, ritmos corporales, etc.) y quizás aún más decisiva es la tensión permanente entre los diferentes sectores sensoriomotores en hiposensibilidad y en hipersensibilidad. Las especificidades funcionales conducen inevitablemente a una manera muy particular de que la persona autista perciba el propio cuerpo tanto como el mundo que le rodea... y el otro sujeto,

en su cuerpo y en su psique. Yo, por mi parte, propuse -tomando la fórmula canónica “nuestro cuerpo no es nada sin el cuerpo del otro” de Ajuriaguerra (2009)- pensar que el autismo podría ser, básicamente, durante todo el desarrollo, la representación prototípica de *cómo sería nuestro cuerpo sin el cuerpo del otro* tanto en sus dimensiones subjetivas como instrumentales y funcionales.

Un aspecto importante del problema autista radica en la alteración de las capacidades de comunicación, de interacción y de relación con el mundo y, particularmente, con el otro humano (su semejante) de forma ejemplar en el ámbito de las dificultades de acceso al lenguaje, pero igual de cierto en las distintas modalidades previas de comunicación no verbal. Un segundo aspecto determinante de las particularidades autistas patognomónicas está relacionado con las conductas restringidas, repetitivas y estereotipadas. Un tercer registro determinante es la falla o, digamos, la pobreza extrema del juego socioemocional, a lo que añadiría enseguida un cuarto registro: la manera singular autista de habitar el propio cuerpo y su motricidad “en relación”. Todas estas singularidades, estas especificidades autistas, se encuentran dentro de lo que se considera el prototipo extremo de un trastorno generalizado del desarrollo; puesto que es un trastorno del desarrollo, leyendo y revelándose en el desarrollo que invade gradualmente, como una mancha de tinta sobre un papel secante, todas las áreas de funcionamiento de la persona con autismo.

Si queremos aclarar estos apuntes y observaciones fundamentales sobre el lugar del cuerpo y de la sensoriomotricidad en el abordaje del autismo infantil, existen un cierto número de puntos en los que podemos estar de acuerdo rápidamente:

1- **La particularidad de los ajustes tónicos y posturales.** Siempre existe una mala regulación tónica, tonicoemocional y postural. La función tónica se ve principalmente alterada. A menudo, observamos en niños con autismo, y en un trasfondo general de hipotonía, actitudes distónicas, incluso estallidos hipertónicos y movimientos inarmónicos obstaculiza-

dos por esta *mala regulación del tono*. El diálogo tónico también es bastante atípico en estos niños, o bien totalmente indiferentes a las maniobras táctiles y de relajación o hiperreactivos y retirados en actitud defensiva. En cualquier caso, esta *discordancia tónico-emocional* es, además, como *contagiosa*, y el clínico tiene grandes dificultades para descodificar, en él, los afectos del niño, su estado de bienestar o, por el contrario, su malestar. Las singularidades, las especificidades y particularmente los errores de los ajustes tónicos y posturales aparecen, en consecuencia, muy concretos (discrepancias tónico-emocionales en la interacción, carencia de patrones interactivos -estiramiento de los brazos, adaptación tónica-, pobreza de las expresiones faciales y de las comunicaciones gestuales y preverbales, etc.). A diferencia, por ejemplo, de los bebés “afectados” neurológicamente, identificaremos, en cambio, en los *bebés con riesgo autista* alternancias entre momentos hipertónicos y un fondo más hipotónico, pero sobre todo oscilaciones permanentes entre la *hipo-* y la *hipertonidad*; una inadaptación tónico-emocional cuando se les coge en brazos, una desregulación de la relación tónica con el otro y con los estímulos del mundo.

2- **Conductas motrices específicas.** Aparecen en casi todos los casos de autismo y de TGD (Trastornos Generalizados del Desarrollo): caminos atípicos, manierismos, estereotipias, posturas de balanceo, alternancias disarmónicas entre momentos de hiperactividad importante y comportamientos de retirada apática con inhibición masiva. Las dificultades para controlar el equilibrio son recurrentes. A veces sorprendente, e incluso paradójica, la cuestión del equilibrio y la armonía gestual se ve en la mayoría de los casos perturbada, retrasada o agitada: movimientos inusuales, andar de puntillas, modos de andar extraños, búsqueda permanente del flujo de equilibrio o interrupciones en los ritmos de andar. Las coordinaciones generales están casi siempre afectadas. Muy a menudo vemos movimientos anormales acompañando a los desplazamientos y sustituyendo las coordinaciones habituales de estabilización y acompañamiento. Las coordinaciones

manuales más finas y las coordinaciones óculo-manuales también están muy dañadas. Las coordinaciones percepto-motoras en general están alteradas, si bien ya son difíciles a raíz de las dificultades de integración de la información sensorial y de las adaptaciones prácticas como causa de algunas *hiper- o hiposensibilidades*. Nos encontramos con trastornos inducidos de la coordinación óculo-manual (falta de control visual durante los movimientos), incapacidad para reproducir gestos, dificultades en la organización grafo-perceptiva y dificultades generales en la aprehensión espacial y temporal. Los trastornos de la regulación motriz son constantes: los niños presentan o una agitación extrema o, por el contrario, una ralentización general de su actividad y, habitualmente, un paso más bien perpetuo sin lógica aparente del primer estado al segundo sin nivel intermedio.

3- Otra singularidad es **la sensorialidad y la motricidad sensorial** autista (véase más abajo) con hipersensibilidades bastante singulares, búsquedas de sensaciones activas, egocéntricas y a veces «adictivas». Sólo podemos subrayar estas cuestiones patognomónicas de la sensorialidad y la motricidad sensorial (búsqueda exacerbada de flujos sensoriales, alternancia entre las *hipo- e hipersensibilidades* sin coordinación intermodal y sin normativas de interacción o intrasubjetivas, etc.). Las anomalías de los modos de integración sensorial son tan importantes en los niños pequeños con autismo que Lemay (2004) propone considerarlas *como los marcadores originales de los primeros años*. De hecho, existe una constante autista que reside en la alternancia enigmática a la vez de la *hipo-* y de la *hipersensibilidad* auditiva, visual y táctil, vestibular y gustativa y en el fracaso conjunto de las modalidades habituales de integración y de las modalidades sensoriales.

4- **Un defecto del contenido y de las envolturas corporales**. Inexistentes o muy frágiles, con una discordancia inducida en el habitáculo corporal, y un fracaso de las imágenes corporales, siempre han sido observados por todos los clínicos.

5- **La escasez o la carencia (incluso la extrema dificultad) de actividades motrices recreativas, de juegos motrices**, de experiencias. Falta de ganas o curiosidad por la exploración psicomotriz espontánea y sobre todo por las exploraciones compartidas afectivas e interactivas. Es necesario insistir en otro aspecto muy decisivo: la falta de exploraciones psicomotrices espontáneas, afectadas y compartidas; falta de deseos psicomotores, impulsos o hedonismo o, por decirlo de otro modo, la elección casi sistemática de la autoestimulación (autosensual y auto-centrada) más que la relación con los demás y el intercambio lúdico. El fracaso de la *habilidad motriz lúdica en la relación* se percibe tanto en la observación del comportamiento espontáneo y la iniciativa como en la dificultad del interlocutor de encontrar y mantener ese tipo de intercambios precoces.

6- **La intensidad de angustias corporales** más bien específicas es otra evidencia clínica sobre la que apenas necesitamos extendernos.

7- En un orden más genérico, encontramos **desarmonías psicomotrices y del desarrollo bastante específicas**. Durante mucho tiempo en la historia del autismo, hemos quedado fascinados, quizás incluso cegados, por las habilidades corporales y motrices a menudo discordantes y bastante extrañas. En realidad, sin embargo, un examen atento muestra que se adquieren muchas funciones psicomotrices, pero sólo una “desarmonía” global se encuentra casi siempre con discrepancias en los diferentes sectores, implicados o no, de la psicomotricidad.

8- Por último, los trastornos que quizás son los más característicos del autismo afectan a las comunicaciones no verbales del niño: las peculiaridades de la mirada (huidiza), la mímica deficiente, la ausencia de uso de gestos para comunicarse, la falta de expresividad general, la falta de sincronización.

Todos estos trastornos corporales y psicomotores en el autismo deben verse, estoy de acuerdo con Lemay en este punto esencial: “tanto como fenómenos deficitarios (el sujeto no capta) como procesos hipertrofiados (el sujeto parece

recibir demasiado sin poder renunciar al otro estímulo)”. Aun más esencial y singular, debemos ver que “excepto determinados sujetos de los que se reconoce el daño neurológico y/o genético [...] el cuerpo está intacto [...] pero... todo ocurre como si el cuerpo no tuviera ninguna alteración al principio en su forma de ser, se va marchitando si no puede captar, experimentar y crear una identidad personal” (2004). Esto conduce a la evidencia de que la evaluación esmerada de la psicomotricidad en el desarrollo primario es un paso esencial en el diagnóstico diferencial y en la gestión precoz. Sobre todo, me gustaría insistir en que todas estas especificidades instrumentales, sensorio-motoras y corporales más globales son:

1. Bastante genéricas en sus tendencias y formas globales, pero todavía singularmente subjetivas.

2. Evolutivas y procedimentales, es decir, no se fijan de una vez por todas ni son “originarias” y equipamentales, sino el testimonio precoz de un fracaso y de una desviación del desarrollo, que modifica la instrumentación del sujeto y carga de forma más o menos grave el despliegue posterior de funciones (cognitivas y/o afectivas) que conducirán a las *especificidades del funcionamiento autista*.

3. El testimonio vivo y psicopatológico de los continuos vínculos entre cuerpo y psique, que demandan una visión y una inteligencia psicopatológica y evolutiva complejas, mediante el paradigma psicomotriz que definiendo desde hace décadas, legados de los maestros Ajuriaguerra, Bergès y otros.

4. Movilizables y transformables (incluso parcialmente y aunque ciertos estigmas autistas resisten y permanecen *toda la vida*) adquisiciones, reinversiones, redistribuciones y rearmonizaciones del equilibrio corporo-psíquico y de los *funcionamientos de las funciones* (Joly, 2010).

Para Bullinger y su escuela (2004), no cabe duda de que el cuerpo y sus diferentes expresiones ocupan un lugar destacado en los niños autistas; al ser siempre únicos para cada niño, estas singularidades corporales aparecen como elementos determinantes de compren-



Al entender el interés de su investigación sensorial y sus comportamientos familiares, respetamos mejor sus particularidades para intentar conocerlas y proponer microvariaciones lúdicas de lo que han vivido.

sión del mundo de las personas autistas, de sus dificultades específicas y sus sentimientos; una ayuda imprescindible para conocerlos y acompañarles mejor. Así, podemos decir que *la perspectiva sensoriomotora* desarrollada por Bullinger, tanto instrumental como funcional, neuropsicológica y cognitiva del desarrollo, fue capaz de medir y dar luz a un cierto número de particularidades corporales y psicomotrices del niño autista.

A la luz de las ideas aportadas por Bullinger, parece que los niños con autismo o trastornos del tipo TGD presentan siempre *alteraciones en la integración sensoriomotora* y realizan una *instrumentación siempre muy particular* (2004) que producirá o acompañará un cierto número de dificultades. El desarrollo sensoriomotor sigue una construcción por etapas que conduce al dominio de los espacios corporales que unen las adquisiciones posturales, las coordinaciones sensoriomotoras y las nociones espaciales. Desde este punto de vista, «el eje corporal aparece no sólo como un soporte postural, sino también como un soporte representativo y emocional que debe vincularse con las identificaciones intracorpóreas descritas por Haag» (ibíd.). En todos es-

tos puntos, el cuerpo, sus diferentes expresiones y sus avatares relacionales y evolutivos ocupan así un lugar preponderante en los niños autistas:

- en el *ámbito sensorial*, las personas con autismo “maximizan” las sensaciones arcaicas para mantener la movilización tónica, en lugar de utilizar los órganos sensoriales con fines exploratorios o manipulativos y, en particular, en detrimento de las representaciones espaciales;

- mientras que en el *ámbito postural* se observa una regulación tónica en extensión con falta de equilibrio entre flexión y extensión, dificultades en la coordinación de los diferentes espacios derecho/izquierdo y arriba/abajo;

- y que encontramos posturas patológicas, trastornos de la succión y regulaciones tónicas problemáticas, posibilidades de incorporaciones “insaciables” y predominio de sistemas arcaicos, en particular exploraciones, trastornos inducidos de la praxis óculo-motora, reclutamientos tónicos en extensión en torno a un tono neumático, regulaciones tónicas de los miembros inferiores por todo o nada, fijaciones en el espacio bucal y dificultades de coordinación de los espacios derecho e izquierdo, con una limitación

importante de las actividades prácticas elaboradas.

Bullinger, en definitiva, defiende la hipótesis de que “la conducta particular de los niños autistas encuentra una parte de su origen en las primeras etapas del desarrollo y que realizan una instrumentación particular de los sistemas sensoriomotores. Cada etapa de adquisición se realizará de forma particular, con inversiones específicas de representaciones sensoriales, posturales y espaciales” (2004). El niño con autismo a menudo recurre a comportamientos compulsivos y descargas motrices como las estereotipias. De hecho, lucha por acceder a una representación desligada de la acción. Y, como dice Bullinger, “la imagen del cuerpo se mantiene presente por las mismas sensaciones, pero en cuanto cesan las sensaciones, la imagen del cuerpo se desvanece”. Todas estas conductas tienen, en definitiva, un papel de recogimiento y repetidas de forma tan atípica se convierten en modalidades reales (necesarias, pero invasivas) de apego o “prótesis de recogimiento”. Aparecen cuando la situación provoca un desbordamiento emocional, a raíz de una estimulación sensorial que no pueden controlar. Se pueden deducir implicaciones obvias en el ámbito terapéutico, ya que se tratará de enfocar globalmente a una *mejor integración de la envoltura corporal* (a partir de la experiencia compartida de porteo con diferentes mediadores solicitando y nutriendo/enriqueciendo capacidades de representaciones de diferentes ámbitos).

Todos estos *trastornos psicomotores* son casi *patognomónicos* de las alteraciones provocadas por el autismo y designan, en el marco de este trastorno prototípico del desarrollo, una mayor desarmonía del desarrollo, en la que los elementos psicomotores difícilmente pueden aparecer como simples epifenómenos de acompañamiento o como una especie de comorbilidad secundaria y obligatoria, sino que, según mi punto de vista, debe entenderse como *un aspecto obviamente central y primario de este desarrollo singular*. Quizás podemos plantear aquí la hipótesis de que esta de-

rivación del desarrollo y la armonía psicomotrices es el sustrato y la fuente de los “estilos” cognitivos y de las posteriores dificultades ejecutivas y funcionales en una comprensión del desarrollo complejo.

RETOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA SENSORIALIDAD EN EL AUTISMO: SUBVERSIÓN, INVERSIÓN Y SUBJETIVACIÓN

La **sensación** que hemos visto tan singular en la clínica del autismo (ver viñetas más arriba) para ampliar este elemento central de nuestro estar en el mundo -o, más justamente, el circuito de sensación/percepción como vector principal del sujeto psico-corporal en su desarrollo y forma de regular la apropiación y la regulación de nuestras relaciones con el mundo, con los objetos y con otros humanos- no puede, en mi opinión, en ningún caso ser considerada “sólo” como una función o un potencial innato, un *programario* más o menos eficiente, más o menos reactivo, más o menos sensible. Sólo en los laboratorios (¡en las tablas de laboratorio como mucho!) nos podemos aproximar artificial y metodológicamente a la potencialidad instrumental individual innata (obviamente diferente para cada uno y, sin lugar a dudas, muy diferente para personas con autismo) de esta sensorialidad. En verdad y en una situación clínica o, digamos, *naturalista* sólo tenemos que ver con una *sangre mezclada* subjetiva, que es la sensorialidad “auténtica”, la sensorialidad investida y operativa, para esta materia, en este contexto y en su historia anterior. Por tanto, la función se borra parcialmente o, digamos, que se *difumina* detrás del funcionamiento de esta función: su inversión (así como la historia previa de estas inversiones desde el origen), el contexto ambiental de su despliegue, los problemas relacionales, psicológicos e incluso defensivos de su uso; lo que yo llamo aquí la *subversión sensorial*, que es, desde mi punto de vista, esta mezcla siempre subjetiva (entre equipamiento, desarrollo y apropiación y transformaciones psíquicas -conscientes e inconscientes) que constituye la auténtica y la más rigurosa *especificidad sensorial de los funcionamientos autistas*.

Anteriormente, hemos visto algunas viñetas clínicas: para cada persona con autismo (y para todos aquellos que le conocen e intentan ayudarlo), la sensorialidad “operativa” y demostrativa es siempre la mezcla de equipamientos individuales y de potencialidades muy singulares, atravesadas y subvertidas por su funcionamiento relacional, su uso en el momento presente y en lo que se refiere a las “razones” internas o externas de su *sobreinversión* o de su *infrainversión*; y esto es válido para la sensorialidad y para las demás especificidades del funcionamiento autista (esto lo explicaremos más adelante). De hecho, se revela una dinámica sensorial tan increíble y tan invasiva que hemos hablado de “cárceles sensoriales” y de inversiones singulares del aparato sensorial para colorear y acompañar decididamente el bucle sensación/percepción/experiencia/expresión y todas las conductas sensoriomotoras; la apuesta siempre es (muy lejos de una exploración fundamentalista de la función) la vinculación y la comprensión clínica diaria en el funcionamiento sensorial del sujeto “a cuyo servicio” la sensorialidad de la persona con autismo es utilizada, fijada e, incluso, distorsionada.

Entendedme bien: el autismo (trastorno mayor específico y precoz del desarrollo) no es “en su origen” una defensa psíquica... menos aún contra una madre deprimida o destructiva (como desgraciadamente hemos podido escribir, haciendo sentir culpables a los padres y, sobre todo, a las madres). Pero cuando nos encontramos con el paciente autista a los 8 o 15 años, éste ha construido con sus especificidades y singularidades autistas muchas defensas (contra el enigma del mundo, la inadecuación de nuestras respuestas y ofertas que se le dan) contra sus ansiedades internas arcaicas o sus sufrimientos relacionales, para apoyar su masiva fragilidad narcisista e identitaria. Y presenta el conjunto evolutivo de estas potencialidades singulares y sus defensas subjetivas: una completa *subversión sensorial*, una *sangre mezclada* hipercompleja. Por tanto, ya no tenéis opción: lo recibiréis y tendréis que acompañarlo con estas especificidades autistas “y” con su subjetividad y sus defensas. Deberéis

medir que su sensorialidad increíble es la intersección exacta de sus potencialidades de equipamiento original, de su desarrollo y de la subversión psíquica de sus singularidades, tanto como de su economía psíquica y relacional. ¡Y es la escisión todavía muy activa de estas diferentes dimensiones lo que perjudica terriblemente la comprensión y el apoyo de la persona autista!

Así, y en caso de que no haya ningún modo ni ningún lugar: 1) no deben subestimarse las fortalezas primarias de la sensorialidad autista para cada sujeto (o quizás más en general como la especificidad patognomónica del desarrollo de todas las diferentes formas de autismo); 2) se debe trabajar en consecuencia y en interfaz constante con fisiólogos, neurocientíficos e investigadores cognitivistas y del desarrollo, que nos ayudarán a entender mejor estas singularidades instrumentales y 3) se debe trabajar continuamente con los “ayudantes” (familias, educadores, cuidadores) a diario para intentar *ordenar el entorno* sensorial y facilitar la adaptación de las personas autistas, que a menudo se pierden en un mundo sensorial que para ellos parece una *feria* casi amenazadora y, en todo caso, ¡enigmática y absorbente!

Las múltiples singularidades sensoriales específicamente autistas son, por tanto, obviamente conocidas hoy en día y difundidas de forma bastante amplia. Desde Temple Grandin, con su “máquina de compresión” (1994), hasta Donna Williams y sus “absorciones” *sensoriales* (1992), toda la literatura y toda la clínica atestiguan una serie de especificidades autistas en la ubicación del bucle de percepción/sensorialidad.

En niños más pequeños “en riesgo de autismo”, siempre será -y los padres lo saben desde sus primeras alertas, al igual que en la línea de especificidades y dificultades tónicas y posturales- una *desregulación sensorial* que, al mismo tiempo, puede sugerir que estos niños son totalmente sordos (a la llamada de su nombre, a cualquier solicitud relacional, etc.) e hiperreactivos a un pequeño ruido muy lejano o pueden caer de lleno en un ataque de rabia ante la vibración de un motor doméstico... Por otra parte,

como si no viera nada, el niño puede pisar a otro pequeño de la guardería que esté tumbado o chocar contra una pared sin captar ninguna mirada, los ojos en el vacío sideral y, al mismo tiempo, quedar *paralizado* cuando un pequeño detalle visual de su entorno ritualizado ha cambiado... Y cada vez que se hacen las valoraciones perceptivas y atestiguamos que el niño no es sordo ni ciego, los padres medio aliviados y medio decepcionados dicen ineluctablemente: “¡Lo sabíamos!”. Siempre es en el ámbito corporal, tónico, postural y sensoriomotor, así como en el ámbito perceptivo (lo que aquí nos interesa), una desregulación masiva de las singularidades de los equipamientos y tantos factores de riesgo: una deriva, una desviación o desregulación de las inversiones y del “funcionamiento de la función” (Joly, 2010).

Veamos brevemente cómo esta *subversión sensorial* en la intersección exacta entre los datos equipamentales e históricos subjetivos está ligada, tanto desde el punto de vista del desarrollo como psicopatológicamente, con la complejidad reconocida de la experiencia sensorial subjetiva. Esta sensorialidad es utilizada y subvertida, sobreinvertida, agudizada o como “desconectada” y aniquilada, transformada e impactada en todos los casos.

Así, podemos identificar las *exacerbaciones sensoriales* y, poco a poco, “fijaciones” *sensoriales subjetivas*: una persona autista o un niño agudizará en exceso determinados registros sensoriales y determinadas estimulaciones en relación con los demás y ese mecanismo que colorea la sensorialidad afectiva de cada uno puede organizarse en el marco de una “autosensorialidad defensiva” y posibles “regresiones”, “fijaciones” o “desregulaciones sensoriales”, sobre todo en autoestimulaciones sensoriales adictivas *de una psique que, vacía de emociones, requerirá un cuerpo lleno de sensaciones*.

Tustin -quizá de la forma más nítida posible- ha comprendido clínica y teóricamente *formas y objetos autistas* que, precisamente, llamó en sus últimos trabajos “sensaciones-formas autistas” y “sensaciones-objetos autistas”, para insistir en el sustrato común de objetos y

formas, centralizándolos en la sensación y más concretamente en un destino “lavado” y “pervertido” de la sensación, egocéntrica y no mentalizada (es decir, no transformada/psíquica en el vínculo con el otro). Si “las sensaciones constituyen los elementos básicos de la psique embrionaria (...), el desarrollo del niño autista se produjo de forma anormal en un estadio temprano de elaboración de las sensaciones (...), debido a una falta de conexiones normales con la madre estas sensaciones no pudieron transformarse en emociones (... y ...) el desarrollo auto-sensual de estos niños hizo un curso perverso e idiosincrático” (cf. Tustin, 1985 y 1989; Joly, 2001 y 2012). Así, si las formas primitivas normales y los objetos primitivos normales constituyen en otro sitio los elementos básicos rudimentarios a partir de los cuales se elaboran las funciones emocionales, estéticas y cognitivas, por el contrario, en los destinos autistas (y por múltiples y multidimensionales motivos, sobre todo genéticos y neurocognitivos), el desarrollo atípico de estos niños hace que sus “formas” y sus “objetos” no puedan ser correctamente mentalizados y compartidos con los demás y que se mantengan completamente personales y singulares. Su “sobresaturación”, en circuitos cerrados, produce entonces una especie de adicción conductual que no conduce (o con frenos y retrasos en el desarrollo) a la habitual articulación simbolizadora e instrumental con el mundo; de ahí la especificidad del funcionamiento autista (sobre todo sensorial), fijada en el curso de este desarrollo patológico. Vemos, en todos los casos, en el material clínico diario en las áreas del autismo (véanse más arriba algunos ejemplos referidos), una hiperreactividad (probablemente basada en un equipo singular). Sin embargo, las más impactantes, con diferencia, son las *variaciones del carné de identidad sensorial* y de las conductas inducidas por esta singular sensorialidad autista.

Otra información sorprendente, sin duda, son los “bloques sensoriales” (Lheureux-Davidse, 2018) como “una necesidad imperativa” para un niño autista de recurrir a estos apegos o estereotipias sensoriomotoras en una dimensión de

control absoluto y de autorregulación, autorreferida y extrema, de las emociones y experiencias. La absorción persistente e invasiva (a veces absoluta) en estas maniobras de apego ante una defensa (de la que es necesario, absolutamente, tomar la medida de la necesidad) y una prisión eminentemente impactante o incluso totalmente invalidante. Obviamente, podrían llamarse formas de “regresiones sensoriales” la dificultad extrema con las regulaciones y los cierres sensoriales (como el drama experimental con Zhu). En la relación intersubjetiva son evidentes (como semiología típica y como emergencia terapéutica) los *fracasos de la intersensorialidad y la transmodalidad* (a diferencia de la mayoría de otros niños) y de los vectores habituales de simbolización y subjetivación. La palabra clave o la palabra final es, en realidad: *la sensorialidad autista nunca es sólo subjetiva y evolutiva* y sólo se puede leer, captar y entender teniendo en cuenta “al servicio de qué” se despliega. De los sentidos a los sentidos: *la subversión sensorial* es su inversión y funcionamiento subjetivo, es el sentido que toma para el sujeto su sensorialidad.

EL CUERPO, LA SENSORIALIDAD Y LA CALIDAD PSICOSEXUAL HUMANA EN EL DESARROLLO O EL FUNCIONAMIENTO DE LAS FUNCIONES

El terreno corporal de cualquier individuo es el sustrato a partir del cual se construirá su subjetividad y su vida psíquica “siempre que” añadimos experiencias, encuentros y una psiquización hecha de una tensión asimétrica con el otro (u otros varios) psíquico(s) en el primer rango de los objetos primarios de vínculo (madre y padre). En este terreno corporal, sensorial y motor se expresarán los diferentes equipamientos para cada uno y se potenciarán en una dinámica permanente de inversiones y de “instrumentación” (Bullinger). Ésta es toda la complejidad “durante la vida” y, particularmente, en su primera época dorada, de lo que se llama EL DESARROLLO. Ahora bien, este singular desarrollo para cada una de las habilidades cognitivas, funcionales, sensoriomotoras, sociales, comunicativas, etc. no puede entenderse (como en un

laboratorio imaginario) fuera de la intersubjetividad y fuera de la calidad psíquica específica (consciente e inconsciente) de la persona y, además, en un proceso continuo de encuentros, vivencias, historias, baños afectivos, experiencias corporales y emocionales. En definitiva, una subversión instintiva, sexual e historicista casi psíquica que es la verdad de la obra y de los procesos de subjetivación. En este punto, tanto la cognición como la corporeidad y la sensorialidad no son “castas”: se bañan en una tensión y subversión psicosexual.

La elaboración en profundidad de la *subversión sensorial* -es decir, el pensamiento complejo y multidimensional sobre las especificidades sensoriales en el autismo- tanto patognomónicas como genéricas y, al mismo tiempo, siempre singulares (en un cóctel subjetivo e históricamente datado para cada persona autista); al mismo tiempo, en *sobrefuncionamientos* y en *subfuncionamientos* (en una distorsión y una fuga de los controles deslizantes entre “sobre” y “sub”), en la relación con el entorno, con los objetos, con el encuentro con los demás y con las experiencias pasadas. Esta elaboración que he llamado aquí “subversión sensorial” propia del autismo es válida, en mi opinión, para cada una de las especificidades del funcionamiento autista: cognitiva, social, instrumental y funcional, conductual, psicomotriz, etc. Sin embargo y, si los últimos treinta años han permitido un aumento increíble de avances en la justa medida de estas especificidades autistas, es sólo en una visión equipamental y neurofuncional “corta” que se han estudiado estas especificidades, lo que ha conducido al desalojo de las especificidades psíquicas y de todos los conocimientos psicoanalíticos y clínicos previos, reduciendo después esta visión funcional a una simple lectura deficitaria, equipamental, para coaccionar, reciclar o rehabilitar. Esto lleva a la metáfora predominante de un extraterrestre, de un “marciano” que actúa radicalmente dife-

rente de nosotros y al que debe enseñarse a orientarse en lo posible en el planeta tierra; es necesario proporcionar, tanto a él como a los humanos, “guías” y “mapas” para comportarse mejor en mundos radicalmente divergentes.

La clínica pormenorizada y el seguimiento de las personas con autismo durante más de treinta y cinco años me obliga a tomar otra posición personal y otra concepción según la cual, por el contrario, existen ciertamente especificidades operativas que nunca se deben descuidar e incluso deben apoyarse de la mejor manera posible, pero con un potencial evolutivo considerable, un problema centrado más en el *funcionamiento* que en las *funciones iniciales* (bastante lejos de una comprensión defectológica) y apoyando absolutamente el “sentido común” (y posibles identificaciones) entre personas autistas y no autistas.

Podemos, además, diferenciar dentro del conjunto de la persona a aprehender psicopatológicamente las partes específicamente autistas de su funcionamiento (que la hacen radicalmente distinta) y las partes “menos” específicas o incluso inespecíficas, que obviamente van más allá del único autismo posiblemente llevado por el individuo. Y una vez ampliado el espectro de las especificidades de funcionamiento e integrados los aspectos inespecíficos del funcionamiento de la persona, todavía habrá que ponerlos en perspectiva con la historia del sujeto, sus inversiones, las ayudas y cuidados que ha recibido, su aparición y evolución. Al final, el autista no es tan *raro*, pero muchas áreas proximales y en constante interacción participan en la comprensión clínica y psicopatológica de *esta persona*, como cualquier otra, en una psicopatología *de la vida cotidiana* o en una psicopatología más “extrema” y a través de las principales regiones o tablas de la psiquiatría o de la discapacidad.

Lo que podemos llamar con Bullinger (2004) “instrumentación” para un niño durante su desarrollo y la aparición de

diferentes funciones (cognitivas, perceptivas, sensoriomotoras, comunicativas) es un proceso de extrema complejidad que relaciona en “cócteles” siempre subjetivos lo siguiente: el potencial del equipamiento (genético-biofisiológico), los procesos neuropsicológicos básicos y las vivencias del pequeño sujeto en su entorno. Todo ello complicado aún más por una variable humana específica: los problemas del deseo, las expectativas (conscientes e inconscientes del otro), la(s) pareja(s) principal(es) del niño en desarrollo, movimientos impulsivos, problemas emocionales (placer, ansiedad, retirada, etc.), efectos identificativos y globales de la relación de objetos y de las diferentes “objetualizaciones”, es decir, las inversiones que van a lo largo de la historia evolutiva y relacional de la personita “impulsan” o inhiben, potencian y aumentan diez veces o subvierten o, incluso, impiden esta instrumentación. Los regímenes (y otras emergencias) funcionales y de desarrollo siempre provienen de un encuentro y una auténtica espiral de desarrollo³.

Sin poder profundizar en cada una de las especificidades patognomónicas del autismo, pasamos rápidamente -después de habernos detenido tanto tiempo en la sensorialidad- a las demás cuestiones desde el ángulo tan complejo de “la subversión” y los vínculos cuerpo/psique.

¿Qué ocurre con el *funcionamiento específico en la vertiente psicoafectiva* (todas estas especificidades clínicas y psicoafectivas “olvidadas” en todos los textos oficiales actuales y todas las “recomendaciones” o “estados de conocimiento”)? Las cuestiones psíquicas conscientes e inconscientes, los registros afectivos y emocionales, las *angustias arcaicas*, los *objetos y formas autistas*, los *defectos de contenido y de envoltorios y de modelación*, la *adhesividad* y la *dimensionalidad* (Meltzer, Houzel), las *imágenes corporales* y los cimientos de identidad narcisista en personas autistas (Haag), el *fallo del circuito de conducción*

³ En este punto de complejidad evolutiva y funcional, quiero hacer una observación: el término “neurodesarrollo” utilizado sistemáticamente hoy por todos los investigadores nacionales e internacionales, que parece tener un consenso, es en sí mismo un síntoma y una demostración de una reducción drástica y militante de la complejidad que aplasta la formidable y compleja dinámica de desarrollo de la *personita* en sus interacciones, en un despliegue lineal de las únicas potencialidades genético-neurocognitivas.

(Laznik), etc. Habría que convocar toda la literatura analítica para demostrar la esencia de lo que aquí llamo *subversión psíquica* de las funciones, pero también de la más temprana subjetivación y del crecimiento psíquico.

En cuanto al lenguaje, las interacciones sociales y la comunicación, sólo podemos referirnos al primer trabajo editado por Touati, Laznik y yo mismo (2007), en el que se abordan diversos temas de lenguaje, voz y habla (y sus variaciones y evoluciones) en el ámbito de la comunicación, tan singular o tan obstaculizado por las personas autistas, y añadir el capítulo de comunicaciones no verbales (desde Kanner hasta las aportaciones de los logopedas, pasando por la psiquiatría más actual y la investigación cognitiva y lingüística más avanzada). Con relación a todas las aportaciones de la cognición, destacaremos la actitud social de muchas personas autistas más “discapacitadas” con pocas habilidades sociales y con dificultades para comprender los códigos, los implícitos o incluso los ritmos de los intercambios sociales de los seres humanos, más que en un repliegue defensivo «que evite» o, digamos más precisamente, que las defensas en modo de repliegue vienen (¡sólo!) a añadir y fijar la economía relacional del sujeto. En todos estos casos, sólo puede medirse la tensa complejidad entre los obstáculos o factores de riesgo iniciales y quizás “innatos” y las derivas, fijaciones, inversiones, desinversiones, derivaciones o exacerbaciones, en el transcurso de una subjetividad siempre singular, siempre histórica, vivencial y ambiental. En todos estos registros, la psicopatología clínica más rigurosa debe integrar también la idea de una subversión psíquica e histórica, de una variabilidad de inversiones y transformaciones, siempre de *funcionamientos* más que de *funciones* (Joly, 2010).

En cuanto a los funcionamientos cognitivos. Detengámonos unos instantes, de una forma más desarrollada, en esta consideración clínica, psicopatológica y, en definitiva, terapéutica de la *subversión psíquica*. Sobre algunos registros patognomónicos de especificidades autistas, en primer lugar, las “dificultades en la teoría de la mente” y el “fracaso de

la empatía”, incluso la “ceguera mental” (Frith, Baron-Cohen), hemos demostrado personalmente en varias ocasiones (Joly, 2015 y 2016) que el defecto patognomónico de la teoría de la mente no era tanto algo “dado” innato para ser corregido, frenado o rehabilitado, sino más bien el resultado de una patología del desarrollo, de una flexión o un freno evolutivo e interactivo que no permite estos retos cognitivo-sociales (no asumidos en la relación con el otro y en la subversión psíquica impulsora) de aparecer y desplegarse en estas derivas evolutivas “que impiden”; pero, además, un encuentro terapéutico adaptado podría revivir estos registros y testimoniar que estas habilidades estaban presentes en un segundo plano y como “potenciales” e, incluso, podrían volver a desplegarse a gran escala.

Del mismo modo, las clásicas “alteraciones en la coherencia central” (Plumet, Frith), las *particularidades de las funciones ejecutivas* y la *heterogeneidad del funcionamiento intelectual* (para sub-y/o sobrefuncionamiento, véanse las considerables contribuciones de Mottron sobre la singularidad de “la inteligencia autista” de 2004) pueden y deben leerse en una visión evolutiva compleja y “subversiva”, integrando la vida psíquica (intra- e intersubjetiva) tanto en “negativo” como en “positivo” de funcionamientos más o menos emergidos, estupefactos o fijados. En cuanto a los “intereses restringidos”, qué podemos decir, excepto que la actitud (quizás primera) y las modalidades de funcionamiento neurocognitivo para instalarse en intereses concretos en sectores, a veces excesivamente agudizados y que se convierten en obsesivos y monomaniacos, son esencialmente atravesados, invertidos y poco fijados de forma desproporcionada y exclusiva, por motivos psíquicos, egocéntricos, autocentros, casi “autosensuales” en el manejo del dominio intelectual, casi vertiginosos, con conocimientos y manipulaciones de los contenidos del conocimiento... y se convierten, poco a poco, en evitación y poniendo a distancia la realidad, los demás y el tan difícil compartir objetos, intereses y experiencias comunes...

En cuanto a “conductas” concretas.

Los conductistas abordan las especificidades autistas en términos de estereotipias, desajustes, violencia y conductas llamadas “problemáticas”, incluso describiendo con mucha precisión el ámbito sexual y sus excesos, aspectos muy inadaptados en la clínica del autismo. Pero un comportamiento, una conducta dados, observados, nunca son un simple comportamiento, sólo una “simple” conducta, que atestigua una función y una manifestación directa del cerebro social. Cada una de las conductas estudiadas, rigurosamente observadas, cada una de las conductas captadas, cada una de las funciones medidas y reconocidas plenamente deben conseguirse desde este punto de vista y, sin lugar a dudas, deben ser reformadas, modificadas, incluso reeducadas y, por supuesto, “analizadas” (en el sentido de análisis funcional del comportamiento). A pesar de ello, estas contribuciones considerables al desarrollo de la persona con autismo pueden permanecer muy parciales o incluso ineficaces si no medimos todo lo que va más allá de la reducción manifiesta del comportamiento de estas conductas o de la única medida instrumental de una función y si se evitan los demás datos que atraviesan funciones y comportamientos del autista, aun cuando ese comportamiento debe ser igual de “escuchado” y desarrollado psíquicamente.

El modelo de *la sensorialidad autista*, explorado más a fondo aquí, abre finalmente una visión compleja de *la psicopatología psicoanalítica del desarrollo* en general y, específicamente, de los funcionamientos autistas patognomónicos (más que funciones potenciales que en realidad son bastante singulares para cada sujeto, incluso autista). Este modelo también se abre a “una teorización del autismo” como deriva del desarrollo y de la fijación de cierta relación con el mundo bastante unificado y, finalmente, se desprende una perspectiva terapéutica “compleja” y multidimensional que puede acompañar (y debe hacerlo) en la educación, el aprendizaje y los arreglos concretos, el pleno reconocimiento de estas singularidades funcionales más o menos fijas, pero al mismo tiempo acer-

carce a las singularidades de estos funcionamientos “típicamente atípicos”, como tantos regímenes subvertidos por problemas psíquicos sobredeterminantes para la persona autista y resistente como desarrollo o como defensa y evitando el refuerzo o enfrentamientos autosensores en relación con estos funcionamientos. Y es esa única combinación de estos planteamientos y esa compleja y plural comprensión que, en el mejor de los casos, permitirá una transformación estable y un desarrollo “abierto” y sostenible de estos funcionamientos.

COMO CONCLUSIÓN: IMPLICACIONES Y REPERCUSIONES

Esta exploración de los intereses del cuerpo y de la motricidad sensorial en el autismo tiene numerosas incidencias y repercusiones fructíferas, tanto clínicamente como en el ámbito técnico-terapéutico (el que trabaja en torno al cuerpo y la sensorialidad) y de la liberación de una teoría (psicopatológica y del desarrollo complejo) del autismo (Joly, de próxima aparición). Quizás incluso tenga incidentalmente impactos considerables en una cierta elaboración psicoanalítica y metapsicológica de lo “originario” y de los “vínculos cuerpo/psique” en los procesos de subjetivación. Si tomamos la medida de esta *subversión* permanente (patológica, evolutiva y mortal) de las *funciones*, en su funcionamiento psíquico y subjetivado, a lo largo del desarrollo “natural” y en todas las áreas clínicas, quizá deberemos dibujar ahora esta dinámica de subversión del lado de una posible “segunda” subversión o, digamos, de una *transformación terapéutica y progresiva*, en una modificación de las inversiones sensoriales del sujeto y de los caminos (más o menos cortos o largos, más o menos psíquicos y gruesos) desde la sensorialidad hasta la dinámica de las representaciones y de los movimientos psíquicos *intra-* e *intersubjetivos*. ¿Cómo plantear la subversión sensorial en el acompañamiento terapéutico de la persona autista? Desde mi punto de vista, las únicas “recomendaciones” válidas clínicamente (como también teóricamente) para acercarse a la persona autista, respecto a esta subversión sen-

social, consisten en evitar al máximo las divisiones y agarrar y afianzar las bases instrumentales de la sensorialidad como la propia y singular inversión psíquica para cada persona a lo largo de su recorrido. Al mismo tiempo, es necesario desarrollar y “proteger las excitaciones” del entorno sensorial diario de las personas con autismo; entrenar y acompañar a estas personas en un determinado *aprendizaje* -digamos, un acomodo al entorno sensorial difícil para ellas. Y es necesario, en cada momento, hacer balance y trabajar psíquicamente sobre las funciones casi identitarias, relacionales y defensivas de su *carne de identidad sensorial* construido progresivamente y sobre las lógicas inconscientes e instintivas que en ocasiones presiden el funcionamiento sensorial. Lo que yo he llamado “subversión sensorial” merece, no REQUIERE del todo, una doble lectura y una articulación permanente, en la comprensión y en el acompañamiento, de los distintos regímenes de funcionamiento sensorial, tanto para ayudar a conocer el mundo no autista (en todos los ámbitos de la vida) como para superar la privación sensorial y sus efectos nocivos en el desarrollo de la persona autista a lo largo del tiempo, a la vez que crea otras vías de autorregulación y defensas psíquicas subjetivas.

El acompañamiento de la persona autista, sea cual sea su edad y su diagnóstico diferencial o, digamos, la extensión medida de su autismo en sus diferentes líneas evolutivas y funcionales (deficiencias o no, lenguaje presente o no, sobrefuncionamiento o no, inversiones en diferentes ámbitos, comorbilidad, etc.), siempre debe combinar: a) los elementos específicos de su funcionamiento para apoyar una ordenación del entorno y de las experiencias que se ofrecen a la mencionada persona (ya sea en una situación relacional, lúdica o de ocio, aprendizaje escolar, laboral o de otros) o, incluso, una rehabilitación más específica de algunas de estas funciones y b) una medida y un apoyo clínico y psicoterapéutico de las formas subjetivas y cuestiones psíquicas (conscientes e inconscientes, afectivas y defensivas) del funcionamiento de cada una de sus funciones. Si se toma sólo la medida psíquica sin medir, ajustar o vol-

ver a entrenar los déficits funcionales sociales o comunicacionales o, en otros casos, el *sobrefuncionamiento* y la *hipersensibilidad* o la *hiperreactividad* y los impactos conductuales inducidos, se está condenado a un fracaso considerable... Si se toma sólo la medida del neurodesarrollo de funciones y comportamientos desde una perspectiva rehabilitadora, se pierde en las resistencias y los sufrimientos subjetivos de una persona que ha constituido y organizado su relación con el mundo y con los demás, así como sus regulaciones emocionales “con” sus particularidades así sobreinvertidas o reinvertidas y subvertidas (véase con anterioridad las dificultades del trabajo educativo con el “derviche giratorio” y las fijaciones y resistencias de este chico).

Tal y como muestra Lheureux-Davidse (2018), el reto siempre es “conocer al niño autista en sus intereses sensoriales antes de exigir conductas socialmente adaptadas”. Esta autora explica que cuando los terapeutas de orientación psicoanalítica sensibilizan a un equipo y a las familias sobre la importancia de la investigación sensorial de las personas autistas, con una atención respetuosa respecto a sus comportamientos a menudo repetitivos y restringidos, participan en la creación de condiciones de apertura para entrar en contacto con ellos y que construyan una mejor disponibilidad a lo que les ofrecemos. Sus intereses a veces pasan por ritmos o por el uso de objetos autistas, por un apego sensorial a las luces o a determinados movimientos o a cualidades sensoriales de los objetos circundantes o, incluso, por hitos arquitectónicos singulares del orden de un color, una vertical, un contraste o una forma redonda. Al entender el interés de su investigación sensorial y sus comportamientos familiares, respetamos mejor sus particularidades para intentar conocerlas y proponer microvariaciones lúdicas de lo que han vivido. La atención, el respeto, la narración, la imitación y el juego y nuestra ensoñación maternal a partir de lo que les preocupa son nuestras mejores herramientas cuando se combinan con el análisis de nuestras vivencias, tanto corporales como psíquicas. Efectivamente, el análisis de nuestra contratransferencia parte de lo

que inducen a pesar de ellos sobre aquellos que les rodean y sobre nosotros mismos. Sensibilizar a los equipos sobre este planteamiento permite matizar mucho las exigencias sociales, educativas y escolares, que a menudo son demasiado precipitadas y restrictivas. En este punto del trabajo con aspectos sensoriales también se tratará de apoyar la «construcción de la imagen del cuerpo a través de la remodelación sensorial» (Lheureux-Davidse, *ibíd.*, y Joly, 2016). Se podrán identificar entonces los momentos de *remodelación sensorial* en beneficio de la atención, los comentarios o la imitación de un comportamiento restringido al que recurre el niño. Inicialmente, sólo utiliza un canal sensorial exclusivamente autista. Posteriormente, utiliza varios canales sensoriales, en su relación con el otro, cuando se restablece el enlace. El terapeuta sensibiliza a los equipos, en el marco institucional, para que identifiquen la alternancia de momentos de dispersión y de remodelación sensorial cuando el niño pasa de funcionar con un único canal sensorial de forma autista a experiencias espontáneas en las que puede combinar diversos sentimientos a la vez.

En definitiva, las cuestiones corporales y sensoriales específicas de la clínica del autismo parecen elementos clave en la comprensión y apoyo de las personas con autismo; sobre todo, en la elaboración de una psicopatología del desarrollo completa y una cierta “teoría” del autismo. ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bullinger A. (2004).** *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars.* Toulouse: Erès.
- Grandin, T. (1994).** *Ma vie d'autiste.* Paris: O. Jacob.
- Haag, G. (2018).** *Le Moi corporel.* Paris: P.U.F.
- Lemay, M. (2004).** *L'autisme aujourd'hui.* Paris: O. Jacob.
- Lheureux-Davidse, Ch. (2018).** La prise en compte en psychothérapie des vécus sensoriels des enfants autistes. *Enfances & Psy*, 4 (80), 122-134.

Mottron, L. (2004). *L'autisme: une autre intelligence.* Bruxelles: Ed Mardaga.

Tustin, F. (1980). Les Objets autistiques. *Intern Rev. Psychoanalysis*, 7-27.

Tustin, F. (1984). Les Formes autistiques. *Intern. Rev. Psychoanalysis*, 1984/11.

Tustin, F. (1986). *Le trou noir de la psyché.* (trad, 1989). Paris: Le Seuil.

Williams, D. (1999). *Si on me touche je n'existe plus.* (1992) rééd. Paris: J'AI LU.

REFERENCIAS PERSONALES

Joly, F. (1997). Entre corps et psyché: l'espace du sujet, l'épaisseur d'une histoire. In G. Lucas et coll., *Folies d'Enfance*, pp.169-189. Paris, P.U.F. *le fil rouge.*

Joly, F. (1999). *L'Angoisse dans l'autisme et les états post-autistiques (une étude psychopathologique et psychanalytique).* Thèse de Doctorat de «psychopathologie fondamentale et psychanalyse» Université Paris VII - Denis Diderot (soutenue et reçue mention très honorable avec les félicitations du jury Fedida, Dayan, Golse, Houzel novembre 1998), p550. Villeneuve d'Asq: Ed. Septentrion.

Joly, F. (2002). De l'archaïque au pubertaire : destin du Sexuel dans l'autisme et la psychose infantile (réflexions à partir de deux trajectoires cliniques). In P.A. Raoult et coll., *Le Sexuel et les sexualités de l'enfance à l'adolescence*, pp.185-214. Paris: L'Harmattan.

Joly, F. (2002). A propos du paradigme autistique: apports de la psychomotricité. In F. Giromini et coll., *Corps et Psychiatrie*, pp. 15-37. Paris: S.B.Publications.

Joly, F. (2003). Notre corps n'est rien sans le corps de l'autre. *Thérapie Psychomotrice*, n°134 pp. 40-58

Joly, F. (2008). Labes, G. (dir.). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité - Vol.1 - Corps, tonus et psychomotricité.* Paris: Ed. du Papyrus.

Joly, F. (2009). Labes, G.(dir.). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité - Vol.2 - Psychopathologie développementale et troubles psychomoteurs.* Paris: Ed. du Papyrus.

Joly, F. (2009). Corps et Psych. In F. Marty et coll, *Les grandes problématiques de la Psychologie clinique*, pp.176-195. Paris: Dunod.

Joly, F. (2010). Tic, Tac, Toc, Ted et Thada: la fonction et le fonctionnement. *Neuropsychiatr. Enfant et Adolesc.*, n°58 (6/7), pp.379-390.

Joly, F. (2010). Labes, G.(dir.). *Julian de Ajuriaguerra et la naissance de la psychomotricité Vol.3 - Entre inné et acquis: le bébé et le développement précoce.* Paris: Ed. du Papyrus.

Joly, F. (2011). The Body of the Autistic Child: an integrated approach. In I. Lorkovic (dir.), *AUTISM*, pp. 437-450. New York:Ed. In Tech.

Joly, F. (2011). Le développement psychomoteur: un paradigme pour la psychopathologie du XXIème siècle. *Contrastes*, 34/35 n°spécial «développement», pp.213-235.

Joly, F. (2012). Le Corps et l'Inconscient chez l'enfant (prolégomènes à une métapsychologie du lien corps/psyché). *Le Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, Vol.2, n°1 «expressions corporelles et souffrance psychique», pp.285-321.

Joly, F. (2012). F. Tustin: les formes et les objets autistiques. In J.Y. Chagnon (dir.), *Commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique*, pp.273-281. Paris: Dunod.

Joly, F. (2013). Berthoz, A. (dir.). *Julian de Ajuriaguerra – Développement corporel et relation avec autrui.* Paris: Ed. du Papyrus.

Joly, F. (2014). Le corps de Narcisse - petite note interrogative. *Le Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n°2 Vol.4, pp.15-24.

Joly, F. (2014). Enjeux du corporel et du psychomoteur dans l'autisme. In M.D. Amy et coll (CIPPA), *Autismes et Psychanalyse*, pp.93-140. Toulouse: Erès.

Joly, F. (2014). Enjeux du corporel et du psychomoteur dans l'autisme (psychanalyse, neuroscience et psychopathologie développementale). In M.D. AMY (dir.), *Autismes et Psychanalyses-évolution des pratiques, recherches et articulations*, pp.93-140. Toulouse: Erès.

Joly, F. (2015). Le corps et les liens corps/psyché - Réflexions à partir de la question pulsionnelle. *Revue Belge de Psychanalyse*, n°66, pp.47-69.

Joly, F. (dir.) (2016). *L'enfant autiste et son corps - L'approche psychomotrice de l'autisme infantile* (dont introduction-rapport introductif - et chapitre sur les signes précoces). Paris: Ed. In PRESS; coll. *Cliniques Psychomotrices*.

Joly, F. (2018). Le corps et ses symbolisations. In Ouvrage collectif D. Rochat, H. Chapelière (dir.), *Symbolisations*, pp.21-48. Toulouse: Erès.

Joly, F. (2018). *Corps et Psychopathologie*. Paris: In Press.

Joly, F. (2018). Le Sujet, le corps et le développement "vie durant " (réflexions à partir du paradigme autistique). In C. Bergeret-Amselek (dir.), *Et si Alzheimer et Autisme avaient un lien? - Colloque sur les âges de la vie*, pp.143-172. Toulouse: Erès.

Joly, F. (2019). Les guerres de l'autisme (résistances dans la psychanalyse, résistances de la psychanalyse et résistances à la psychanalyse). *Le Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, n°2 pp. 169-184.

Joly, F. (2020). Autismes et psychomotricité (une approche psychomotrice de l'autisme). *Visuo Conférence Fondation FUNADIP & Asociacion Argentina de Psicomotricidad*. Buenos Aires.

Joly, F. (2020). Le corps et le bébé "en relation". Ou entre corps et psyché de quelques enjeux d'une psychopathologie développementale complexe". In M. Dugnat (dir.), *Soins, Corps & Langage*, Vol. 2, pp. 187-215. Toulouse: Erès.

Joly, F. (2021). Ecouter, rêver, créer... Supervisions et analyses de pratiques dans l'autisme. *5ème Colloque International « Autismes »*, CIPPA. Paris.

Joly, F. (2021). La subversion sensorielle... Ou la sensorialité autistique entre fonctions et fonctionnements. In Amy, Golse, Barral et coll. *Des troubles sensoriels aux stratégies thérapeutiques* (CIPPA Autismes et psychanalyse Vol.4), pp.251-258. Toulouse: Erès.

Joly, F., Girardier, N., Cordier, I. y Rodriguez, M. et al. (2023). *Entre Corps et Psychisme: enjeux cliniques, technico-thérapeutiques et théoriques du corps en psychiatrie*. Toulouse: Ed. Erès.

Joly, F. (2023). Enjeux du lien corps/psyché en psychiatrie. *Santé Mentale*, 274, 26-31 (8ème rencontres soignantes en psychiatrie).

Touati, B., Joly, F. y Laznik, M.C. (2007). *Voix, parole et langage dans l'autisme infantile*: Paris: P.U.F. le fil rouge.

Touati, B., Joly, F. y Laznik, M.C. (2023). *AUTISMES: Corps et Psyché*. Paris: P.U.F. le fil rouge.



Trauma prenatal y autismo¹

– Suzanne Maiello –

Doctora en Psicología. Psicoanalista de adultos (IAPP). Psicoterapeuta de niños (AIPPI, ACP). Profesora del programa de Máster en Estudios de Observación Psicoanalítica. Universidad de Essex, Gran Bretaña. (Roma, Italia)



PRESENTACIÓN PARA LA EDICIÓN EN LA REVISTA *eipea*

Me siento honrada de haber tenido la oportunidad de publicar un artículo en la revista digital *eipea*, que

ofrece una plataforma para compartir experiencias psicoanalíticas y pensar sobre todos los aspectos de los estados autistas. El autismo sigue siendo un estado de retraimiento psicofísico más profundo que nos desafía. Es por ello por lo que un intercambio continuo entre los clínicos es de crucial importancia.

Trauma prenatal y autismo, que se publica en la presente edición de *eipea*, recibió el Primer Premio Internacional Frances Tustin Memorial en 1997 otorgado por el Centro Psicoanalítico de California y se presentó como Conferencia Conmemorativa en Los Ángeles el 14 de noviembre de 1997. El artículo se publicó por primera vez en 1998 en la revista italiana Richard e Piggie - Studi psicoanalitici del bambino e dell'adolescente, (3/98, 271-292) con el título *Trauma prenatale e autismo*.

A través de la historia clínica de una niña pequeña, exploré posibles experiencias prenatales traumáticas de niños que se encuentran en un estado de retirada autista desde el nacimiento. Sugerí que podría haber una conexión entre la precocidad del inicio del autismo y situaciones prenatales potencialmente traumáticas

como amenazas de aborto espontáneo o estados mentales patológicos en la madre embarazada. En particular, formulé la hipótesis de que una retirada psicofísica de la experiencia auditiva de la voz de la madre, que normalmente estimula la actividad protomental fetal y conduce al desarrollo de un objeto sonoro prenatal (*L'oggetto sonoro - Un'ipotesi sulle radici prenatali della memoria uditiva*, Richard e Piggie, 1/93, 32-47) podría contribuir al posterior aislamiento del niño autista y al apego bidimensional no mental a las sensaciones táctiles.

Roma, 10 de abril de 2023
Suzanne Maiello

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos parecen tener una necesidad primaria y una capacidad correspondiente para encontrarse con el "otro" y crear vínculos. Este fenómeno es descrito por Stern como "intersubjetividad primaria" (1985) y por Trevarthen como "nuestra sintonía innata con los sentimientos y los intereses de otras personas" (1996). Los niños autistas no tienen ese empuje primordial hacia la comunicación.

¿Qué falló y en qué momento? ¿Y por qué se produce el retraimiento autista? A partir de las investigaciones neurobiológicas más recientes en el ámbito de la embriología cerebral, el autismo parece estar relacionado con la ausencia de integraciones neurológicas primarias que normalmente se producen hacia la mitad de la vida prenatal.

Poco antes de su muerte, Tustin (1994) reconoció la complejidad de los procesos que conducen al retraimiento autista y sugirió -en el prefacio de la segunda edición de *Barreras autistas en pacientes neuróticos* (1986)- sustituir el término "autismo psicógeno", que había utilizado hasta 1990 para niños cuyo diagnóstico había descartado un daño cerebral, por el de "autismo psicobiológico". De este modo, no sólo reconoció la

aportación de otras disciplinas para una comprensión más global de la génesis de la patología autista, sino que también reafirmó implícitamente que la naturaleza y el entorno están interconectados desde el principio y que cuanto más retrocedamos en el tiempo hacia los orígenes de la vida, más inseparables son los acontecimientos físicos y psíquicos. Por eso Tustin habla del retraimiento autista como de una "reacción psicofísica protectora, más que un mecanismo psicodinámico de defensa" (1990), subrayando la precocidad de la aparición de la patología. Es evidente que cuanto antes se produzca un acontecimiento traumático durante el desarrollo, más radicales y físicas serán las reacciones protectoras; pero también es cierto que desde el momento en que aparecen los primeros destellos de actividad protomental, *cada evento físico tiene su contrapartida psíquica*. Por esta razón, no podemos excluir que las experiencias prenatales puedan resurgir también a lo largo de la vida para ser integradas en la personalidad de una forma diferente.

Tustin, a pesar de no entrar en la cuestión de forma más sistemática, atribuyó el estado mental de los niños nacidos autistas a las "reacciones de aversión" *prenatales* (1990). Reflexionando sobre material clínico, escribe que "algunos niños parecen haber sido perturbados en el útero y, por tanto, nacen predispuestos a convertirse en autistas" (1986). Le impactó ver lo frecuente que era, en el material de estos pacientes, la evocación de un medio acuático o de estados psicofísicos descritos en términos de liquidez, que podían recordar la situación prenatal. Yo añadiría que las experiencias de "congelación" a las que se referían los pacientes cuando describían sus sensaciones de aislamiento autista, podrían ser una reacción al terror a la caída en un momento en que el sentido de la existencia tiene todavía una calidad líquida. De hecho, la congelación es la forma en que un líquido se convierte en un cuerpo só-

¹ Traducción de la versión en catalán por el Equipo *eipea*.

lido. Sin embargo, su solidez es precaria, ya que el mantenimiento de su estado no está asegurado por su estructura interna y, por tanto, se encuentra a merced de las condiciones ambientales.

Además de afirmar la idea de que el retraimiento autista podría ser una protección psicofísica con orígenes a veces prenatales, Tustin consideraba al autismo como *“una reacción que es específica de un trauma”* (cursiva original, 1994). Un trauma puede tener orígenes tanto externos como internos, pero en ambos casos lleva, en estos niños, a una *“conciencia traumática de la separación corporal de la madre... antes de que su aparato psíquico sea capaz de soportar la tensión que ésta supone”* (1986).

¿De quién es el trauma? Cuanto más precoz es, más se fusionan los estados físicos y psíquicos y más interconectadas están también las existencias psicofísicas del feto y de la madre. Tustin afirmó que los acontecimientos traumáticos que se produjeron en la vida de las *madres* de futuros niños autistas durante el embarazo o en torno al parto podrían tener un impacto en el desarrollo psíquico del niño. Ella, de hecho, informó de que *todas* las madres de sus pacientes autistas habían estado deprimidas antes o después del nacimiento de sus hijos (1986, 1990).

Éstos son los tres ejes del pensamiento de Tustin que intentaré seguir en la parte clínica de este trabajo: la idea del *origen* tanto *prenatal* como *traumático* del retraimiento autista y su estrecha *conexión con los estados emocionales y mentales de la madre*.

ACONTECIMIENTOS PRENATALES TRAUMÁTICOS

La amenaza más directa para la supervivencia física del feto es el peligro de aborto. Éste se manifiesta por contracciones uterinas que pueden provocar la apertura prematura del cuello uterino y la expulsión del embrión o del feto. Estando en contacto con las paredes uterinas, el feto, como el embrión, percibe directamente las contracciones y al mismo tiempo está expuesto a un aumento de la presión del líquido amniótico sobre la superficie del cuerpo. En ambos casos, el



Nuestra experiencia de observación del recién nacido nos enseña lo variable que es, en los niños, la capacidad de tolerar situaciones vitales potencialmente traumáticas. Podemos suponer que las diferencias individuales existen incluso antes del nacimiento.

niño todavía no nacido está expuesto a percepciones táctiles incontrolables que difieren de su experiencia normal.

La amenaza de aborto también repercute en el estado emocional de la madre y éste último puede expresarse -a nivel físico- a través de una aceleración del latido del corazón y del ritmo de la respiración, junto con posibles manifestaciones vocales vinculadas al malestar y la angustia. Sabemos que el feto reacciona también a los cambios bioquímicos que se producen en el organismo de la madre debidos a las fluctuaciones de sus estados emocionales. Rosenfeld (1987) describe la impotencia del feto ante la *“presión osmótica”* de éstos. Inevitablemente, cada acontecimiento físico tiene su contrapartida emocional en la vida mental de la madre y ambos tienen un impacto en el estado psicofísico del feto.

Un evento inesperado que provoca una sensación de impotencia lleva a una reacción de fuga o retirada. Es probable que el bebé amenazado de aborto tenga sensaciones alarmantes provocadas por una combinación de elementos táctiles, bioquímicos y quizás auditivos. Éstos pueden influir en su comportamiento

prenatal y postnatal posterior, tal y como describe el estudio observacional de Piontelli (1992). También llama la atención cómo muchas madres de niños con trastornos graves han tenido una amenaza de aborto durante el embarazo.

Me gustaría ampliar el concepto de trauma y considerar como traumáticos no sólo los acontecimientos que en un momento dado laceran de forma espectacular una configuración externa o interna, sino incluir también aquellos factores que interfieren de una forma más sutil y continuada en el desarrollo mental normal, tanto a través de su ausencia depuradora como de su presencia dañina.

Es difícil evaluar el impacto potencialmente traumático que los malestares emocionales temporales de la madre o sus estados mentales patológicos pueden tener en el niño antes del nacimiento. El feto es receptivo a ellos, pero el grado de su efecto traumático parece variar de un niño a otro. Nuestra experiencia de observación del recién nacido nos enseña lo variable que es, en los niños, la capacidad de tolerar situaciones vitales potencialmente traumáticas. Podemos suponer que las diferencias individuales existen incluso antes del nacimiento.

La hipótesis de Grotstein (1983) de que la depresión materna durante el embarazo podría tener el efecto de una agresión bioquímica al feto en el “baño amniótico” es confirmada por la observación de Tustin sobre las madres de sus pacientes autistas, que habían sufrido sin excepción estados depresivos.

Desde el momento en que sabemos que el feto escucha activamente y reacciona a la voz de la madre (De Casper y Spence, 1986; Masakowski y Fifer, 1994; Moon y Fifer, 1990 y Spence y De Casper, 1987), es probable que sus cualidades emocionales den al niño pistas sobre su estado mental. La voz de una madre deprimida tiene una línea melódica más plana y un ritmo más lento, es más débil y menos sonora que la de una madre no deprimida. Si es cierto que la voz materna da al feto una primera experiencia de “alteridad” y, por tanto, tiene una función de estímulo para el inicio de la actividad protomental (Maiello, 1993), no podemos excluir que la debilidad de esa presencia vivificante pueda tener consecuencias para el desarrollo mental posterior del niño.

IMAGINANDO EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS PRENATALES

Durante la vida prenatal las reacciones del niño ante una situación no se pueden

observar de forma continuada, lo que representa una dificultad cuando intentamos reflexionar sobre las experiencias fetales. Tras el nacimiento el bebé se puede ver, escuchar y tocar y sus reacciones ante un acontecimiento dan al adulto pistas inmediatas sobre su vivencia. En cambio, las reacciones del feto sólo son observables durante períodos limitados, mediante la exploración ecográfica. La única herramienta que tenemos para intentar llegar a una comprensión más profunda de las vivencias y estados mentales del niño antes del nacimiento, tanto en su desarrollo normal como en sus desviaciones patológicas, es la inferencia cautelosa y cuidadosa a partir del material clínico, del material onírico o de la observación del recién nacido.

Los bebés normales miran y escuchan activamente y muestran una capacidad precoz de “captar” el entorno, de coordinar informaciones sensoriales y responder a ellas. Crean lazos. Los niños autistas evitan mirar a las personas y no escuchan, hasta el punto de parecer sordos a veces, y tienden a escapar del contacto físico retirándose o “dejando atrás” el cuerpo, como si se separaran.

Antes de intentar imaginar cuál podría ser la calidad de las experiencias traumáticas del feto, quisiera recordar brevemente las diferencias intrínsecas

entre las modalidades perceptivas táctil y auditiva en el desarrollo normal (Maiello, 1997) para comprender qué ocurre en su funcionamiento en el caso de la reacción protectora más extrema a un acontecimiento traumático, o sea el retraimiento autista.

El tacto y el oído son los principales canales sensoriales a través de los cuales el feto establece contactos con su entorno. Aunque en el desarrollo normal es probable que las sensaciones se mezclen (*cluster of sensations*), trataré las percepciones táctiles y auditivas por separado, para comprender mejor su especificidad funcional.

Una de las diferencias cualitativas de fondo entre el tacto y el oído consiste en que el tacto transmite una experiencia concreta de “no distancia” conectada a unas superficies. En otras palabras, está vinculado esencialmente a percepciones de tipo bidimensional. Si extendemos el concepto de “posición autista contigua” de Ogden (1981) en la vida prenatal, podemos plantear la hipótesis de que, en el desarrollo normal, las sensaciones táctiles dan al niño las primeras percepciones fugaces de los límites corporales.

El oído, por otra parte, es una “modalidad perceptiva a larga distancia” (Tustin, 1990), que puede representar un puente que lleva desde las percepciones táctiles físicas a los primeros momentos de “actividad protomental” fetal (Mancia, 1981). La voz materna, que tiene un efecto vivificante sobre el feto (Tomatis, 1981), viene desde el exterior y penetra *en* la oreja. Si bien el componente vibratorio del sonido puede provocar sensaciones táctiles, existe más “alteridad” intrínseca en el oído que en el tacto. Por tanto, el oído puede abrir el camino hacia las primeras experiencias psíquicas protointrojectivas. Spensley, la biógrafa de Tustin, escribe: “Escuchar... significa dejar entrar algo, tanto a nivel auditivo como psicológico” (1995, traducción Suzanne Maiello). La oreja es un órgano exclusivamente receptor. Depende de los sonidos que entran y no tiene ninguna autonomía funcional propia. Sólo después del nacimiento, con el primer grito, el recién nacido adquiere la capacidad de producir él mismo sonidos, de utilizar la voz y la boca



Una de las diferencias cualitativas de fondo entre el tacto y el oído consiste en que el tacto transmite una experiencia concreta de “no distancia” (...). La experiencia fugaz de distancia y de diferencia que se transmite a través del oído es precisamente lo que los niños autistas no toleran.

para iniciar un contacto a nivel sonoro y crear de forma autónoma una sensación de plenitud vocal.

El único medio activo del que dispone el feto es la motricidad y gracias a ella puede entrar en contacto con su entorno o con su propio cuerpo o llenar la boca con el dedo cada vez que siente la necesidad. A nivel auditivo, no tiene ningún medio para reproducir la presencia de la voz materna. Se puede pensar, por tanto, que a nivel auditivo vive unos momentos de impotencia a los que no está expuesto a nivel táctil.

La diferencia descrita entre las dos modalidades sensoriales puede resultar crucial en una situación de emergencia como la amenaza de un aborto, cuando la propia vida del niño está en riesgo y las exigencias de supervivencia física concreta se convierten probablemente en prioritarias respecto a las necesidades más inmateriales, como ocurre en situaciones de guerra. En el niño autista, la sensación catastrófica de impotencia podría llevar a un colapso de los elementos protectores de primera línea de la actividad proto-mental.

La experiencia fugaz de distancia y de diferencia que se transmite a través del oído es precisamente lo que los niños autistas no toleran. En el niño que nace autista después de un trauma prenatal se puede haber producido, incluso a nivel sensorial, un colapso de la disposición a la apertura a las relaciones, con la consecuencia de que el contacto con el entorno se queda en, o retorna a, un estado de “experiencia no mentalizada” (Mitrani, 1992). Este colapso podría anular el normal funcionamiento del sentido “de larga distancia” del oído, reduciendo cualquier experiencia dotada de un potencial simbólico a un apego táctil asimbólico a un objeto o a una superficie, en una situación de “no-distancia”. En cuanto a los niños autistas, Tustin escribe: “He llegado a pensar que la vista y el oído, después de un inoportuno predominio del sentido del tacto, están excesivamente impregnadas de sensaciones táctiles” (1986).

El último punto que me gustaría mencionar es la posible conexión entre el retraimiento autista del niño y su traumática experiencia de estados emo-

cionales o mentales maternos. ¿Cuáles son los medios gracias a los que un niño normal logra no ser afectado por el malestar de la madre hasta el punto de tener que recurrir a reacciones autistas de autoprotección? ¿Podemos imaginar que en el desarrollo normal existe algún precursor prenatal de la “barrera de contacto” (Bion, 1962) capaz de realizar una función de filtro mental análoga a la que realiza, a nivel físico, la placenta? De hecho, a pesar de que todas las madres de los pacientes autistas de Tustin estaban deprimidas, no todos los hijos de madres deprimidas se vuelven autistas. Haciendo la pregunta al revés, podríamos preguntarnos si a los niños que se vuelven autistas les ha faltado un “filtro mental”, que les hace más permeables y expuestos de forma más indefensa a estas “presiones osmóticas” maternas.

Volviendo a la cuestión de la percepción auditiva prenatal de la voz materna y a la especificidad de las dos modalidades sensoriales examinadas, me gustaría recordar otra diferencia significativa entre el tacto y el oído así como, después del nacimiento, la vista. Para alejarnos de un objeto que no queremos tocar o ver, podemos retirar la mano, cerrar los ojos o girar la cabeza. Un recién nacido que rechaza el pecho mantiene la boca cerrada y gira la cabeza al otro lado. Las orejas, en cambio, no tienen párpados ni esfínteres capaces de protegernos de los sonidos que preferiríamos no escuchar, ni antes ni después del nacimiento.

El pecho “malo”, lleno de leche “mala”, tiene su precursor auditivo en una voz “mala” que emite sonidos-beta indigestos e indigeribles, en lugar de ofrecer un alimento sonoro vivificante hecho de comunicaciones-alfa (Bion, 1962). El niño que se convertirá en autista puede haber tenido que protegerse de forma masiva de las intrusiones vocales que transmitían un malestar emocional materno o un trastorno mental intolerable, mediante un “desacoplamiento” de la capacidad auditiva a un nivel psicofísico profundo, sacrificando así la intersubjetividad innata y la apertura al crecimiento presimbólico.

La consecuencia de la supresión de la receptividad auditiva podría dar lugar a

una carencia, o a un desarrollo insuficiente, del “objeto sonoro” prenatal que -nutrido en el desarrollo normal por protointroyecciones de la voz materna- podría tener una función precursora de objeto materno postnatal (Maiello, 1993). Cabe preguntarse si el hecho de que algunos niños nacidos con autismo parecen no “reconocer” a qué pecho engancharse, puede estar relacionado con la falta de este vínculo. Sugeriría que el círculo vicioso entre el aislamiento del bebé tras el nacimiento y la renuncia de la madre a buscar la interacción con él podría tener un precursor prenatal en el estado materno de malestar emotivo o de trastorno mental que se manifiesta en la voz y en el retraimiento auditivo del feto.

El siguiente material clínico muestra cómo el fracaso de las integraciones sensoriales primarias durante la vida intrauterina podría poner en marcha un desarrollo patológico. La niña autista, que había sufrido una amenaza de aborto a los cinco meses de edad intrauterina y su madre, que tuvo dificultades para integrar sus propias experiencias traumáticas previas, nos hacen partícipes de hasta qué punto su crecimiento mental estaba comprometido; pero también veremos, a través del material del primer año de psicoterapia, con qué poder evocador la niña fue capaz de comunicar la naturaleza de su doble experiencia traumática.

EL DOBLE TRAUMA PRENATAL DE LA ROSETTA

La historia

Los padres de Rosetta buscaron ayuda psicoterapéutica cuando la niña, que había tenido un diagnóstico de autismo infantil, tenía cinco años.

La madre, una mujer con un cuerpo evanescente y un largo pelo color de cobre, explicó que había tenido “varios” abortos antes del nacimiento de Rosetta. Tustin explica que entre las madres deprimidas de sus pacientes autistas, algunas habían tenido “previamente un aborto cuyas consecuencias, desde el punto de vista emocional, todavía estaban presentes cuando el hijo que se habría vuelto autista estaba a punto de nacer o acababa de nacer” (1986).

Cuando la madre de Rosetta estaba embarazada de la niña, hubo otra amenaza de aborto en el quinto mes de embarazo. El cuello del útero se había abierto prematuramente, siendo necesario un cerclaje para prevenir el aborto. El nacimiento fue a término y natural. En el momento del destete, después de siete meses de lactancia materna, Rosetta no aceptó el biberón y pasó directamente a la cuchara. No había gateado, pero llegó a la posición vertical a los nueve meses. Entonces la madre puso a la niña en el andador, para que pudiera moverse. Volvió a quedarse embarazada de nuevo un mes más tarde, pero tuvo un aborto y perdió a su hijo al quinto mes, mientras Rosetta continuaba con su andador y no quería oír hablar de caminar. Al año, la niña había dicho las primeras palabras, pero no hubo progreso alguno; el padre dijo que, posteriormente, “la curva se aplanó”. Rosetta caminó a los dieciocho meses. La madre volvió a quedarse embarazada, pero perdió ese bebé también. Los médicos finalmente descubrieron que su cuerpo producía anticuerpos que atacaban a los embriones.

Me alarmó profundamente no sólo la biografía de Rosetta -única superviviente en medio de un número desconocido de niños que murieron a causa de los anticuerpos maternos- sino más aún la sonrisa angelical de la madre y la ausencia de emociones con la que contó la historia de los intentos de Rosetta de progresar y de sus fracasos, entrelazados con la lista de las muertes de sus otros hijos. La madre habló mucho y saturó de palabras cada momento de silencio y posible reflexión. El tono de su voz era a la vez infantilmente resonante e impersonalmente plano y la pronunciación muy inarticulada. Tuve la sensación de que las palabras salían de su boca antes de que estuvieran bien formadas y que resbalaban lejos, sin ser vistas ni oídas por sí misma. Madre e hija nunca habían estado separadas durante los cinco años de vida de Rosetta.

La madre de Rosetta y sus fantasías de hermanamiento

La familia vivía a dos horas de coche de mi despacho. Antes de la primera entrevista con los padres, la madre me sor-

prendió preguntándome si podía participar en el encuentro también su hermana. Sucesivamente, desde el comienzo de la terapia de tres veces por semana, la madre acompañaba a Rosetta junto a esta hermana que se le parecía mucho. Tenía el mismo pelo largo y la misma voz infantil. Sentí que habría sido demasiado difícil, para la madre, estar sola durante el tiempo de la sesión de Rosetta. Cuando venía a recoger a la niña, se la llevaba en brazos, como si fuera un bebé. Estar sola, como individuo solo, parecía intolerable para la madre de Rosetta.

Al principio de la terapia, la madre había querido satisfacer lo que presentó como un deseo intenso de Rosetta, comprarle un cachorro. Más adelante, me pidió consejo respecto a su intención de acoger a una niña de la edad de Rosetta, para que su hija tuviera algo de compañía. Ambos deseos parecían ser mucho más suyos que de Rosetta.

Las “fantasías de hermanamiento” de la madre tenían el objetivo de mantener a raya el peligro de la separación y de salvaguardar una condición de identidad fusional continua. Bion escribe de un paciente: “...el gemelo imaginario... representaba su incapacidad de tolerar un objeto que no fuera totalmente controlado por él mismo. Es decir, que la función del gemelo imaginario consistía en negar una realidad diferente a la del propio sujeto” (1950).

Un día, tres meses después del comienzo de la terapia, la madre llevó a Rosetta a la sesión en brazos. La cara de la niña estaba hinchada y contusionada en torno a los ojos y la nariz. Separar a la madre de la hija era impensable. Acepté verlas juntas y la madre tuvo a la niña en brazos durante toda la sesión. Rosetta se había caído de una pared y había sido ingresada en el hospital durante todo el fin de semana.

Pocos días después, la madre me comunicó, con una sonrisa radiante, que volvía a estar embarazada. Interrumpió su psicoterapia de una sesión por semana con otro terapeuta, que había empezado -siguiendo mi solicitud- desde el inicio del tratamiento de Rosetta.

No tenía la sensación de que la madre se hubiese refugiado en este nuevo

embarazo para evitar una sensación de vacío que la percepción de un espacio tridimensional dentro de sí misma podría presuponerle, sino que más bien la idea de un nuevo hijo estaba conectada con su fantasía de “hermanamiento” que hasta entonces había alcanzado a través de la condición de adhesión recíproca de “ser-todo-uno” con Rosetta, cuya continuidad sentía intuitivamente amenazada por la terapia. En este sentido, también impacta la coincidencia temporal entre los logros de desarrollo de Rosetta cuando era pequeña y los dos embarazos anteriores seguidos de abortos. El primero había empezado poco después de que Rosetta había aprendido a ponerse de pie y el segundo poco después que había, tardíamente, aprendido a caminar.

El cuerpo de la madre, plano y desprovisto de sustancia, aparecía como la contrapartida material especular de su estado mental. Recuerdo mi profunda preocupación al pensar en la falta de espacio físico y mental para un nuevo niño en su interior. Tuve miedo, también, que -debido al largo trayecto en coche- la terapia de Rosetta pudiera también estar en peligro. Dos nuevos abortos estaban en el aire. La familia logró mantener el compromiso de la terapia con regularidad, pero al final del sexto mes del embarazo, en medio de las vacaciones de verano, la madre tuvo un parto prematuro. La vida del recién nacido estuvo en peligro durante varias semanas y el niño pasó sus primeros cuatro meses de vida dentro de una incubadora.

Cuando la madre volvió a llevar a Rosetta a la primera sesión después de las vacaciones, yo me esperaba ver a una mujer en el séptimo mes de embarazo. Señalando con el dedo su cuerpo plano, dijo con su sonrisa perenne: “La barriga ya no está”, dejándome durante toda la primera sesión después de la separación de Rosetta con el interrogante de si el niño estaba vivo o muerto.

En la siguiente entrevista, los padres explicaron que el niño había nacido tras un intento de cerclaje fracasado. Ellos no habían hablado de la situación del hermanito con Rosetta, porque temían que sería un trauma si hubiera muerto. Otro niño estaba en peligro de escabullirse sin



Cuanto más precoz es el comienzo del desarrollo patológico, menos diferenciadas son las fronteras psicofísicas entre la madre y el niño aún no nacido.

ser visto, como los precedentes niños no nacidos.

Tras el primer año de terapia, la familia se mudó a Roma. Este cambio agilizó los acompañamientos de Rosetta a las sesiones. Hizo también posible una adaptación gradual a la escuela infantil. En aquella ocasión fueron más intensas las angustias de separación de la madre que las de la hija. Sin embargo, la pérdida del entorno habitual junto con la llegada casi coincidente del hermanito al nuevo piso, trastornaron a Rosetta. Aunque recurría menos frecuentemente a maniobras protectoras de tipo autista, tenía tendencia a retirarse más a menudo de la comunicación, refugiándose en fantasías alucinatorias.

El encuentro con Rosetta

Rosetta era una niña graciosa. Sus cabellos estaban recogidos en dos coletas a ambos lados de la cabeza. Cuando la vi por primera vez, llevaba unos largos pendientes articulados, evidentemente de la madre, que le colgaban sobre los hombros dándole un aire incongruente. Desde el principio, había momentos en los que me miraba con sus grandes ojos y escuchaba lo que le decía. Sin embargo, durante la mayoría del tiempo, su cara llevaba -como si fueran dos máscaras- una u otra de dos expresiones. O los

lados de la boca apuntaban hacia arriba en una sonrisa radiante muy parecida a la de la madre o bien hacia abajo, dándole un aspecto lúgubre e inaccesible. Yo no era capaz de decir si la máscara oscura expresaba rabia o asco o tristeza u otra emoción, rechazante o rechazada. Esa máscara prohibía cualquier acceso, al igual que la sonrisa estereotipada. Rosetta habitualmente alternaba las dos expresiones en rápida secuencia, haciendo perder a ambas cualquier residuo de potencial significado.

Su lenguaje era prevalentemente ecológico, pero durante la primera sesión, en la que yo había nombrado algunos animales, la niña pronunció en voz baja el nombre de otros animales. Encontró la vaca, buscó la ternera, tocó las ubres de la vaca y dijo leche en un susurro. En un momento dado, se me acercó y dijo, señalando con el dedo el tejado del palacio cercano: “¿Ves las antenas de televisión?” Era difícil entender sus palabras, porque eran poco articuladas y dichas de forma apresurada; parecían desaparecidas antes de que yo pudiera captar el sonido y adivinar el significado, pero era una frase entera, una comunicación, una pregunta dirigida hacia mí que parecía requerir una confirmación. Sin embargo, me sentí fuertemente inducida a hablar como ella, en un susurro sin apenas voz,

como si el hecho de que pudiera haber un diálogo tuviera que permanecer invisible y ni siquiera conocido por nosotros.

Mientras manipulaba los animales, los tocaba y miraba en su boca, especialmente en la del cocodrilo. ¿Eran peligrosos aquellos dientes? Recordé que Rosetta, aunque aparentemente había tolerado el destete a los siete meses de edad, rechazó el biberón. ¿O el peligro estaba en la misma voz? Recordé que su padre había hablado del miedo de Rosetta a los ruidos fuertes, especialmente los de los motores de los camiones. Sentí que debía hablar en voz baja, como lo haría junto a un niño dormido que no debería despertar de repente.

Siempre durante la primera sesión, hubo también momentos de actividad intensamente agresiva. De repente, Rosetta dobló violentamente hacia atrás las patas del caballo (supe mucho más tarde que la madre era una amazona apasionada) e hizo chocar violentamente la cabeza de la vaca contra un cordero tumbado. Y, de nuevo, apretó con fuerza un animal con una mano y a la vez apretó los labios e hizo crujir los dientes. Estrechó el objeto a la manera de los niños autistas, pero también había una fuerza tremenda en su apretar.

Era innegable que Rosetta tenía rasgos autistas graves. Sin embargo, hubo momentos de comunicación que parecían permitir un pronóstico razonablemente favorable.

Líquidez: lluvia y lágrimas

Las actividades de Rosetta a menudo estaban relacionadas con la contención física. Cuando se aislaba, se iba a esconder detrás del sofá y era muy difícil llegar a ella, pero cuando estaba más en contacto me pedía que le hiciera “la casita”. Cubríamos su mesita con la manta. Ella se metía dentro y, agachada allá abajo, empezaba a murmurar en susurros rápidos y esquivos. Para intentar captar algunas palabras debía agacharme y poner la oreja en la manta. A veces, se desarrollaba un pequeño diálogo, pero con más frecuencia yo era incapaz de captar cualquier mensaje en sus susurros y era imposible establecer un contacto. Solía entrar en su casita porque llovía, pero la

casita no parecía ofrecer una protección adecuada porque también llovía dentro.

A veces, Rosetta lloraba, pero no estaba en contacto con el dolor. El llanto venía al azar, como una tos o un hipo, y ella llamaba a las lágrimas “gotitas en mis mejillas”. Parecía desconocer el vínculo entre su angustia y su dolor y sus lágrimas. Entonces me resonaba en la mente la voz sin emoción con la que la madre había relatado los dramáticos hechos ocurridos antes y después del nacimiento de Rosetta.

La madre se sorprendió al oír que su hija utilizaba la palabra “llorar” por primera vez. Rosetta lo hizo en una circunstancia particular. Una de las hermanas de la madre estaba embarazada. Rosetta puso la oreja en el cuerpo de su tía y dijo: “El bebé está llorando”. Al escuchar a ese niño aún no nacido, las gotas de lluvia que en sesión caían dentro de su casita se habían transformado en auténticas lágrimas.

Un bebé es capaz de llorar cuando está incómodo; llorando, evacua tensiones intolerables y puede indicar su necesidad a su entorno. El feto, sin embargo, se encuentra sin voz y *totalmente* indefenso. Todos tenemos la experiencia de pesadillas donde estamos en peligro, pero incapaces de mover las piernas y sacar la voz para pedir ayuda. ¿Es concebible que sean reminiscencias del pánico que experimentamos cuando todavía no podíamos correr ni gritar?

Sensaciones táctiles y pánico

Rosetta a menudo se ponía unas medias en la cabeza, con la parte de las piernas que colgaba sobre los hombros de ambos lados. La parte con el elástico parecía tener una función de contención, mientras las partes colgadas le excitaban. Los largos pendientes de la madre, que la pequeña había lucido en la primera sesión, formaban parte de la misma área de colusión erotizada que unía madre e hija. La intensa excitación sensual estaba relacionada con el largo pelo de la madre. Sin embargo, este estado mental solía colapsarse rápidamente y revelaba la ansiedad de aniquilación incontrolable subyacente. Entonces Rosetta me pedía, con extrema urgencia y en un crescendo que



El niño aparentemente sordo, rígido y congelado en el caparazón autista relata la dramática historia del impacto de experiencias traumáticas tempranas con el consiguiente fracaso de protointegraciones táctiles y auditivas primarias.

a menudo culminaba en un pánico total, apretar una cuerda alrededor de su cabeza o, al menos, arreglar mejor algo, pero era incapaz de explicar qué podía hacer para ayudarla y mis intentos de darle la sensación de estar firmemente sujeta solían fracasar. Parecía que no podía hacer otra cosa que compartir con ella su sentimiento de total impotencia.

Las coletas de Rosetta tenían una función protectora similar, pero sin el trasfondo erótico. Estaban atadas con gomas que le parecían sueltas a medida que la angustia crecía. Entonces intentaba atarlas mejor, pero la angustia a menudo aumentaba de todos modos hasta que me instaba, en pánico, a apretarlas aún más.

En otras ocasiones, por el contrario, retiraba las gomas y dejaba fluir sus cabellos con libertad. Movía la cabeza y se envolvía en su suavidad sensual y excitante. Pero, después de ello, la angustia volvía. Con el pánico de caer y desaparecer deshaciéndose, se mojaba las bragas y yo tenía que atarle las colas y apretarlas tan fuerte como podía. Esta secuencia se producía a menudo hacia el final de la sesión. En una etapa posterior, su petición de apretarlas iba acompañada de la frase “quiero mamá” con un sentido de gran urgencia.

Sabemos que la vida de Rosetta se salvó gracias al anillo de cerclaje que debía apretar y cerrar el saco uterino que se estaba abriendo prematuramente. En esta circunstancia, está en riesgo la contigüidad de los cuerpos, esa “no-distancia”, la única que garantiza la continuidad de las sensaciones táctiles. Presumiblemente, fue mi percepción del estado de ánimo “líquido” de Rosetta, junto con la calidad paroxística de su pánico y su total incapacidad para mostrarme *qué* podía hacer para mantenerla unida, lo que me hizo pensar en la extrema impotencia del feto en el caso de una amenaza de aborto. Es una cuestión de vida o muerte, ante la que el niño se encuentra totalmente indefenso.

Las voces de Rosetta

El registro vocal que Rosetta utilizaba con mayor frecuencia al inicio de la terapia tenía una tonalidad aguda y artificial, similar a las voces de su madre y su tía. Sabía que miraba dibujos animados en la televisión durante horas. Cuando se enganchaba ecolólicamente a sus voces televisivas, la articulación de su lenguaje era clara, utilizaba los pronombres y los verbos correctamente, pero era totalmente inaccesible a un intercambio

verbal conmigo y ponía sus frases este-reotipadas pseudoadultas aquí y allá, al azar. La textura sonora resultante se asemejaba al diálogo, pero era totalmente artificial. Cuando utilizaba su voz de televisión, Rosetta normalmente llevaba su “máscara sonriente” sin expresión, con los ángulos de la boca hacia arriba. Y mientras cantaba las melodías de sus historias de vídeo favoritas, parecía disolverse en sus formas musicales.

En el material de la primera sesión, hemos visto que la voz personal de Rosetta era poco más que un susurro inicialmente y que la niña no era capaz de decir nada más que una palabra suelta o un nombre o una frase muy breve con esa calidad esquiva que era su característica. Yo tenía que estar constantemente alerta para captar lo que decía. A menudo, no podía captar más que la traza sonora de su comunicación, que “incubaba” dentro de mí en silencio, intentando imaginar qué habría posiblemente podido decir en el contexto del momento, hasta cuando, aquellas veces en que lo conseguía, del ritmo y de la melodía de la comunicación emergía el significado. A medida que avanzaba la terapia, su voz se hacía más fuerte y confiada, pero sus palabras se mantenían borrosas e inarticuladas, parecidas a las de su madre.

Había, en el lenguaje de Rosetta, como en todo su ser, una calidad líquida. Era como si sus palabras se hubieran quedado sumergidas en una continuidad musical y no hubieran adquirido la autonomía estructural indispensable para tomar forma y establecer vínculos significativos entre sí. Este desarrollo puede tener lugar, tanto en el pensamiento como consecuentemente en el lenguaje, sólo si el proceso de separación no se ha detenido en una etapa muy precoz. Rosetta era capaz de articular claramente cuando formaba un todo único adhesivo ecológico con las voces televisivas; pero cuando se trataba de su propia voz, la angustia ligada a la percepción de su separación parecía ser demasiado intensa y las palabras debían quedar indistintas y amontonadas. Fue mucho más tarde, en el tercer año de terapia, que los padres me dijeron que Rosetta nunca había dejado, desde que había nacido, de mojar

la cama. Una vez más, me sorprendió no tanto el hecho en sí, sino la ausencia de pensamiento con la que me dieron esa información tardía. Intenté reflexionar con ellos sobre las formas con las que habrían podido ayudar a la niña a adquirir el control de esfínteres también nocturno. Después de unos meses, logró no mojarse y sus padres se sorprendieron de que paralelamente su lenguaje se había convertido en más claro y articulado.

En la secuencia temporal de nuestra interacción verbal se producía un fenómeno de aglomeración análogo a lo que podía observarse en su pronunciación inarticulada. En un diálogo normal, dos personas hablan y escuchan alternativamente, siguiendo un patrón rítmico de reciprocidad. Con Rosetta podía ocurrir que, después de un silencio, la niña volviera a hablar en el mismo momento en que yo abría la boca. Entonces yo me detenía inmediatamente para escuchar lo que decía, pero ella se detenía al mismo tiempo. Durante un rato yo esperaba, escuchando, que ella empezara a hablar de nuevo. Si callaba, yo decía algo sobre mi disponibilidad de escuchar lo que había querido decirme, pero ella volvía a hablar exactamente en el mismo momento y una vez más me era imposible escuchar y entender lo que decía.

La ausencia de una alternancia rítmica tenía el efecto de producir una situación de no comunicación. Era como si ambas fuéramos sordas y, en cierto sentido, también mudas. En el lenguaje ecológico, las diferencias y la separación quedan borradas por la igualdad adhesiva de las expresiones verbales. En este caso, el diálogo potencial se desplomaba en un conglomerado indistinto de palabras a raíz del hundimiento de la textura rítmica de reciprocidad que se desarrolla en el tiempo. Había una situación de no-distancia temporal, en la que dos voces coincidían y se anulaban recíprocamente y dos pares de orejas resultaban inútiles.

La reciprocidad comienza allí donde termina la fusión. Si durante la vida prenatal las sensaciones de “no-distancia” dejan fuera las experiencias auditivas normales de la voz materna que va y viene, podrían faltar en el feto las expe-

riencias rítmicas primarias que forman las bases de la posterior capacidad de reciprocidad, que encuentra su primera expresión postnatal en el ritmo cooperativo entre la boca que succiona y el flujo de la leche del pecho.

Un buen día, junto a las dos voces descritas -la televisiva y el susurro tímido e indistinto- estalló, inesperada y dramáticamente, una tercera voz. Hubo una erupción de sonidos no verbales y ruidos vocálicos de una potencia impresionante y con una calidad primordial arcaica. Estos evocaban las voces de animales salvajes: el rugido del león, los chillidos de las hienas, los aullidos de los lobos. En aquellos momentos -a menudo al comienzo de la sesión- esa niña pequeña se me plantaba delante y, mirándome directamente a los ojos, hacía esos sonidos potentes que provenían de alguna parte de su ser. No es fácil describir mis sensaciones contratransferenciales. La “voz de la selva” no estaba loca, no era terrorífica, ni agresiva. Simplemente, era una potente presencia sonora que se autoafirmaba. A veces, Rosetta cerraba las persianas y rugía en la oscuridad.

Sucesivamente, Rosetta pasaba de la evocación de voces de animales a nombrar animales feroces como panteras negras, tiburones y cocodrilos, a través de los cuales podía empezar a expresar los sentimientos ligados a la agresividad oral. Poco a poco, sus producciones verbales se acercaban también al mundo humano. Apuntándome con un arma de fuego imaginaria, Rosetta hacía los ruidos de los disparos. Una importante transformación de las voces de los animales fue la voz de una bruja. Rosetta empezaba a gritar en un crescendo, haciendo que su voz se alzara más y más hasta que emitía un tono muy agudo y penetrante, casi intolerable. La primera vez que dejó escapar ese grito, Rosetta se detuvo de repente, se derrumbó literalmente y entró en pánico. En su balbuceo angustiado, pude distinguir las palabras “mamá no quiere, mamá es débil”. Sentí lo importante que era que mis orejas pudieran tolerar y contener la intrusión de los sonidos intolerablemente agudos a los que estaban expuestas.

El continente vocal y el objeto sonoro primario

Mi percepción de la erupción de los primeros rugidos de animales fue que la propia Rosetta los había oído como provenientes de su *interior*. Junto a su parte vocal -primitiva, pero fuerte- parecía haber descubierto la tridimensionalidad de los espacios internos a un nivel completamente físico. Sin duda me había dado a mí una intensa sensación de un vibrante volumen en su interior, que contrastaba tanto con la voz materna plana como con su voz adhesiva de los dibujos animados.

La nueva base sonora se había convertido en el punto de partida para explorar paulatinamente la escala entera de sus recursos vocales y parecía haberle permitido ir más allá en el plano del funcionamiento mental, es decir, primero inventar *variaciones* de los sonidos primordiales de la voz de la selva para, después, atribuirlos a animales que pudiera *nombrar*, y ponerse en contacto tanto con sus terrores como con sus *sentimientos* agresivos hacia la madre.

Esta evolución vocal se produjo en los tres primeros meses de terapia. Es en ese momento cuando se produjo la traumática caída desde la pared, seguida de la sesión donde sentí que no podía separar a madre e hija. En el momento del accidente, la madre ya estaba embarazada, pero todavía ni ella misma lo sabía.

En la semana que siguió a la caída, Rosetta pasaba por frecuentes momentos de angustia y me pedía más a menudo que le apretara las coletas; pero, extrañamente, estaba también más comunicativa. La niña exploró activamente sus capacidades vocales y su lenguaje era más articulado de lo habitual:

Rosetta habló rápida y claramente y reprodujo las voces de algunos animales: de los polluelos, de los cerdos y de los perros. Para la vaca produjo unos larguísima "muuuuuuuuuuu...". Luego imitó unos disparos y el ruido de un coche.

Comenté que me estaba haciendo sentir como si estuviera llena de voces y ruidos dentro y cómo podía dejarlos salir y hacérmelos oír a mí también. Eran todos diferentes los

unos de los otros. Nombré uno tras otro a los animales, el fusil y el coche.

Rosetta rechinó los dientes, empezó a gritar y a chillar, dejó caer la baba en el alféizar de la ventana y la esparció con la manga.

Yo dije que ahora se había asustado y enfadado, porque ya no estaba tan segura de si podía realmente tener en su interior tantas voces diversas y conocerlas y distinguirlas. Esparciendo la baba quería que todo se volviera igual: Rosetta, la ventana-Rosetta y el alféizar-Rosetta.

Siguió escupiendo y esparciendo la baba. Entonces dijo, quizás comentando los diferentes tamaños de sus escupitajos: "Uno grande y uno pequeño".

En medio de las formas autistas que debían hacer que todo se volviera igual, había notado de nuevo una diferencia.

Se deshizo las coletas y cortó un pedazo de cuerda como si quisiera pedirme volver a atarlas de nuevo, pero no siguió. En cambio me pidió: "¿Cuándo viene mamá?". Intentó abrir la puerta, después lo dejó y dijo: "Mammmmmmmmmmmmmmmmmmm..." hasta agotar el aliento. Lo repitió muchas veces.

Le dije que ahora se sentía llena de un sonido-mamá y que eso le ayudaba a sentirse bien por dentro y a poder esperar a que llegara su madre.

Después de mi comentario, empezó a cantar: no eran las canciones de la televisión o de los dibujos, sino melodías que claramente inventaba en ese momento. Las palabras eran también de su invención. Sólo capté unas pocas: "Gatito - llora - medianoche".

La madre vino a recoger a Rosetta con la tía "gemela", que se marchó con la niña, mientras ella se quedó para comunicarme que estaba embarazada.

En esta sesión, las producciones vocálicas de Rosetta contrastaban con el uso defensivo que hacía de ellas cuando se

envolvía en las formas musicales hasta disolverse. Parecía que quisiera experimentar su "seguir-existiendo" (going-on-being) a nivel sonoro. Esto le daba una sensación de compacidad y de continuidad en su interior que ahora era capaz de reproducir vocálicamente cada vez que lo necesitaba. A partir de entonces, la voz de la selva no volvió a aparecer nunca más. De ella, habían nacido sonidos nuevos, que formaban parte del lenguaje humano y que podían utilizarse como elementos capaces de dar forma, volver a evocar y reparar un objeto sonoro materno primitivo. Esto permitió a Rosetta empezar a explorar diferencias y a comunicar más. Poco antes de las vacaciones de verano los padres, que querían estar razonablemente seguros de que no habría problemas, todavía no le habían dicho que la madre estaba embarazada. Al final del cuarto mes de embarazo, cuando se suponía que Rosetta no debía de estar enterada de nada, se dio la siguiente sesión:

Entrando, Rosetta tocó suavemente mi barriga. Después, me pidió ayudarla a atar un largo pedazo de cuerda alrededor de su cuello y del mío. Cuando estuvimos atadas juntas, me estiró hacia el suelo, de rodillas, y me utilizó como refugio, como hacía habitualmente con su "casita" cuando llovía. Se quedó un rato resguardada bajo mi cuerpo, después se arrastró fuera y se puso de pie. En mitad de la cuerda que nos mantenía juntas, había un nudo que Rosetta me pidió deshacer, para atarnos separadamente a dos ganchos junto a la ventana.

Yo hice un comentario descriptivo sobre el estar atadas juntas, salir y separarnos.

De repente, había algo que no funcionaba con su frente y yo debía actuar urgentemente. Era una emergencia que requería que algo fuera atado o contenido o apretado mejor. Sin embargo, ninguno de mis intentos parecía capaz de ayudarla. La angustia creció hasta que Rosetta gritó: "¡No va bien!".

Comenzó a gritar unas palabras, manteniendo la última vocal tanto como podía, en un crescendo dra-

mático: lllllllllllr.... Mientras gritaba, su cuerpo se ponía rígido, hasta que tembló toda ella en un terrible esfuerzo muscular. Le salieron lágrimas disparadas de los ojos y de la boca le cayó baba mientras gritaba. Yo intenté decir algo sobre lo muy asustada que estaba de haber salido fuera y haberse encontrado sola, pero sentía que mis palabras no llegaban a las raíces de su pánico.

Siguió gritando: “Dentro del aguaaaaaaa...”, después vino una secuencia de palabras que acabó con “pozoooooo...”.

Le dije a Rosetta que debía de haber pasado algo terrible. ¿Alguien había caído dentro de un pozo? ¿Había agua en ese pozo? Le dije que quería rescatar a ese alguien y acompañé mis palabras con los gestos de una persona que estira fuera de un pozo la cuerda con el cubo pegado.

Rosetta me observó y se calmó y, al cabo de un rato, se puso ella también a tirar de una cuerda imaginaria.

Entonces dije que ahora, tal vez, ese alguien ya estaba de nuevo aquí y le pregunté si le habíamos rescatado bien.

Dijo que sí y se quedó calmada hasta el final de la sesión.

Parecía que Rosetta había vuelto a vivir, en sesión, unos terrores conectados quizás no sólo con el nacimiento, sino también con la amenaza de aborto a la que había estado expuesta durante su vida prenatal. Yo no sé cuáles fueron los elementos que hicieron posible su representación dramática en ese momento. Para su madre se estaba acercando ese período de los abortos precedentes. ¿Era posible que la mente de Rosetta todavía formara tanto parte de la mente de su madre que compartía con ella, de forma fusionada, sus fantasías y miedos actuales, aunque la niña no había sido informada del embarazo? ¿O Rosetta servía como receptáculo para las emociones escindidas de su madre? En otras palabras, cabe preguntarse si la amenaza de otro posible aborto llegaba a Rosetta a través de la proyección inconsciente materna

en el aquí y ahora o si la situación actual provocaba en la niña su propia experiencia traumática prenatal del riesgo de caer fuera del vientre de la madre.

Si había sido posible para la niña revivir y representar este evento en ese momento, nos podemos preguntar también si puede haber una conexión con su encuentro con su propia voz primordial y fuerte que ahora podía ser utilizada para comunicar algo *sobre* su trauma a nivel verbal, a pesar de quedarse *en el* trauma a nivel táctil, con el envaramiento de su cuerpo presa del pánico. La historia del pozo, del agua y de alguien que caía reproducía su historia con una sorprendente precisión. Yo sentí que mi contención mental y verbal era insuficiente y mis manos tuvieron que ayudar a rescatar a quien había caído, así como entonces fue necesario el anillo del cerclaje para fortalecer el contenedor materno y salvar la vida de Rosetta.

En cuanto al uso de su voz, creo que Rosetta intentó, como había hecho dos meses antes, garantizar vocalmente su “seguir-existiendo” (going-on-being), pero esta vez -en la situación traumática que ella misma había vuelto a evocar con la representación de una situación de nacimiento o de amenaza de aborto- la voz no fue suficiente para contener la angustia. Su misma supervivencia estaba en juego y Rosetta intentó oponerse al peligro de la caída intentando, con un esfuerzo sobrehumano, protegerse mediante la contracción muscular. No sabemos si el feto, expuesto al peligro de ser abortado, reacciona de forma similar para contrarrestar las contracciones del útero materno y, en el caso de Rosetta, del abrirse y cerrarse del cuello del útero a través del cual pudo caer, pero no podemos excluirlo. Rosetta quizás nos muestra cómo el caparazón psicofísico autista puede convertirse en el último ancla de salvación cuando no hay nada a lo que aferrarse excepto sensaciones táctiles.

Discusión

El material de Rosetta facilita una reflexión sobre el trauma prenatal por la presencia concomitante de una serie de factores: la madre había tenido una grave amenaza de aborto durante el emba-

razo, la niña presentaba rasgos autistas sin ser del todo autista y el nuevo embarazo de la madre durante la terapia de la niña reactualizaba los acontecimientos traumáticos del pasado. Sin embargo, el mismo hecho de que aquel acontecimiento traumático físico había ocurrido durante la vida prenatal de Rosetta y se había vuelto a configurar en el momento del nuevo embarazo de la madre durante la terapia de la niña, puede inducirnos a olvidar otro factor potencialmente traumático presente de manera más permanente durante la vida prenatal de Rosetta, es decir, el estado mental de la madre. Creo que el origen traumático de los rasgos autistas de Rosetta podría ser doble.

El material de la niña hace pensar que la amenaza de aborto podría haber contribuido al retraimiento autista ligado a un estado de pánico no asimilable, pero nos preguntamos en qué niña se habría convertido Rosetta si su vida prenatal no hubiera sido amenazada a nivel físico. Sugeriría que sus experiencias psicofísicas eran dos caras de la misma moneda. La misma afirmación vale para la madre. Cuando la conocí por primera vez, me impactó su afectividad plana, que se evidenciaba en igual medida a nivel físico, vocal y mental. Era como si no tuviera ningún volumen y, por tanto, ningún espacio interno. Sus hijos no nacidos se habían escurrido lejos, al igual que sus palabras sin pensamientos ni emociones que me habían impactado durante la primera entrevista. Los abortos repetidos pueden verse tanto como una realización externa, física, de un objeto interno no continente, como fuente del cíclico renovarse de la experiencia de incapacidad de su vientre para contener a un niño, hecho que reforzaba a su vez su adhesividad mental.

El estallido del grito primordial de Rosetta parecía haber roto el círculo y haber abierto el camino que la llevaría hacia la liberación de la necesidad de contigüidad adhesiva con su madre y hacia la posibilidad de sentirse existiendo como individuo. He descrito lo difícil que era atribuir una emoción concreta a la “voz de la selva”. Pero ésta *era* la emoción, la materia prima de la que está hecha la emoción.

Cuando Rosetta estaba llena de su voz de la selva, mi experiencia de contratransferencia era de una comunicación suya: "YO SOY". Aquí y ahora, Rosetta era, era su voz. Yo pude verla y oírla y ella me miraba y se oía a sí misma. Quizás había encontrado dentro de sí misma la contención emocional primaria de la que había carecido en su experiencia prenatal del vientre, de la mente y de la voz de la madre. Y quizás la "voz de la selva" le había podido dar la experiencia física, auditiva y mental de un espacio interno capaz de convertirse en el contenedor de objetos internos y de ayudar a poner en marcha los procesos proyectivos e introyectivos. Y su voz estaba en el centro de su capacidad de empezar a distanciarse de las fantasías de hermanamiento de su madre y de su propia necesidad de adhesión fusional y de intentar completar y reparar su precario objeto sonoro original.

CONCLUSIONES

El material clínico de niños con autismo, cuyo desarrollo se detuvo en una etapa muy precoz de la vida, da acceso a una comprensión más profunda de los procesos protometales más primitivos. Si el inicio de una reacción de autoprotección del niño frente a una situación potencialmente traumática se sitúa en la vida prenatal, el comportamiento postnatal del niño puede proporcionarnos pistas sobre los "eslabones perdidos" en los procesos más tempranos de integración psicofísica, que parecen estar muy estrechamente relacionados con el desarrollo de experiencias sensoriales.

La investigación psicoanalítica ha empezado siempre a partir de la observación de fenómenos patológicos para llegar a reflexionar sobre el desarrollo normal. En este trabajo he intentado seguir el pensamiento de Frances Tustin sobre los posibles orígenes prenatales del autismo para relacionarlo con su idea del retraimiento autista como reacción a experiencias traumáticas y para realizar una reflexión más profunda sobre el fracaso de integraciones sensoriales prenatales, con especial atención a las experiencias auditivas prenatales.

Además, he intentado seguir y desarrollar la idea de Frances Tustin de una

proximidad psicofísica patológica entre el niño y la madre *antes* de la aparición de los primeros síntomas de autismo. Esta hipótesis parece una implicación inevitable en todos aquellos casos en los que el autismo podría tener sus orígenes en la vida prenatal. Cuanto más precoz es el comienzo del desarrollo patológico, menos diferenciadas son las fronteras psicofísicas entre la madre y el niño aún no nacido. Haciendo referencia al "núcleo protomental" del feto, Mancina afirma que "éste es permeable tanto a las representaciones que le llegan del mundo interno, como a las experiencias sensoriales que le llegan del mundo externo y materno" (1981, traducción de Suzanne Maiello).

Si seguimos la historia de la investigación psicoanalítica en el área de la patología autista, vemos cómo la descripción de Kanner de las madres de los niños autistas como tendencialmente frías e intelectuales (1949) llevó a acuñar el término de "madre nevera". Sucesivamente, la contrarreacción a la tendencia a ver en las madres la causa de la patología de los niños movió el origen del retraimiento autista excesivamente sobre los problemas internos del niño. Más tarde aún, tanto Meltzer (1975) como Tustin (1986) reconocieron que era innegable que la depresión materna podía representar uno de los factores que llevaban al colapso de la relación con el niño, pero también subrayan que esto no significa que las madres sean *culpables* del desarrollo patológico de los niños.

Es posible pensar que, en el pasado, la reflexión en torno a este aspecto fuera inhibida por la idea de que reconocer estas interconexiones significaría acusar a las madres de ser responsables de la enfermedad de sus hijos. Yo creo que hoy es posible explorar estas profundas interdependencias primarias con una mente más libre, sin culpar a las madres sino al revés, con la conciencia de que ellas mismas están en riesgo. Impacta que reencontramos la metáfora de Kanner de la "madre nevera" en la imagen tustiniana del "niño congelado". Continente y contenido comparten la experiencia del frío. El niño congelado en la madre, a menudo ligado a experiencias traumáticas no elab

boradas, necesitaría ser aceptado como el niño autista externo.

He sugerido que la voz materna podría representar al vehículo a través del cual el oído fetal recibe pistas sobre la calidad de las representaciones maternas y el estado de su mundo interno. Me gustaría añadir que una experiencia traumática puede estar vinculada tanto a la ausencia de un objeto bueno indispensable, como a la presencia e interferencia de un objeto nocivo. Se puede morir tanto de hambre como de envenenamiento. Durante la vida prenatal la voz materna, en su función de precursora auditiva del pecho postnatal, puede cubrir todo el abanico cuantitativo y cualitativo de una nutrición en exceso o en defecto, buena o mala. El hecho de que la experiencia auditiva, a diferencia de las percepciones táctiles, sea inmaterial, sólo aumenta su importancia en lo que se refiere a la apertura de la actividad protomental del feto a la dimensión presimbólica.

En una situación prenatal traumática parece producirse el movimiento contrario que puede llevar, en determinadas circunstancias, a la retirada del feto del nivel auditivo de experiencia a una modalidad táctil concreta, más segura, ya que anula la distancia en un intento extremo de oponerse a la amenaza de aniquilación. El niño aparentemente sordo, rígido y congelado en el caparazón autista relata la dramática historia del impacto de experiencias traumáticas tempranas con el consiguiente fracaso de protointegraciones táctiles y auditivas primarias, que en el desarrollo normal se inician durante la vida prenatal y podrían estar entre los requisitos previos para el inicio del funcionamiento mental simbólico. ●

BIBLIOGRAFÍA

BION W.R. (1950) Il gemello immaginario. In: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970.

BION W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.

DE CASPER A.J. and SPENCE M.J. (1986) Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds.

Infant Behavior and Development, 9, 133-150.

GROTSTEIN J.S. (ed.) (1983) A proposed revision of the psycho-analytic concept of primitive mental states. II: The borderline syndrome. Section I: Disorders of autistic safety and symbiotic relatedness. *Contemporary Psychoanalysis*, 19: 580-604.

KANNER L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.

MAIELLO S. (1993) L'oggetto sonoro. *Richard e Piggle*, 1, 31-47.

MAIELLO S. (1997) Going beyond, in *Psychoanalytic Encounters with Autistic States: A Memorial Tribute to Frances Tustin*. New York: Jason Aronson Publishers.

MANCIA M. (1981) On the Beginning of Mental Life in the Foetus. *International Journal of Psychoanalysis*, 62, 351-357.

MASAKOWSKI Y. and FIFER W.P. (1994) The effects of maternal speech on fetal behavior. *International Conference on Infant Studies*, Paris.

MELTZER D., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I. (1975) *Esplorazioni sull'autismo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.

MITRANI J.L. (1992) On the survival function of autistic manoeuvres in adult patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 549-559.

MOON C. and FIFER W.P. (1990) *Newborns prefer a prenatal version of mother's voice*, *International Society of Infant Studies*, Montreal.

ODGEN T.H. (1989) *Il limite primigenio dell'esperienza*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1992.

PIONTELLI A. (1992) *From fetus to child, An observational and psychoanalytic study*, London, Routledge.

ROSENFELD H.A. (1987) Modificazioni nella teoria e nella tecnica psicoanalitica. In: *Comunicazione e interpretazione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1989.

SPENCE M.J. and DE CASPER A.J. (1987) Prenatal experience with low-frequency maternal-voice sounds influences neonatal perception of maternal voice samples. *Infant Behavior and Development*, 16, 133-142.

SPENSLEY S. (1995) *Frances Tustin*. London and New York: Routledge.

STERN D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987.

TREVARTHEN C. et al. (1996) *Children with autism*. London: Jessica Kingsley Publishers.

TOMATIS A. (1981) *La nuit utérine*. Paris: Editions Stock.

TUSTIN F. (1986) *Barriere autistiche nei pazienti nevrotici*. Roma: Edizioni Borla, 1990.

TUSTIN F. (1990) *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Milano: Cortina Editore, 1991.

TUSTIN F. (1994a) Prefazione alla 2a edizione di: *Autistic Barriers in Neurotic Patients*. London: H. Karnac Ltd.

TUSTIN F. (1994b) The perpetuation of an error. In: *The Journal of Child Psychotherapy*, 20,1.

El autismo como trastorno del desarrollo en el movimiento intencional y el vínculo afectivo ¹

– Colwyn Trevarthen –

Profesor Emérito de Psicología Infantil y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Edinburgo. (Edinburgo, Escocia)

– Jonathan T. Delafield-Butt –

Profesor de Neurodesarrollo Infantil y Autismo, Laboratorio para la Innovación en Autismo. Universidad de Strathclyde, Glasgow. (Glasgow, Escocia)

PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

La versión en inglés de este artículo, "Autism as a Disorder of Intentional Movement and Affective Engagement" (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013), se ha convertido en un clásico en la literatura sobre el autismo. Fue el primero en considerar la interrupción del movimiento en el autismo como un factor ontogenético primario y crítico del desarrollo autista dentro de un contexto ecológico y de cognición corpórea de los crecientes mundos intersubjetivos del bebé, importante para el crecimiento del conocimiento y la comprensión y reconociendo los poderes generativos del aparato intencional de los bebés en la generación y crecimiento de la mente del niño. Su artículo complementario, en coautoría con un filósofo europeo, evalúa más profundamente el papel del movimiento y su importancia en el desarrollo psicológico temprano de bebés y niños para brindar una base teórica a los trastornos motores y afectivos en el desarrollo autista temprano (Delafield-Butt y Gangopadhyay, 2013). Ahora reconocemos que la interrupción del movimiento es un factor crítico en el desarrollo autista



social, emocional y cognitivo consecuente. En este artículo, al abordar la psicología del movimiento desde una perspectiva del desarrollo, el papel que desempeña ese desarrollo en el caso del autismo, podemos comprender mejor la naturaleza ecológica y de cognición corpórea de la ontogénesis del autismo y cómo fomentar su salud y desarrollo.

Además, este documento apunta a una causa neurológica probable del autismo en el crecimiento temprano del tronco encefálico y destaca las importantes capacidades psicológicas del tronco encefálico, que se omiten en gran parte de la literatura psicológica y médica (Merker, 2006). El tronco del encéfalo juega un papel mucho más importante que simplemente como un transmisor para los comandos cognitivos cerebrales superiores. Más bien, el tronco encefálico puede verse como la primera función psicológica del yo central de una persona que sustenta la experiencia, el aprendizaje y el desarrollo conscientes fundamentales, interrumpidos en el autismo y que requieren atención en los cuidados (Delafield-Butt, Dunbar y Trevarthen, 2022). Un posterior trabajo demuestra claramente el papel del tronco encefálico y cómo está interrumpido en el autismo tanto funcional como anatómicamente (Delafield-Butt y Trevarthen, 2017; Daldalko y Travers, 2018).

Por último, la estrecha relación entre el autismo y su alteración motora se está reconociendo. En un importante estudio etiológico reciente, Bhatt (2020 y 2021) mostró inequívocamente que las personas con autismo tienen una coincidencia significativa con el trastorno del desarrollo de la coordinación. El 87 % de las personas en un estudio de casi 12.000 demostraron esta estrecha relación entre el autismo y la motricidad, lo que brinda evidencia renovada de que el movimiento y el autismo están estrechamente relacionados (Fournier, 2010).

Esperamos que disfruten de esta traducción al español y encuentren útil su conocimiento. El lenguaje puede ser muy técnico y preciso. Es posible que sea necesario volver a leerlo para comprender su significado, lo cual les animamos a hacer. Incluso como autores, obtenemos nuevos conocimientos al releer este artículo. Está ampliamente referenciado a las disciplinas centrales de la neurociencia, la psicología del desarrollo y la neuropsiquiatría en las que se basa el pilar de la investigación del autismo, así como a las perspectivas de la fenomenología, la semiótica, la pedagogía, la psicoterapia y la antropología en las que encontramos ricas corrientes de pensamiento mejorado. Todo esto, junto con su perspectiva motora y de cognición corpórea que valora la importancia de la comunicación expresiva no verbal y su naturaleza afectiva como creadora de significado social, hace que la conceptualización del desarrollo temprano del autismo sea muy rica.

REFERENCIAS

Bhat, A. N. (2021). Motor Impairment Increases in Children With Autism Spectrum Disorder as a Function of Social

¹ Artículo publicado originalmente en inglés: Trevarthen, C. y Delafield-Butt, J.T. (2013). *Autism as a developmental disorder in intentional movement and affective engagement*. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. Vol. 7. Edited by: Elizabeth B. Torres, Rutgers University, USA. Traducción realizada por el Equipo *eipea*. Revisión de la traducción a cargo de Daniel Mayol Jiménez.

Communication, Cognitive and Functional Impairment, Repetitive Behavior Severity, and Comorbid Diagnoses: A SPARK Study Report. *Autism Res*, 14(1), 202-219. <https://doi.org/10.1002/aur.2453>

Bhat, A. N. (2020). *Is Motor Impairment in Autism Spectrum Disorder Distinct From Developmental Coordination Disorder? A Report From the SPARK Study.* *Physical Therapy*, 100(4), 633-644. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzz190>

Dadalko, O. I., & Travers, B. G. (2018). *Evidence for Brainstem Contributions to Autism Spectrum Disorders.* *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 12(47). <https://doi.org/10.3389/fnint.2018.00047>

Delafield-Butt, J., Dunbar, P., & Trevarthen, C. (2022). *Disruption to the Core Self in Autism, and Its Care.* *Psychoanalytic Inquiry*, 42(1), 53-75. <https://doi.org/10.1080/07351690.2022.2007031>

Delafield-Butt, J., & Trevarthen, C. (2017). *On the Brainstem Origin of Autism: Disruption to Movements of the Primary Self.* In E. Torres & C. Whyatt (Eds.), *Autism: The Movement Sensing Perspective* (pp. 119-138). Taylor & Francis CRC Press.

Delafield-Butt, J. T., & Gangopadhyay, N. (2013). *Sensorimotor intentionality: The origins of intentionality in prospective agent action.* *Developmental Review*, 33(4), 399-425. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2013.09.001>

Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). *Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis.* *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1227-1240. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0981-3>

Merker, B. (2007). *Consciousness without a cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine.* *Behavioral and Brain Sciences*, 30(1), 63-134.

Trevarthen, C., & Delafield-Butt, J. T. (2013). *Autism as a developmental di-*

sorder in intentional movement and affective engagement. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 7, 49. <https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00049>

Edimburgo-Glasgow, junio 2023

ARTÍCULO

Revisamos la evidencia de que los Trastornos del Espectro Autista (TEA) tienen su origen en un fracaso prenatal precoz del desarrollo en los sistemas que programan la sincronización, la coordinación en serie y el control prospectivo de los movimientos y que regulan las evaluaciones afectivas de las experiencias. Hay consecuencias en la primera infancia, antes del diagnóstico médico, especialmente en la secuenciación motora, atención selectiva o exploratoria, expresión afectiva y relación intersubjetiva con los padres. Ello es seguido por el retraso del desarrollo cognitivo y del aprendizaje del lenguaje en el segundo o tercer año, lo que lleva a un diagnóstico de TEA. Los signos precoces se relacionan con anomalías que se han encontrado en los sistemas del tronco encefálico y el cerebelo en el embrión o etapa fetal temprana, antes de que el neocórtex cerebral sea funcional y tienen claras consecuencias durante el primer año de vida, cuando los sistemas neocorticales se desarrollan intensamente. Nosotros proponemos, con la evidencia de las alteraciones de la postura, la locomoción y el control motor prospectivo en niños con autismo, así como por su expresión facial de interés y afecto y atención a las expresiones de otras personas, que el examen de la psicobiología de los trastornos afectivos motores, más que los trastornos cognitivos o lingüísticos posteriores, pueden facilitar el diagnóstico precoz. La investigación en esta área también puede explicar cómo la interacción intensa, terapias de imitación o de "arte expresivo", que corresponden estrechamente con actividades motoras, son efectivas en etapas posteriores. Los talentos excepcionales de algunas personas autistas pueden ser compensaciones adquiridas para problemas básicos con autorregulaciones planificadas de movimiento, atención y emoción.

INTRODUCCIÓN A UN ENFOQUE PSICOBIOLOGICO DIFERENTE

"Generalidad del problema de la sintaxis: no solo el habla, sino todas las habilidades actuadas parecen implicar los mismos problemas de ordenación en serie... El análisis de los mecanismos nerviosos que subyacen al orden en los actos más primitivos puede contribuir en última instancia a la resolución incluso de la fisiología de la lógica". (Lashley, 1951)

"Un enfoque diferente del problema: en la medida en que un organismo percibe un objeto dado, está preparado para responder con referencia a él. Esta preparación para responder está ausente en un organismo que ha fallado en percibir". (Sperry, 1952)

Lashley (1951) y Sperry (1952) observaron que la percepción, la acción inteligente y el pensamiento dependen de impulsos que mueven el cuerpo con un propósito. El cerebro animal contribuye con una organización sistemática y seriada, en el tiempo y el espacio, a la actividad muscular bajo un control perceptivo y emocional esperado. Siempre es activo, no pasivamente reactivo a los estímulos. El cerebro humano nunca está animado únicamente por pensamientos de hechos externos. Todas las habilidades mentales y conductuales dependen de la preparación para responder con órdenes seriadas de actos. "El único producto de la función cerebral es la coordinación motora" (Sperry, 1952). Esta es una teoría psicobiológica de motivos y afectos en la mente, claramente articulada antes del advenimiento de la "revolución cognitiva" que supuso el divorcio entre la mente y el cuerpo vital en la década de 1960 (Miller, 2003).

La teoría motora de la conciencia se inspiró en la investigación de Charles Sherrington (1906) sobre "la acción integradora del sistema nervioso". Cuenta con el apoyo de la neurobiología del desarrollo y la neuroembriología (Trevarthen, 1986a; Prechtl, 2001), de la etología de los patrones de acción adaptativa de los animales y cómo comunican

evaluaciones emocionales para la cooperación social (Gallistel, 1980; Marler, 1984; Fentress y Gadbois, 2001; Panksepp, 2005) y desde la psicología del bebé y la comunicación (Trevarthen, 1986b, 2001a, 2009a; Stern, 2000, 2010).

La investigación científica ha centrado su trabajo en los trastornos cognitivos del procesamiento de la información perceptiva, la conciencia selectiva y el pensamiento representacional articulado en el lenguaje, habilidades todas ellas que se desarrollan después del primer año de vida, ignorando los fundamentos del desarrollo de la experiencia en la coordinación motora y en la expresión de los estados vitales como son las emociones para la regulación de la vida social. En la percepción del mundo de un animal, su "Umwelt" (von Uexküll, 1957), las concepciones de los objetos son creadas por los intentos deliberados del sujeto de localizar y percibir "las señales de los estímulos" detectados en el entorno por receptores dedicados a ello (Buchanan, 2008; Berthoz y Christen, 2009). La autorregulación del saber, con evaluaciones emocionales de riesgos y beneficios, se convierte en los humanos en la fuente de sistemas de signos culturales de cooperación social para mantener la salud, para la reproducción y para aprender a usar los recursos ambientales de manera colaborativa (Sebeok, 1990; Trevarthen, 1990; Stern, 2010; Porges y Furman, 2011).

Relacionamos la alteración autista de las funciones cognitivas con errores de crecimiento en el aparato creativo atribuibles a eventos en el desarrollo cerebral del embrión, feto y bebé (Trevarthen et al., 1998, 2006; Trevarthen, 2000; Trevarthen y Daniel, 2005; St. Clair et al., 2007). Abordamos el desarrollo de la neurobiología subcortical autopoiética que hace posibles las manifestaciones de intenciones y emociones antes del nacimiento (Delafield-Butt y Trevarthen, 2013) y la cooperación de los movimientos después del nacimiento dentro de un sistema intencional íntimo entre el bebé y los padres (Sander, 2008), que se sostiene por los procesos emocionales primarios de la conciencia (Solms y Panksepp, 2012). La motivación del organismo

humano en desarrollo es un entorno pre-dispuesto, listo para compartir funciones y emociones de manera dinámica, pero este compartir es "anoético"; es decir, no dependiente del conocimiento categórico adquirido de la estructura y usos del medio (Vandekerckhove y Panksepp, 2011). El bebé está adaptado físicamente y motivado psicológicamente para recibir no solo cuidado vital en apego a la madre, sino también "acompañamiento" para el objetivo de crecimiento de la mente joven en el movimiento imaginativo y la incorporación de nuevas experiencias (Trevarthen, 2005, 2013). La salud y el significado compartidos se crean en la conciencia humana mediante procesos primarios de aparatos en interacción y comprensión emocional entre los movimientos de los cuerpos humanos (Trevarthen, 1986b, 2012; Reddy, 2008; Stuart, 2010).

Necesitamos tener una concepción clara de la naturaleza del movimiento animal y su sociabilidad afectiva si deseamos entender cómo los niños con autismo fallan al organizar y programar sus movimientos de manera efectiva, dudan en involucrarse afectivamente con sus padres cuando son bebés (Muratori y Maestro, 2007) y se quedan atrás de sus compañeros en el aprendizaje sobre cómo compartir y utilizar el conocimiento del mundo humano de forma lúdica (Reddy et al., 2002).

Basados en la evidencia de errores tempranos de crecimiento neuronal en los sistemas centrales del tronco encefálico durante la ontogénesis fetal y en la nueva evidencia de alteración del "control motor prospectivo" primario de la acción expresiva, presentamos la siguiente hipótesis sobre la etiología del autismo para ser comprobada y argumentada:

(1) Una causa primordial de los trastornos del espectro autista es una falla en el crecimiento temprano de los sistemas intrínsecos motor y motivacional del tronco encefálico durante la ontogénesis prenatal.

(2) Esto interfiere con la integración eficiente de la información sensorial con la sincronización motora y se acompaña de una alteración de las funciones au-

tonómicas, lo que altera la planificación temporal y el control de la percepción sensorial prospectiva en el movimiento, así como la regulación vital de las funciones dentro del cuerpo. Todos estos trastornos se vuelven más evidentes en la primera infancia, cuando los niños pequeños típicamente adquieren muchas nuevas habilidades de movimiento al relacionarse con el entorno, incluida el habla.

(3) El aislamiento social, el retraso socioemocional y cognitivo y el trastorno del lenguaje en niños y adultos con autismo son "consecuencias secundarias" que se desarrollan dentro de los sistemas socioemocionales como compensaciones dependientes de la experiencia para las fallas primarias de integración sensorio-motora y afectiva e intenciones motoras pobremente reguladas. Estas compensaciones son elaboradas principalmente por sistemas corticales que crecen después del nacimiento.

EL AUTISMO ES UN TRASTORNO DE LOS PROCESOS AFECTIVOS MOTORES AUTORELACIONADOS, QUE CONTROLAN EL DESARROLLO DE LAS REPRESENTACIONES COGNITIVAS COMPARTIDAS

Las personas diagnosticadas como autistas presentan discapacidades en el orden y la planificación temporal de los movimientos, en las sensaciones de sus cuerpos y el control emocional, en lo selectivo de su interés para los objetos a partir de los cuales generar experiencia, en la atención a las expresiones de otras personas, en el juego y el placer en sus interacciones sociales y en el aprendizaje colaborativo (Baron-Cohen et al., 2000; Reddy et al., 2002, 2010; Rogers y Williams, 2006; Mundy et al., 2009; Hobson y Hobson, 2011; Torres, 2013). Las discapacidades cognitivas atribuidas a fallas en funciones mentales modulares especiales de selección perceptiva, de agrupación conceptual o de la capacidad de concebir y pensar sobre las emociones que hay detrás de las expresiones faciales, orientaciones y acciones de otras personas o para imaginar la representación de contenidos de sus mentes (Baron-Cohen et al., 1985; Frith, 1989/2003;



Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) tienen su origen en un fracaso prenatal precoz del desarrollo en los sistemas que programan la sincronización, la coordinación en serie y el control prospectivo de los movimientos y que regulan las evaluaciones afectivas de las experiencias.

Morton, 2004), solo pueden identificarse después de la infancia. De manera similar, la definición de trastorno autista en referencia a pruebas neuropsicológicas que identifican fallas en la praxis, la gnosia, el razonamiento y el lenguaje en adultos después de una lesión cerebral local ignora las grandes transformaciones en la función cerebral y el comportamiento que tienen lugar durante el desarrollo psicológico (Karmiloff-Smith, 2009; Thomas y Karmiloff-Smith, 2002; Karmiloff-Smith, 2009).

Formulamos que las fallas en las funciones mentales superiores de las personas con autismo surgen del desorden en el desarrollo temprano de los factores sensoriomotores primarios no reflexivos que regulan el movimiento con la conciencia de un Yo integrado. Estos afectan la dinámica de la vitalidad, las cualidades del control motor que expresan las expectativas esenciales de acción y permiten la comunicación de la emoción voluntaria (Stern, 2010; Gowen, 2012; Gowen y Hamilton, 2013; Rochat et al., 2013). Los procesos primarios del aparato mental no requieren representación conceptual o referencia explícita a eventos externos; son experiencia consciente primaria (Vandekerckhove y Panksepp, 2011). Los

fallos de crecimiento encontrados en la formación del control motor del tronco encefálico y los sistemas emocionales del embrión y el feto (Prechtl, 2001; Rodier y Arndt, 2005) interfieren en la maduración de las habilidades sensoriomotoras en períodos significativos de la vida temprana de un niño, afectando al aprendizaje cultural que requiere de elaboraciones postnatales del neocórtex y depende de la interrelación emocional creativa con la compañía humana (Trevarthen et al., 2006). Interpretar el autismo en estos términos requiere prestar atención al entorno, a los procesos esperables de morfogénesis mediante los cuales se forman los cuerpos y cerebros humanos en el útero, con adaptaciones específicas para la comunicación intersubjetiva (Trevarthen, 2001a, b) e información sobre cómo crecen y aprenden las redes cerebrales adicionales después del nacimiento (Thomas y Karmiloff-Smith, 2002). Esta es una “psicobiología del desarrollo”, no una “neurociencia cognitiva del desarrollo” basada en la definición neuropsicológica de los trastornos inferidos retrospectivamente de los efectos del daño en partes del cerebro adulto (Baron-Cohen et al., 2000). La teoría psicológica también debe explicar cómo las

personas con autismo de alto funcionamiento y Síndrome de Asperger ejecutan determinadas proezas de percepción o acción con notable precisión, pero con una conciencia inadecuada del contexto, o “coherencia central débil”, en sus concepciones y planes de acción relacionados consigo mismos (Frith, 1989/2003; Rinehart et al., 2001).

No se ha identificado un único factor genético, neurobiológico o ambiental como causa del autismo, que tampoco es atribuible a la pérdida de una sola función o capacidad cerebral (Bauman y Kemper, 2005; Aitken, 2010). Los complejos y variados problemas cognitivos de las personas con autismo y las anomalías en los hábitos de acción y de respuesta social o uso del lenguaje son consecuencias de discapacidades centrales, cuyas manifestaciones pueden ser reconocidas y compensadas en la etapa de bebé, antes del desarrollo, al final del primer año de “atención conjunta” (Trevarthen, 2000).

Un nuevo reconocimiento científico de estas discapacidades centrales en el autismo y su relación con la imaginación para la acción y las cualidades del movimiento, está emergiendo de la atención a las emociones que evalúan las acciones de otras personas (Hobson, 1993, 2002/04; Reddy et al., 2002, 2010; Reddy, 2008; Hobson y Hobson, 2011) y desde una ciencia del cerebro de las intenciones en movimiento y el intercambio intersubjetivo de sus dinámicas de expresión (Gallese, 2006; Stern, 2010; Gowen, 2012; Gallese y Rochat, 2013; Rochat et al., 2013).

EL AUTISMO COMPROMETE EL INTERCAMBIO AFECTIVO Y ELLO REQUIERE UNA RESPUESTA CREATIVA

Cuando Leo Kanner (Kanner, 1943) describió los “trastornos autistas del contacto afectivo” en 1943, acentuó que el trastorno es emocional. Hobson y Hobson (2011) citan ejemplos de los estudios de casos sensibles de Kanner que identifican una dificultad para relacionarse con las intenciones, experiencias y sentimientos de otras personas. Kanner también registró que los padres de estos niños a menudo se preocupaban desde el primer

año por el desapego o la soledad de sus hijos. Reddy (2008, 2011) cita una gran cantidad de estudios que prueban que los bebés con un desarrollo típico “conocen la mente” y aprenden actividades cooperativas complejas al participar deliberadamente de forma lúdica e inquisitiva con la forma en que otras personas muestran sus intereses, experiencias y sentimientos. Este afán de disfrute de la experiencia compartida, una actividad empática, que va más allá de la “atención conjunta a los objetos”, está debilitado en el autismo.

Las deficiencias cognitivas del autismo medidas por pruebas de reconocimiento perceptivo, elección racional y lenguaje son habilidades que deben adquirirse mediante la adaptación aprendida a la experiencia objetiva y normalmente dependen de la educación deliberada de un adulto. Pero todo puede atribuirse a causas subjetivas profundas que perjudican el movimiento imaginativo, los placeres del cuerpo en la acción exploratoria y una motivación para compartir deliberadamente esta “búsqueda” en la comunicación inventiva y lúdica, *asimilatoria*, yendo “más allá de la información dada” (Bruner, 1974). Parece probable que el autismo se deba a trastornos del juego imaginativo y sociable, cuyos motivos y

emociones son manifiestos desde el nacimiento. Dichos trastornos se remontan a los desarrollos creativos del movimiento y la conciencia en el cuerpo y la mente antes del nacimiento (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013), a los trastornos de las reacciones circulares sensoriomotoras que se convierten en las herramientas para el dominio de la vinculación con el mundo (Piaget, 1951, 1954) y para el desarrollo de la comprensión cultural compartida (Baldwin, 1902).

Aunque algunos tratamientos médicos conducen a mejoras en las condiciones asociadas, no existe una intervención quirúrgica o farmacológica para el autismo. Un curso prescrito de entrenamiento o instrucción en comportamientos, habilidades cognitivas o comunicación mediante el lenguaje simbólico aprendido puede ayudar, pero puede tener consecuencias adversas, aumentando la ansiedad, el aislamiento y la dependencia del sujeto (Trevarthen et al., 1998). Además, la actividad, las capacidades cognitivas, las relaciones y el bienestar emocional de los niños o personas mayores con autismo se pueden mejorar mediante una variedad de actividades no verbales y no cognitivas en las que un terapeuta, que se involucra sensiblemente con la individualidad de sus impulsos y experiencias

sentidas, acompaña a la persona autista en las emociones de vinculación íntima hacia estados de actividad y conciencia más productivos y menos defensivos. Este tipo de arteterapia relacional y creativa, que responde a y guía las acciones, intereses y sentimientos primarios de las personas con autismo, al igual que la madre involucra sus afectos con su bebé desde el nacimiento, puede beneficiar el aprendizaje del lenguaje y el desarrollo social y la educación práctica (Malloch y Trevarthen, 2009; Stern, 2010).

La evidencia de que los comportamientos autistas expresan anomalías del desarrollo prenatal del tronco encefálico (Rodier y Arndt, 2005) se relaciona con la evidencia de que la comunicación postnatal temprana, si va a respaldar el desarrollo social y cognitivo, debe estar lista para proteger al bebé contra las reacciones autónomas de aislamiento protector y depresión, así como para apoyar iniciativas positivas que promuevan avances en la comunicación social (Panksepp y Sahley, 1987; Panksepp y Watt, 2011; Porges, 2011; Porges y Furman, 2011). La psicología infantil y la práctica pediátrica han sido transformadas por abundantes confirmaciones de que la coordinación precisa de intenciones, intereses y sentimientos bien formados puede darse tanto dentro del niño como entre el niño y un adulto atento y afectuoso desde la etapa neonatal (Brazelton y Nugent, 1995; Trevarthen, 1977, 1998, 2009a; Stern, 2000; Sander, 2008; Nagy, 2011). Este es el escenario en el que debemos estar alerta a las debilidades en el desarrollo del sentido humano y al apoyo especial que pueda necesitar desde el entorno parental y social (Narvaez et al., 2013).

PSICOBIOLOGÍA DE LAS FUNCIONES MENTALES HUMANAS NEUROBIOLOGÍA DEL DESARROLLO DE INTENCIONES AUTOCONSCIENTES CON COGNICIÓN CORPÓREA Y CONCIENCIA SOCIAL

La evidencia sobre la generación de intenciones animadas, conciencia y emoción en procesos profundos del cerebro (Panksepp y Biven, 2012) cuestiona la teoría “tálamo-corticocéntrica” de la



La intervención íntima o intensiva con los impulsos de los niños afectados de manera que obtengan satisfacción del control de las acciones y el reconocimiento mutuo puede traer beneficios para el aprendizaje creativo de habilidades prácticas y rituales artificiales de experiencia compartida, incluida el lenguaje.

conciencia, el pensamiento y la memoria, que se centra en las habilidades que dependen de la definición aprendida de los objetos a partir de la información captada “fuera” del cuerpo, de las rutinas de habilidades de articulación fina para usar el entorno y de convenciones resultantes de la educación de representación y pensamiento reflexivo sobre la información objetiva. La investigación científica del cerebro funcional muestra que el neocórtex de los primates se excita para regular las actividades motoras de forma prospectiva en referencia a sus objetivos, buscando confirmación perceptiva simulando imaginativamente la finalización de la acción dentro de un contexto establecido de información multimodal (Fogassi et al., 2005; Pezzulo et al., 2008; Pezzulo y Castelfranchi, 2009; Hesslow, 2012; Gallese y Rochat, 2013). El proceso de intentar actuar de una manera particular no es una consecuencia del acoplamiento retrospectivo del “funcionamiento ejecutivo” de la corteza frontal con los recuerdos de los objetos y eventos pasados mediados impersonalmente en el lóbulo temporal. Es el producto de una imaginación creativa con visión prospectiva que construye una memoria episódica de eventos pasados relacionados con un yo personal intencional (Tulving, 2002), con una imaginación autopoietica dotada desde el inicio de “procesos implícitos de memoria experiencial y procedimental que generan qualia no reflexivos” (Vandekerckhove y Panksepp, 2011, pág. 7).

Estas funciones de animación del cerebro de los primates median en la coordinación intersubjetiva de las experiencias relacionadas con uno mismo en la comunicación directa e íntima de propósitos y sentimientos con los demás. Las anticipaciones de la experiencia están cargadas de valores emocionales vinculados en el tronco encefálico con la regulación autónoma de la vitalidad dentro del cuerpo (Damasio, 2010; Solms y Panksepp, 2012) y estos afectos se comunican entre sujetos mediante una cooperación recíproca y *comprensiva* de propósitos y experiencias (no una imitación unidireccional o una copia espejo de los procesos emocionales ahora comúnmente llama-

dos “empatía”). Las relaciones humanas y la conciencia mutua dependen de las emociones relacionales que promueven la cooperación social en la realización de acciones y pensamientos creativos para aumentar el bienestar colectivo (Stern, 1993; Hobson, 1993, 2002/04; Trevarthen, 2009a).

Las actuaciones bien coordinadas y las expresiones de afecto de los recién nacidos en orientación expectante hacia objetos reales o imaginarios y hacia personas (Trevarthen, 1984, 1986b; Nagy, 2011), el desarrollo de movimientos intencionales y expresiones emocionales rítmicas de los fetos (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013) y los comportamientos de los niños anencefálicos (Merker, 2007) respaldan la evidencia filogenética de que los estados conscientes primarios y las evaluaciones emocionales, que son regulaciones esenciales en toda conciencia dirigida a un objetivo, se generan y regulan subcorticalmente primero (Solms y Panksepp, 2012), sin implicación neocortical. Estos sistemas motor-emocionales se elaboran en la corteza orbitofrontal y el lóbulo temporal de los seres humanos, los cuales continúan desarrollándose hasta etapas adultas (Schoore, 1994, 2005). Previamente, estos sistemas juegan un papel central en el cuidado materno y en la reparación de los trastornos emocionales (Schoore, 2003).

La autorregulación afectiva y la comunicación emocional para regular el vínculo con otros individuos han evolucionado en los vertebrados mediante la elaboración de sistemas neuroquímicos intrínsecos en el tronco cerebral asociado al hipotálamo (Trevarthen et al., 2006). La regulación por el nervio vago de los procesos vitales autorelacionados esenciales de la actividad cardíaca, la respiración y la alimentación se adapta a la coordinación intersubjetiva en el cerebro social de los primates por medio de la comunicación que emplea movimientos expresivos de los ojos, la cara y la vocalización. A lo largo del desarrollo de un niño, desde el momento del apoyo materno del bebé durante el nacimiento y la lactancia, existe un proceso dinámico que equilibra los cambios en la autorregulación frente a la necesidad de regu-

laciones colaborativas de las relaciones con otras personas en diversos grados de intimidad (Porges y Furman, 2011; Carter y Porges, 2013). Estos tienen un significado particular para identificar y explicar el autismo (Patriquin et al., 2013).

La importancia de los gestos manuales rítmicos y emocionalmente expresivos en la comunicación humana desde la infancia (Trevarthen, 1986b; Trevarthen et al., 2011), indica que los sistemas del lóbulo frontal para guiar la acción de las manos en manipulaciones complejas han sido incorporados en el tronco encefálico y sistemas límbicos para ayudar a las regulaciones autónomas por el propio tacto o sostenimiento y posteriormente adaptados al servicio de la coordinación social. Las manos son parte del sistema motor emocional humano (Holstege et al., 1996). De hecho, los movimientos de “mímesis” para la celebración social en la danza y el canto parecen haber precedido a la evolución del habla y contribuido a su poder para comunicar pensamientos a medida que evolucionaba el *Homo sapiens sapiens* (Donald, 2001; McNeill, 2005; Mithen, 2009; Gillespie -Lynch et al., 2013). Las raíces de este talento humano para la mímica gestual expresiva son evidentes en la infancia y contribuyen de manera esencial a la intimidad del cuidado parental (Trevarthen, 1999, 2013; Dissanayake, 2000).

Tanto los lenguajes gestuales como los lingüísticos se desarrollan en una intensa comunicación interpersonal mediada por dinámicas de vitalidad y expresiones de investimento emocional que sirven de base para la transmisión de referencias semánticas más diferenciadas por medio de símbolos (Stern, 2010; Lüdtke, 2012). Las comunicaciones dinámicas transmitidas por medidas innatas consistentes de movimiento en el tiempo (Pöppel y Wittmann, 1999), en intervalos que van desde fracciones de segundo hasta minutos y más, se cultivan en todas las sociedades humanas en las artes de la música, la danza y el teatro. Comienzan como una regulación humana universal de los ritmos de la mente o “biocronología”, activa antes del nacimiento y elaborada en la musicalidad comunicativa y los juegos de acción rítmica que los padres

juegan con los bebés a mediados del primer año (Trevarthen, 1999, 2009b; Malloch y Trevarthen, 2009).

Los niños autistas muestran anomalías en la producción y recepción de la comunicación tanto por el habla como por los gestos y por escrito (Rapin y Allen, 1983).

LA NEUROLOGÍA DE LA COMUNICACIÓN POR TRANSFERENCIA DE LA DINÁMICA Y FORMA DE LAS INTENCIONES Y SENTIMIENTOS EN MOVIMIENTO

Nuevos datos de la neurociencia social confirman el “sentido común” de que somos conscientes de los estados mentales de otras personas por vínculo inmediato o directo con las intenciones *motoras* del Otro, cualquiera que sea la modalidad o el movimiento en que se expresen estas intenciones, combinándolas mediante una “sintonía afectiva” instantánea (Stern, 1993, 2010) a la animación por la cual generamos intenciones de nuestro propio Self (Gallese, 2006; Bråten, 2009). La sensibilidad por las intenciones, intereses y sentimientos de otros individuos, por las posibilidades sociales de sus comportamientos, debe depender de procesos reguladores coincidentes que rigen el ritmo o el pulso y la tonalidad expresiva o la calidad de los movimientos del cuerpo humano, así como “reflejando” su forma relacionada con el cuerpo (Trevarthen, 1986b, 1999; Stern, 2010).

Regiones en los hemisferios cerebrales adultos de un mono o ser humano que son sensibles a las relaciones organismo-objeto y que responden selectivamente a las *capacidades* percibidas *para la acción* del yo, también responden a las posibles acciones disponibles para otros y ejecutadas por otros (Gallese, 2007). El mismo sistema neuronal es responsable de percibir las propias posibilidades de acción y las posibilidades de acción de otro. La resonancia neuronal *intrapersonal* directa dentro del “sistema de neuronas espejo”, que refleja el Self, le da a un individuo acceso *interpersonal* directo en “inmediatez sentida” (Bråten, 2009) con intenciones en la mente de Otro manifestadas en su movimiento corporal, en la “intersubjetividad” (Trevarthen, 1979,

1998; Trevarthen y Aitken, 2001). Además, los datos de las imágenes de las actividades cerebrales muestran que existe una superposición sustancial en la actividad de este sistema para la conciencia de las acciones con actividad excitada por el mero hecho de *pensar en* un acto intencional (Decety y Grezes, 2006).

La resonancia directa entre la preparación, la ejecución, la observación y el pensamiento en acción depende de las “imágenes motoras” (Bernstein, 1967), que sustentan la percepción, la observación y la planificación de la acción dirigida a objetivos y también integran la experiencia relacionada con el Self (Llinàs, 2001; Northoff y Panksepp, 2008). Un sistema de percepción-acción amodal es también el medio por el cual las cogniciones humanas complejas pueden comunicarse entre agentes a través de muchos canales de expresión, en una “consensualidad” que, cuando se elabora y media más por el lenguaje, se convierte en una herramienta para compartir conceptos y planes abstractos (Maturana et al., 1995).

La interrupción de los sistemas neuronales de planificación motora en el tiempo y el espacio, por desregulación epigenética del desarrollo temprano en el tronco encefálico o por agresión ambiental al cerebro en crecimiento, tendrá efectos generalizados en la maduración de la conciencia, el comportamiento y el compromiso social, como ocurre en el autismo (Aitken y Trevarthen, 1997; Trevarthen et al., 1998; Trevarthen, 2000).

GÉNESIS PRENATAL DEL AUTISMO

Hemos descrito los mecanismos de coordinación en el cerebro como una “formación motivica intrínseca” (FMI), “listos al nacer para compartir emociones con los cuidadores para la regulación del desarrollo cortical del niño, del cual dependen la cognición cultural y el aprendizaje (...) muchos trastornos psicológicos de la infancia pueden atribuirse a fallas en las primeras etapas del desarrollo del cerebro cuando se forman los sistemas de motivicos centrales” (Trevarthen y Aitken, 1994). El FMI, establecido en el desarrollo del feto, es un componente central de todo el mecanismo senso-

rio-motor de la comunicación humana -mediante gestos y danza, habla y canto o escribiendo, tocando instrumentos musicales y otros medios manuales o digitales (Trevarthen, 2001a, b). Rodier y Arndt (2005) relacionan los comportamientos autistas que limitan los movimientos expresivos de los ojos, la cara y las producciones vocales y la atención anticipatoria a los movimientos expresivos de otras personas, con la malformación en el embrión de los sistemas reguladores centrales en el mesencéfalo, los núcleos eferente y aferente viscerales del tronco cefálico y los núcleos olivares y el cerebelo. Concluyen que “no hay otra región que el tronco encefálico para la cual tantas líneas de evidencia indiquen que juegan un papel en el autismo” (Rodier y Arndt, 2005).

INTENCIONES IMAGINATIVAS Y EMOCIONES DEL YO PRIMARIO

Ha habido, en las últimas dos décadas, una reevaluación muy significativa de la relación entre emoción y cognición y su inseparabilidad funcional en la experiencia humana y en la comunicación en todas las etapas del desarrollo (Damasio, 2010; Panksepp y Biven, 2012). Los estudios comparativos del sistema emocional de los mamíferos demuestran que un sentido central afectivo del Yo (Northoff y Panksepp, 2008; Solms y Panksepp, 2012) no depende del conocimiento conceptual aprendido. Esta conciencia “anoética” de un cuerpo vivo (Vanderkerckhove y Panksepp, 2011) se desarrolla antes de que el niño se familiarice con el mundo exterior a través de la práctica de la intención y la comprobación de acciones que exploran las posibilidades de situaciones y objetos. En todas las etapas del desarrollo de la inteligencia consciente humana, este yo-con-sentimientos móvil permanece activo, generando un contexto espacio-temporal innato para la activación de movimientos con el fin de comprometerse con el entorno y valores afectivos para sostener la vitalidad central (Stern, 2010). Desde la mitad de la gestación y durante el primer año de vida, el yo en desarrollo es sensible a las respuestas de otras personas a sus actividades y vitalidad, mostrando primero

signos de estado vital para lograr una regulación “anfoteronomía” compartida de sus propios sistemas autónomos con los de la madre. Después del nacimiento, el bebé señala sus propios actos rítmicamente previstos y afectivamente medidos en formas receptivas que conducen a la comunicación “sinrímica” para el aprendizaje cooperativo y el desarrollo cultural (Maturana et al., 1995; Donald, 2001; Trevarthen et al., 2006; Malloch y Trevarthen, 2009; Porges y Furman, 2011).

DESARROLLO DEL ORGANISMO HUMANO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA Y ANTES DEL NACIMIENTO
MEDIDAS DE INTELIGENCIA SENSORIOMOTORA, AUTORREGULACIÓN Y SOCIABILIDAD INFANTIL

Los movimientos de un bebé menor de dos meses son coordinados e integrados dentro de una conciencia rítmica de una sola subjetividad intencional (Trevarthen, 1979, 1984). Estos movimientos fueron descritos por Prechtl (2001) y Einspieler y Prechtl (2005) como “movimientos generales” (MG), que “involucran a todo el cuerpo en una secuencia variable de movimientos de brazos, piernas, cuello y tronco. Crecen y decrecen en intensidad, fuerza y velocidad y tienen un comienzo y un final graduales. Las rotaciones a lo

largo del eje de las extremidades y los ligeros cambios en la dirección de los movimientos los hacen fluidos y elegantes y crean la impresión de complejidad y variabilidad. Si el sistema nervioso está dañado, los MG pierden su carácter complejo y variable y se vuelven monótonos y pobres” (Einspieler y Prechtl, 2005). Los movimientos generales no son precisamente enfocados, intencionales y dirigidos por la discriminación de objetos discretos, pero pueden orientar la cabeza, los ojos y las extremidades hacia eventos externos en secuencias coordinadas dentro de un espacio relacionado con el cuerpo (Trevarthen, 1984). La consecución dirigida visualmente en los recién nacidos compensa los cambios en la “carga” de una extremidad, lo que demuestra la capacidad de respuesta de esta coordinación imaginativa no refleja a la referencia propioceptiva o “autoconciencia corporal” (Van der Meer et al., 1996).

Los movimientos de un recién nacido son especialmente sensibles a la vista, el oído y el tacto de una madre atenta en el vínculo cara a cara y pueden tomar parte creativa en una narración compartida de acción expresiva (Trevarthen y Delafield-Butt, 2013). La voz de la madre fue aprendida en el útero (DeCasper y Fifer, 1980) y su sonido motiva un rápido aprendizaje visual de su rostro. Las

pruebas de imitación, realizadas con cuidado para permitir que el bebé centre su atención y regule un estado de excitación receptiva, prueban que un recién nacido puede iniciar movimientos oculares, expresiones faciales, patrones de sonidos vocales y gestos con las manos de otra persona (Meltzoff y Moore, 1977; Maratos, 1982; Field et al., 1983; Heimann et al., 1989; Kugiumutzakis, 1999; Nagy y Molnar, 2004; Nagy, 2011). Estos comportamientos que señalan una “conciencia del otro en segunda persona” están adaptados para compartir la curiosidad por los estados mentales de interés y la evaluación afectiva de los demás (Reddy, 2011).

A los dos meses de edad, después de un período de rápida maduración de las regulaciones visomotoras subcorticales y corticales de la vista foveal (Trevarthen, 1986a), las respuestas cronometradas con precisión del bebé de mirar, sonreír y vocalizar dan evidencia de la preparación para compartir prácticas rituales y lenguaje (Bateson, 1979). Datos electroencefalográficos sobre la actividad del cerebro de un bebé de nueve semanas al mirar la fotografía del rostro de una mujer (Tzourio-Mazoyer et al., 2002) confirmaron que las áreas neocorticales complementarias en el cerebro izquierdo y derecho, que dos años más tarde se involucrarán en el aprendizaje de expresión y recepción del lenguaje hablado por parte del niño, ya forman parte de la regulación cerebral del contacto interpersonal por un “cerebro social”, mucho antes del entrenamiento de una “inteligencia social” por la convivencia con otras personas (Frith y Frith, 1999). Los sistemas subcorticales visual y auditivo que maduran desde el período fetal temprano muestran una asimetría relacionada con las diferencias en las partes izquierda y derecha del tronco encefálico que median en regulaciones autonómicas complementarias (Trevarthen, 1996). Schore (1994, 2005) propone que el desarrollo temprano del cerebro derecho motiva el aprendizaje compartido de la percepción y la articulación del significado en el lenguaje cuando el hemisferio cerebral izquierdo muestra una aceleración del crecimiento en el segundo y tercer año,



Los bebés demuestran las regulaciones de un tiempo innato para la vida en movimiento.

el período en el que el diagnóstico del autismo se hace posible.

Los desarrollos alrededor de los tres a cinco meses se correlacionan con movimientos más diferenciados de las extremidades del bebé cuando se están desarrollando nuevas funciones sensoriales y motoras neocorticales. Einspieler y Prechtl etiquetan estos gestos sutiles como “inquietos” y los describen como “pequeños movimientos de velocidad moderada con aceleración variable del cuello, el tronco y las extremidades en todas las direcciones” (Einspieler y Prechtl, 2005). Llevan al niño a realizar orientaciones más discriminatorias de la cabeza, los ojos y las manos con la intención de alcanzar y tocar o agarrar objetos a una distancia del cuerpo y se acompañan de una disminución de la atención hacia la madre. Esto incita a la madre a ser más dinámica y proponer más juego y a incorporar el interés selectivo del bebé por los objetos en juegos de “persona-persona-objeto” (Hubley y Trevarthen, 1979; Reddy, 2011).

DESARROLLO PROGRAMADO DEL SISTEMA BEBÉ-PADRES

Los estudios longitudinales de la evolución de las acciones, la percepción y la comunicación en los primeros dos años, con información sobre cambios en el crecimiento del cerebro regulados internamente, confirman que hay transformaciones en las motivaciones y emociones del niño para colaborar con el cuidado de los padres (Trevarthen y Aitken, 2003). Los estudios de Sander de bebés con sus madres desde el nacimiento durante los primeros 36 meses mostraron que el crecimiento de una vida humana se sustenta en una serie de etapas de ajuste dentro de un sistema de vinculación de humano a humano (Sander, 2008). Tanto la madre como el niño son actores significativos, pero en el proceso creativo de desarrollo el niño normalmente debe marcar el ritmo y los tiempos de avance importante. Brazelton amplió el enfoque del sistema de Sander a una pediatría interpersonal que acepta los poderes conscientes y personales del recién nacido y define los “puntos de contacto” en el desarrollo de la vida con los padres y en la comunidad



Los movimientos de un recién nacido son especialmente sensibles a la vista, el oído y el tacto de una madre atenta en el vínculo cara a cara y pueden tomar parte creativa en una narración compartida de acción expresiva.

(Brazelton y Nugent, 1995; Brazelton y Sparrow, 2006). Los períodos de cambio en el desarrollo de facultades a la vez sensibles y significativas son síntomas de avances en la motivación para el aprendizaje y la comunicación (Johnson, 2005). Sus consecuencias dependen de la colaboración con los padres que están “en sintonía” con el bebé (Stern, 2000), tanto cercanos como prestos a jugar en su acomodo a los impulsos del niño.

Los datos de una revisión de la literatura sobre los cambios en la psicología y el cerebro del niño durante los primeros 18 meses (Trevarthen y Aitken, 2003) apuntan a la aparición natural en el niño de nuevos niveles de dominio de la acción y conciencia alrededor de las 6 semanas, 4 meses, 7 meses, 9 meses y entre los 15 y 18 meses. Estos datos concuerdan con los estudios longitudinales sobre la capacidad de los bebés para tomar la iniciativa en actividades conjuntas (Trevarthen, 1977; Hubley y Trevarthen, 1979; Reddy, 2011). Estos cinco avances en los procesos adaptativos se correlacionan con cambios temperamentales comúnmente denominados “regresiones”. Se adaptan a las diferencias culturales en la frecuencia de las iniciativas o directivas de los padres (Reddy et al., 2012). Son productos del sistema activo

de “participación intencional” en el entorno con compañeros que impulsan el aprendizaje cultural (Trevarthen, 2013).

INTENCIONALIDAD SENSORIOMOTORA ANTES DEL NACIMIENTO: GÉNESIS DE LA AUTOCONCIENCIA PRIMARIA Y LA PRIMERA INTERSUBJETIVIDAD

Los movimientos espontáneos se desarrollan en el embrión y el feto tardíos, mostrando una mayor conciencia sensorial de sus propósitos (Delafield-Butt y Trevarthen, 2013). Las primeras acciones integradoras del sistema nervioso son mover el cuerpo y los primeros tractos nerviosos en el sistema nervioso central son los que activarán los movimientos para expresar diferentes orientaciones y estados emocionales (Trevarthen, 1986a). Después de ocho semanas, hacen su aparición los sistemas neuroquímicos centrales del cerebro subcortical que conectarán los centros motores y seleccionarán y evaluarán las experiencias a lo largo de la vida. En esta etapa, el feto realiza los movimientos generales de Prechtl (2001). Estos se vuelven cada vez más diferenciados y controlados con el beneficio de la reaférence de los sistemas sensoriales que crecen en las siguientes semanas. Los estudios detallados de ultrasonografía en tiempo

real demuestran la prueba de sensación exploratoria de un feto para tocar su propio cuerpo, su cara, la placenta, el ombligo y la pared uterina con sus manos a las once semanas. Hacen movimientos mandibulares y tragan líquido amniótico, expresando placer o desaprobación ante los sabores, chupando y sonriendo o haciendo muecas de asco. Los movimientos complejos del tronco, los brazos y las piernas posicionan el cuerpo y pueden reaccionar a los movimientos del cuerpo de la madre y a las contracciones de los músculos del útero (Lecanuet et al., 1995; Trevarthen et al., 2006; Piontelli, 2010). En las semanas 10 a 14, los movimientos fetales se diferencian en acciones individuales y aisladas con una direccionalidad de objetivo creciente hacia determinadas partes del cuerpo (Prechtl, 2001; Piontelli, 2010). Los brazos y las manos “prueban” las zonas sensibles del cuerpo, especialmente en la cara y la cabeza, explorando el límite de inervación sensorial en la parte superior de la cabeza (Piontelli, 2010).

En embarazos únicos, la planificación motora de patrones de actuación adaptados para diferentes objetivos es evidente antes de las 22 semanas de edad gestacional (Zoja et al., 2007). En los embarazos de gemelos, los movimientos dirigidos por un gemelo al otro se ralentizan “cuidadosamente”, incluso a las 18 semanas, lo que los investigadores interpretan como evidencia de una “conciencia social” primaria (Castiello et al., 2010). En ese momento, los centros motores del tronco encefálico y la médula espinal están dirigiendo el comportamiento coordinado del feto (Okado, 1980). Las células neocorticales no desarrollan dendritas hasta después de las 26 semanas de gestación (Hevner, 2000).

Esta historia natural del movimiento humano en una etapa de desarrollo en la que el entorno sensoriomotor sólo puede responder a las propiedades de un cuerpo organizado en sí mismo parece apoyar la conclusión de Lashley de que el pensamiento propositivo puede depender y, de hecho, derivarse de, el ordenamiento sintáctico espontáneo de secuencias de movimiento (Lashley, 1951). El feto tiene una “inteligencia motora”

imaginativa y puede formular proyectos ordenados sin habilidades neocorticales.

Las expresiones en los fetos, además de los movimientos de torsión de sufrimiento y la exploración tentativa por el tacto, dan evidencia de emociones, de incomodidad, curiosidad o placer, adaptadas para la comunicación de intereses y sentimientos. En el tercer trimestre, los movimientos de la cara visualizados por ultrasonido en 4D se convierten en complejos que definen una “gestalt de cara de llanto” o una “gestalt de risa”, expresando emociones que se comunicarán poderosamente justo después del nacimiento en la regulación del cuidado de los padres (Reissland et al., 2011). La sensación de hambre de la madre con el agotamiento del suministro de energía al feto impulsa patrones “ansiosos” del movimiento fetal. La madre y el feto ya están conectados afectivamente. Estos descubrimientos provocan una revolución en la teoría psicológica y la ética médica. Existe un consenso en la pediatría moderna de que a las 24 semanas el feto debe considerarse un agente consciente que merece el mismo nivel de atención médica comprensiva que los adultos (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2010).

DISPONIBILIDAD PARA EL SOSTENIMIENTO DEL CUERPO EN LOS RITMOS DEL MOVIMIENTO, CONCIENCIA DEL ENTORNO Y ATENCIÓN A LA COMPAÑÍA HUMANA EN EL MOVIMIENTO

Los bebés demuestran las regulaciones de un tiempo innato para la vida en movimiento. La investigación sobre su dinámica y coordinación con los movimientos de los padres ha llevado a una ciencia natural de la “musicalidad” humana (Trehub, 1990; Papoušek, 1996; Malloch, 1999; Malloch y Trevarthen, 2009). Inspirados por los descubrimientos del análisis preciso de las películas, que revelan la autosincronía de los movimientos de los actores individuales y la intersincronía entre los actores en las conversaciones (Birdwhistell, 1970; Jaffe y Felstein, 1970; Condon y Ogston, 1971), los investigadores descubrieron que los bebés y los adultos comparten ritmos coinciden-

tes (Condon y Sander, 1974; Beebe et al., 1985; Jaffe et al., 2001). Una destacada grabación de video realizada por Saskia van Rees de un bebé prematuro de dos meses en coordinación precisa de diálogo de sonidos simples de “arrullo” demuestra vívidamente cómo este sentido compartido del tiempo para combinar sílabas en frases puede conducir a un relato en un diálogo sin palabras (Trevarthen, 1999).

Dos franjas temporales se muestran fundamentales en los diálogos, juegos y cantos entre los bebés y sus padres (Trevarthen, 1999, 2009b). Ritmos más rápidos de sílabas y frases en el habla y el canto, o pasos de baile y gestos, se corresponden con el agarre de brazos y manos para la manipulación de objetos o con las rotaciones de la cabeza y los ojos que realizan la inspección visual. Estos van desde la frecuencia de sílaba media de 1,5 a 3 por segundo -lo mismo que correr o dar un paso rápido, una mirada o levantar una ceja, una risa o un movimiento de la mano- hasta cada 3 a 5 segundos para un escaneo visual, una secuencia manipulativa, una frase de habla o canción y un ciclo de respiración profunda. Son coordinaciones somato-motoras que logran el aprovechamiento del entorno y la captación de información para la percepción, o de un mensaje comunicativo, en el “presente psicológico”, el “aquí y ahora” de la conciencia en acción.

Los períodos más lentos de vitalidad percibida, como se expresa en el “presente extendido” de un episodio de una historia, un verso de canto o una estrofa de poesía, ocupan de 10 a 25 segundos. Tiempos más largos de actividad imaginada y narraciones forman elementos naturales de 25 a 50 segundos en los versos rítmicos, divertidos o tranquilizadores, de canciones para bebés en todos los idiomas. Estos eventos más lentos se identifican con eventos autónomos que regulan la excitación, el hambre y la vigilia a lo largo de la vida y la regulación del ritmo cardíaco y respiratorio por el nervio vago (Delamont et al., 1999). Se acompañan de ráfagas de actividad eléctrica en la corteza cerebral que tienen un papel en las experiencias fluctuantes de

los sueños. Vinculan la imaginación con la economía de la energía vital del cuerpo y con las artes expresivas.

Stern (1993, 2000, 2010) llamó a los ciclos de excitación o variaciones en la dinámica de vitalidad en el juego materno-infantil “narrativas emocionales” que expresan “conocimiento relacional implícito”. Malloch analizó los patrones controlados de cambio en las cualidades de la voz y el tono de las voces de las madres y los bebés en diálogos y canciones para bebés como “narrativas” que “permiten que dos personas compartan la sensación del paso del tiempo y creen y compartan las envolturas emocionales que evolucionan a través de este tiempo compartido. Expresan motivaciones innatas para compartir emociones y experiencias con otras personas y para crear significado en la actividad conjunta” (Malloch, 1999). Estas “rutinas” compartidas son identificadas por Bruner (1999) como el medio de referencia en el lenguaje. Recientemente, hemos estado encontrando evidencia de los mismos ciclos “narrativos” de excitación en los “movimientos generales” de los recién nacidos, que pueden compartirse con una madre sensible que se coordina con su bebé mediante sonidos vocales modulados, caricias o meciéndole. Participan en corrientes de conciencia de estar juntos que luego regularán los cambios de sentido en una historia o los recuerdos de la memoria episódica (Delafield-Butt y Trevarthen, 2013; Trevarthen y Delafield-Butt, 2013).

DESCOORDINACIÓN SENSORIOMOTORA EN EL AUTISMO DESDE EL PRIMER AÑO DE VIDA DÉFICIT EN EL CONTROL MOTOR PROSPECTIVO EN EL AUTISMO Y SUS CONSECUENCIAS PARA EL DESARROLLO DE LA INTENCIONALIDAD Y EL APRENDIZAJE

El complejo trastorno del autismo infantil, y cómo tiene efectos graves en la vida de un niño pequeño, se puede describir de la siguiente manera:

“Alrededor de uno o dos años después del nacimiento... en un momento en que los bebés generalmente se vuelven muy conscientes de las otras



La musicoterapia interactiva tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del autismo indica que el objetivo de un terapeuta o maestro es brindar apoyo a la creatividad y que esto requiere tanto una “dirección y un modelo” como “habilidad y flexibilidad”.

personas y de lo que están haciendo, llenos de imaginación lúdica y ansiosos por nuevas experiencias, estos bebés se volvieron extrañamente autosuficientes o aislados en su propio mundo y cada vez más insensibles o irritables y difíciles de entender; sus movimientos de vocalización a menudo parecían repetitivos y sin sentido y sus gestos y posturas también eran extraños. A lo largo de su niñez, continuaron expresándose de maneras que hicieron que los padres, maestros y otros niños se sintieran incapaces de establecer contacto.

Como niños en edad preescolar, los niños no son insensibles a los demás ni poco afectuosos y pueden mostrar grandes preferencias y rechazos por personas en particular. A veces, imitan o buscan interactuar, pero nunca de una manera libre y fácil. A veces, con una peculiar insistencia ritualista y una notable desatención a sus efectos sobre otras personas. Las posturas y movimientos extraños y la necesidad de uniformidad, combinados con un interés obsesivo por ciertos objetos y experiencias, los separan de los demás. A veces, parecen estar en trance, “flotando”, “mirando” o “escuchando” cuando no hay nada, a

menudo con un aleteo extraño de las manos o una sonrisa enigmática y tan solo hacen vocalizaciones ininteligibles como las de un bebé. Pueden entrar en pánicos inexplicables y parecer muy angustiados, ansiosos o aterrorizados, especialmente cuando se ven obligados a tener contacto cercano con personas o en entornos no familiares. En general, no les gusta, o temen, lugares o rutinas desconocidos. Protestan por las irregularidades en su mundo y repiten acciones aparentemente triviales por su propio interés. Algunos, en estados de pánico o de ira, pueden autolesionarse. La mayor parte del tiempo, sin embargo, parecen contentarse con divertirse para con ellos mismos, a menudo realizando sus acciones favoritas una y otra vez. Sus comportamientos pueden asustar y angustiar a los padres, que necesitan ayuda para comprender qué es lo que está mal y cómo lidiar con un niño que parece lo suficientemente saludable, pero que no responde”. (Trevarthen et al., 1998).

Comportamientos extraños como estos se observan en niños que no tienen autismo, pero son momentáneos y fácilmente

te regulados por el ingenio para el juego del niño o por las atenciones afectuosas de los padres y en el disfrute compartido con otros niños. El niño autista tiene problemas persistentes tanto en las acciones y emociones autorreguladas como en la conciencia de las intenciones, intereses y sentimientos de otras personas. Hay ideas contradictorias sobre las causas de estos problemas y cómo responder, especialmente en las primeras etapas.

Los trastornos del movimiento en niños con autismo afectan particularmente los movimientos expresivos en la comunicación (Ricks y Wing, 1975; Damasio y Maurer, 1978; Gillberg y Coleman, 1992; Frith y Frith, 1999; Oller et al., 2010). Estos han llevado a una interpretación en términos de un déficit en el “funcionamiento ejecutivo” (Rumsey, 1985) atribuido a una falla en el desarrollo de los lóbulos frontales que se manifiesta en el segundo año. Datos recientes apuntan a un déficit más básico y probablemente más temprano en el control prospectivo de los movimientos (Mari et al., 2003; Rinehart et al., 2006a; Dowd et al., 2012; Gowen y Hamilton, 2013). Por ejemplo, en un análisis vocal automatizado de una gran cantidad de datos registrados del comportamiento expresivo natural de bebés de 10 a 50 meses de edad, Oller et al. (2010) identificaron un retraso masivo en el desarrollo de los movimientos de la articulación vocal en niños que desarrollan autismo o retraso del lenguaje. Dichos trastornos que afectan el comportamiento de la comunicación pueden explicarse como originados por fallas en las capacidades de sincronización e integración del sistema sensoriomotor del tronco encefálico, que se desarrolla prenatalmente y permite un control prospectivo para el desarrollo posterior de las funciones psicológicas. El fracaso en las estrategias cognitivas de “planificación de la acción” y de la “ejecución de la acción” (por ejemplo, Rinehart et al., 2001; Nazarali et al., 2009) atribuibles al cambio en los sistemas de neuronas espejo (por ejemplo, Cattaneo et al., 2007; Fabbri-Destro et al., 2009), requieren un procesamiento cortical de orden superior, que se desarrolla después del nacimiento.

Los niños con TEA se diferencian de los niños con un desarrollo típico en la eficiencia de tres tipos de control motor prospectivo:

1) La generación de *acciones únicas*, como cuando se extiende la mano para tocar o indicar un objeto de interés;

2) La organización de unas *series de acciones* para realizar tareas o proyectos más complejos, incluyendo hablar y

3) La *coordinación simultánea de múltiples unidades de acción* para lograr un propósito coherente, como en adaptaciones posturales al estar de pie o caminar.

Las “unidades de acción” simples y las “cadenas de acción” organizadas en serie requieren ambas una coordinación precisa de las acciones musculares que se conciben o imaginan “con anticipación” para que logren un efecto futuro deseado de manera eficiente (Bernstein, 1967; von Hofsten, 1993; Lea, 2009). Y un control integrador del movimiento es una base necesaria para aprender tareas más avanzadas y complejas, como hablar y leer (von Hofsten, 2004, 2007). La conciencia de las intenciones de los demás requiere detectar el control prospectivo en sus movimientos y esto es evidente en la forma en que los bebés participan en el diálogo y los juegos (Trevarthen, 1986b). Si no se programan los movimientos de forma prospectiva y no se cumplen las expectativas en el movimiento, se frustrará la adquisición eficiente de objetivos, se confundirá la conciencia y se frustrará la sensación de éxito, lo que provocará emociones negativas de autoprotección y evitación (Bower et al., 1970; Rovee-Collier et al., 1978).

1) *Evidencia de perturbaciones en el control prospectivo de las unidades de acción simple*

Las personas autistas muestran diferencias significativas en la sincronización y el patrón de los movimientos individuales (Rinehart et al., 2001, 2006a; Mari et al., 2003; Nazarali et al., 2009; Dowd et al., 2012). El tipo de perturbación varía según la tarea y el subgrupo examinado. Por ejemplo, en una tarea de ir a agarrar, los individuos con TEA agrupados por ca-

pacidad intelectual baja o media a alta, con los resultados de coeficiente intelectual de escala completa por debajo y por encima de 80, mostraron diferencias a nivel motriz, actuando ambos grupos de manera significativa menos eficientemente que los niños con un desarrollo típico (Mari et al., 2003). Se pensó que las diferencias entre los grupos de TEA reflejaban diferentes estrategias de afrontamiento compensatorias para un déficit primario en la planificación motora. Los individuos autistas tampoco lograron coordinar las dos subacciones en la tarea de ir a agarrar, por ejemplo, estirar el brazo y abrir los dedos. Realizaron un acto y luego el otro por separado. Los niños típicos coordinan la secuencia de acciones de brazos y manos en “pre-alcanzar” y gesticular con fluidez siendo aún bebés (Trevarthen, 1984; Rönningqvist y von Hofsten, 1994; Prechtl, 2001).

2) *Evidencia de alteración en la organización en serie de unidades de acción múltiple*

La planificación progresiva de “cadenas de acción” comunica intenciones. Cuando vemos a alguien agarrando una botella, por ejemplo, el movimiento inicial de extensión del brazo difiere según el objetivo sea dejarla en el estante o servir un vino (Jeannerod, 1999). La preparación postural del cuerpo y la extensión del brazo, con cambios de mirada, se ajustan desde el principio de forma diferente según el objetivo final. Los niños con TEA tienen déficits en esta coordinación preparatoria para la secuenciación motora o el encadenamiento de acciones (Cattaneo et al., 2007; Fabbri-Destro et al., 2009). Cuando se les pide a niños con un desarrollo típico que realicen una tarea de manipulación de objetos, como voltear un vaso boca abajo, ajustan la postura de su cuerpo al comienzo de la acción para que su postura final sea cómoda (Rosenbaum et al., 1990). Los niños con autismo comienzan con una postura cómoda y la concluyen en una incómoda, lo que sugiere un déficit de “conocimiento” motor de cómo procederá la acción.

Cattaneo et al. (2007) usaron registros electromiográficos de los movimientos del músculo milohioideo que bajan

la mandíbula y levantan la lengua para conseguir dirigir los movimientos para comer y compararon esta secuencia con la actividad muscular para conseguir dirigir los movimientos para colocar un objeto. Descubrieron que los niños con un desarrollo típico anticipaban el comer el alimento con la activación del milohioideo mucho antes de que su mano hubiera agarrado el trozo de alimento. En cambio, esta activación no se iniciaba en niños con TEA hasta que tenían la comida ya en la mano y viajando hacia su boca, demostrando una falla en el acoplamiento eficiente de las cadenas de acción. Esta falta de anticipación también fue evidente cuando se pidió a los niños que observaran a otra persona realizar la acción de dirigir los movimientos para comer. La activación del milohioideo se dio en niños con un desarrollo típico al comienzo del movimiento del otro hacia la comida, pero en los individuos autistas no hubo ninguna activación del milohioideo.

3) Evidencia de fracaso en la integración simultánea de múltiples unidades de acción

Las mediciones de los ajustes posturales y las tensiones musculares de los niños durante el cambio de carga muestran que el control prospectivo de la postura de todo el cuerpo y la percepción de los objetivos del espacio corporal, que requieren unidades de acción sincronizadas y coordinadas en todo el cuerpo en cambios de piernas, pecho, la espalda y los brazos también están alteradas en el autismo (Schmitz et al., 2003). Las alteraciones del control prospectivo de todo el cuerpo se confirman con datos sobre las diferencias en la marcha de los individuos con autismo, que muestran un aumento en la longitud de la zancada y una variabilidad en la anchura de la zancada, pero también diferencias significativas en los ajustes posturales de la parte superior del cuerpo para mantener el equilibrio (Hallett et al., 1993; Vernazza-Martin et al., 2005; Rinehart et al., 2006b; Calhoun et al., 2011; Nayate et al., 2011). También tienen dificultades para percibir el contexto ambiental de sus movimientos (Gowen y Hamilton, 2013).

LAS DIFERENCIAS EN LA SINCRONIZACIÓN MOTORA PROSPECTIVA AFECTAN A LAS EXPECTATIVAS Y A LA COMPRENSIÓN SOCIAL

Los déficits sutiles en el control motor prospectivo de los niños con TEA deben estar involucrados en los síntomas de aislamiento social y angustia emocional que muestran. Tienen dificultades para comunicar su intención en actos gestuales y para sentir la dinámica de las intenciones de otro a partir de sus movimientos (Cattaneo et al., 2007; Zalla et al., 2010; Gowen, 2012). Las terapias para los niños con TEA basadas en la imitación o en la interacción que emplean una respuesta sensible a las señales de un movimiento previsto pueden ayudar porque facilitan tanto la anticipación de las acciones como la conexión psicológica y emocional (Escalona et al., 2002; Nadel, 2006; Zeedyk, 2008; Field et al., 2011; Solomon et al., 2012). El terapeuta actúa para provocar la anticipación, lo que simplifica y apoya la realización de las acciones deseadas. También explica por qué la insistencia en la evidencia de medidas repetidas de desempeño en tareas para evaluar las preferencias perceptivas o el dominio cognitivo puede fallar en detectar o explicar la causa del fracaso (Wigram y Gold, 2012). Tales medidas externas, que se centran en el logro de objetivos o la respuesta a los hechos, descuidan los fenómenos temporales-espaciales del control motor prospectivo dentro del sujeto.

Los problemas de intencionalidad y su guía perceptiva en el autismo y la defensa patológica frente a la sobrecarga sensorial (Rosenhall et al., 1999; Foxton et al., 2003) pueden deberse a fallas en la regulación motora de los órganos de los sentidos, del oído interno para ajustar la sensibilidad de la audición y de los movimientos de la cabeza y los ojos para controlar la selección de detalles mediante la fijación foveal que se guía por la captación de información global del campo ambiental. La audición y la producción de los sonidos del habla, que el autismo altera en diferentes grados, es particularmente exigente y requiere la detección y el control de la expresión afectiva trans-

mitida por pequeñas modulaciones en el timbre, el tono y el volumen de los sonidos de las vocales y su restricción por las consonantes producidas en secuencias rápidas para articular palabras inteligibles en frases ricas en información. Sin embargo, el autismo afecta no sólo a los controles motores de la audición y la vista selectivas, sino también a la atención a todos los movimientos expresivos de otras personas.

En personas con autismo de alto funcionamiento, las habilidades excepcionales para detectar, separar y combinar detalles visuales o tonos de sonidos (O'Riordan et al., 2001; Bonnel et al., 2003; Mottron et al., 2006) pueden ser una consecuencia de una hipertrofia compensatoria en sistemas sensoriales corticales superiores impulsada por un sesgo para detectar respuestas o apoyo afectivo relacionado con uno mismo. La experiencia de Ockleford con el apoyo de talentos interpretativos excepcionales en niños autistas que no pueden hablar sugiere que el placer del control del tono en los sonidos de los instrumentos musicales activa un sistema de recompensa primario diferente del que discrimina los componentes del habla (Ockleford, 2012, 2013). Al encarar al otro, una persona con autismo evita mirar a los ojos, dirigiendo la atención a la boca (Senju y Johnson, 2009). Dado que los movimientos rápidos de los ojos transmiten información importante sobre la dirección y la intensidad del *interés*, en preparación para los cambios de locomoción, la postura o el alcance de la mano, así como la atención selectiva a los individuos de un grupo, implican el seguimiento de secuencias de acción intencionada para vincularse con el control prospectivo de otros en pensamiento y acción (Bal et al., 2010). Las expresiones faciales inferiores y los movimientos de la boca expresan afecto y son esenciales para la conexión emocional. Atraen la atención de un observador para juzgar los sentimientos de otra persona.

La falta de apreciación de las bromas y el humor lúdicos y la reacción de evitación o defensiva hacia los extraños, así como la preferencia por un entorno familiar y la consistencia en la colocación

de objetos o la ejecución de rutinas, características del TEA, apuntan a una alteración de la curiosidad imaginativa para las perspectivas de acción. Son tanto trastornos de la autorregulación de los movimientos conscientes placenteros como de la conciencia afectiva del otro y afectan al compromiso intencional y emocional (Hobson y Hobson, 2011; Reddy, 2011).

TRASTORNOS DEL AUTISMO EN EL PRIMER AÑO

Teitelbaum et al. (1998, 2002), estudiando filmaciones caseras de bebés diagnosticados posteriormente como autistas, realizaron un análisis comparativo de las etapas de desarrollo de darse la vuelta, gatear, sentarse, ponerse de pie y caminar, que los bebés suelen dominar durante el primer año. Usando la notación de movimiento de Eshkol-Wachman para los parámetros temporales y espaciales del movimiento del cuerpo humano, mostraron deficiencias en el control global del cuerpo y en la secuenciación de los movimientos del tronco, la cabeza y las extremidades para controlar el equilibrio y los cambios de postura, que se interpretaron como reflejos sensoriomotores alterados. Estas observaciones detalladas han sido útiles para los padres que sospechan que su bebé puede estar desarrollando autismo, ayudándoles a captar la atención de especialistas médicos y terapeutas (Teitelbaum y Teitelbaum, 2008).

Danon-Boileau (2007) encontró una alteración similar de las regulaciones anticipatorias de las posturas de todo el cuerpo en videos protagonizados por dos hermanas mientras su madre las bañaba; una, a los cinco meses, que posteriormente desarrolló autismo, y la otra, que se desarrolló normalmente, a los tres meses. Las filmaciones muestran la angustia y la torpeza de la primera niña que apenas miraba a su madre y el análisis del discurso de la madre muestra que ella no estaba “en contacto” y estaba usando su voz con un tono distante para obtener una respuesta. Con la hermana de desarrollo normal, el discurso de la madre es animado y se dirige a la niña como una persona que busca compartir

la experiencia. Esta niña mantiene contacto visual con la madre y reacciona expresivamente. Se hicieron observaciones similares en un análisis de películas caseras de niñas gemelas idénticas a los diez meses, cuando su padre las ayudaba a caminar o jugaba con ellas en la sala de estar familiar (Trevvarthen y Daniel, 2005; St. Clair et al., 2007). Una niña, posteriormente diagnosticada como autista, y que no habló hasta la edad de tres años, mostró un claro retraso en la coordinación motora para caminar y para regular su postura sentada. No prestaba atención a los ojos de otras personas y sonreía fugazmente y no podía participar en un juego de bromas con su padre que requería la anticipación de sus comportamientos y habla rítmicamente expresados. Los ritmos y las expresiones en respuesta a las bromas y las cosquillas del padre eran diferentes de los de la gemela en desarrollo típico con lo que el padre no podía corresponder con reciprocidad, creando confusión en los juegos y las interacciones. Su hermana, que tenía un retraso leve en la edad escolar, se desarrolló normalmente durante los primeros años sin mostrar evidencia de autismo.

La falta de atención receptiva por parte del bebé que desarrolla autismo a los intentos de jugar de su padre hizo que se volviera irregular e insistente en sus solicitudes, que luego pudo ver que solo confundían a la niña. La misma transformación de las respuestas de los padres al comportamiento evitativo o desinteresado de un bebé que desarrolla autismo se ha observado en otros estudios de películas caseras y en estudios prospectivos de hermanos de niños autistas, es decir, un cambio a un modo más insistente y monótono que trata de provocar una respuesta (Baranek, 1999; Saint-Georges et al., 2010, 2011). Por ejemplo, hay una falta de modulación afectiva de la voz de los padres al hablar con un bebé que luego desarrolla autismo (Mahdhaoui et al., 2011). La alteración en el desarrollo del control vocal del niño en el camino hacia el dominio del habla, como el demostrado por Oller et al. (2010) para el período crucial de uno a cuatro años, afectará la capacidad de los padres para compartir la conversación y los impulsará a usar

formas estimulantes o coercitivas de relacionarse con el niño.

Se han utilizado dos estrategias de investigación para buscar evidencia de desarrollo anormal antes de que sea posible el diagnóstico médico: el estudio prospectivo de los hermanos pequeños de niños mayores con autismo. Los dos procedimientos confirman conclusiones importantes sobre las manifestaciones del trastorno autista que se desarrollan en los primeros 18 meses después del nacimiento (Zwaigenbaum et al., 2005; Saint-Georges et al., 2010). Destacan los efectos del perfil “plano” y la falta de búsqueda de vinculación y también los cambios asociados con las fases del desarrollo motor que fueron registrados por Teitelbaum (Teitelbaum et al., 1998, 2002) y el desarrollo del interés por los objetos. La atención a los objetos fue normal en los primeros seis meses en bebés que desarrollaron autismo cuando su atención al compromiso social era significativamente baja (Maestro et al., 2002). Hay una pérdida específica de interés en las expresiones de las otras personas de manera precoz en el primer año de vida (Muratori y Maestro, 2007).

La expresión de intenciones y afectos se logra con una fluidez intermodal entre la voz y el gesto que promueve la acción empática y la experiencia compartida con “sintonía afectiva” (Trevvarthen, 1986b, 2009a; Tronick, 1989; Stern, 2000; Reddy, 2008). Los actos expresivos, como todo movimiento voluntario dirigido a un fin, requieren un control prospectivo y mediante la asimilación de la forma y el flujo de los movimientos del cuerpo y la voz de un sujeto, los estados de intención, afecto, excitación e interés se transmiten a la conciencia del otro en una “inmediatez sentida” (Bråten, 2009; Stern, 2010; Trevvarthen et al., 2011). Si se interrumpe el control predictivo de la sincronización y la armonización de estos movimientos corporales expresivos, la sintonía psicomotora con las experiencias perceptuales y motoras de los demás será confusa.

Las imágenes de resonancia magnética de los cerebros de los niños autistas indican una reducción del tamaño del tronco encefálico y del mesencéfalo

al nacer, una pérdida de tejido más que compensada por el crecimiento excesivo del cerebro como un todo después del nacimiento (Hashimoto et al., 1995). La investigación neuroanatómica detallada de cerebros de niños con TEA también indica que las estructuras límbicas del mesencéfalo y las regiones del tronco encefálico están afectadas (Rodier y Arndt, 2005). De particular interés es una anomalía en el núcleo olivar inferior, un núcleo prominente del tronco encefálico inferior que se sabe que está involucrado en la percepción y el control de la sincronización del movimiento (Welsh et al., 1995), lo que indica un lugar primario probable de interrupción subyacente en el déficit motor del TEA (Welsh et al., 2005).

Los datos sobre las alteraciones motoras en los TEA y su manifestación temprana en el primer año confirman un déficit primario en la capacidad de percibir y mover el cuerpo de forma planificada, lo que limita la capacidad de controlar la sincronización de las acciones del cuerpo y sus consecuencias perceptivas y, por lo tanto, perjudica la comunicación de intenciones e ideas.

UN PLANTEAMIENTO INTERACTIVO RELACIONAL A LA TERAPIA Y LA ENSEÑANZA, FOMENTANDO LA INTIMIDAD Y LA CREATIVIDAD DEL MOVIMIENTO

“La estructura musical en la improvisación puede proporcionar un marco para el desarrollo creativo, y... pueden surgir más habilidades creativas dada una estructura que uno podría ver en una forma puramente libre de improvisación, donde la falta de dirección y modelo puede dejar al paciente “no músico” luchando por descubrir cómo pueden “crear” música. La creatividad es un proceso clave en la terapia musical de improvisación y exige una habilidad sustancial y flexibilidad en los terapeutas para promover en los pacientes el beneficio terapéutico”.
(Wigram, 2006)

La musicoterapia interactiva tanto para el diagnóstico como para el tratamiento del autismo indica que el objeti-

vo de un terapeuta o maestro es brindar apoyo a la creatividad y que esto requiere tanto una “dirección y un modelo” como “habilidad y flexibilidad”. Requiere una guía que proteja al alumno de tener que “luchar para descubrir cómo puede crear”. Y requiere evidencia descriptiva de estudios de casos únicos (Wigram y Gold, 2012). En el controvertido campo de la terapia para niños con autismo, existe una gama desconcertante de teorías y consejos para los procedimientos, que van desde la enseñanza estricta de habilidades para controlar acciones y sentimientos desordenados y alentar la comunicación hasta entornos permisivos en los que se eliminan posibles distracciones y los esfuerzos se concentran en ofrecer bienestar (Trevarthen et al., 1998; Teitelbaum y Teitelbaum, 2008). Dada la evidencia de que el déficit central en el autismo se relaciona con el control sensoriomotor prospectivo y la autorregulación afectiva, especialmente para las actividades de comunicación, enfocaremos nuestros comentarios finales en la evidencia de que la intervención íntima o intensiva con los impulsos de los niños afectados de manera que obtengan satisfacción del control de las acciones y el reconocimiento mutuo puede traer beneficios para el aprendizaje creativo de habilidades prácticas y rituales artificiales de experiencia compartida, incluida el lenguaje.

El pulso, la forma y el flujo finamente medidos de las actuaciones del cuerpo sensorial y la voz transmiten estados psicológicos de intención, afecto, excitación e interés (Trevarthen, 1986a, b; Stern, 2010; Trevarthen et al., 2011; Hardy y Blythe LaGasse, 2013). Los gestos realizados en la comunicación están controlados y dirigidos en el espacio corporal y mediante la selección de objetivos transitorios con sincronización precisa de energías musculares que muestran contenido afectivo en secuencias “narrativas” (Schögler et al., 2008; Trevarthen y Delafield-Butt, 2013). De ello se deduce que, si se interrumpe el control común de los movimientos corporales, el individuo tendrá dificultades para encontrar la sintonía psicomotora con las experiencias perceptuales y motrices de otros individuos de desarrollo típico.

La comprensión del trastorno fundamental y profundamente sentido en el autismo como falla de la actividad cerebral integradora para llevar a cabo las intenciones sensoriomotoras con facilidad y creatividad, que es un trastorno que también afecta la expresión comunicativa y la percepción de las intenciones motrices de los demás, puede ayudar a explicar cómo las terapias intensivas basadas en la imitación, atentas a las emociones, pueden ser efectivas y pueden fomentar una respuesta e interés placenteros (Nind, 1999; Field et al., 2002, 2011; Nadel, 2006; Nordoff y Robbins, 2007; Zeedyk, 2008; Caldwell, 2010; Frank y Trevarthen, 2012; Ludtke, 2012; Salomón et al., 2012). Al “sintonizarse” conscientemente con los actos motores del paciente autista y sentir su contenido afectivo e intencional en una “interacción intensa”, antes de recrear colaboraciones creativas con adaptación a las respuestas, el terapeuta proporciona un patrón externo de acciones que son programadas y dirigidas con sensibilidad para compensar la repetición de intentos inciertos y ansiosos (Hardy y Blythe LaGasse, 2013). Una “escucha” receptiva hace posible la comunicación, así como el progreso hacia una nueva experiencia alegre y confiada, que puede liberar un talento excepcional (Ockleford, 2013).

La sintonía sensoriomotora en la terapia incorpora componentes mentales/afectivos al igual que la expresión motora y, al hacerlo, es capaz de abrir una co-regulación de despertares, intereses e intenciones en una persona que de otro modo no estaría disponible y permanecería aislada. Todos los movimientos se consideran expresiones válidas de estados intencionales e incluso las estereotipias se consideran actos afectivos sensoriomotores capaces de iniciar la comunicación, los cuales no deberían ser desconsiderados como si fuesen actos motores no mentales e inintencionales. A medida que el terapeuta atiende los movimientos de la persona, sintonizándolos con los movimientos de su propio cuerpo, estos comienzan a generar una conexión psicomotora implícita, afectiva e intersubjetiva. Dicha terapia puede ayudar no sólo al niño autista a lograr la

comunicación, sino que también puede ser de gran ayuda para los padres. Puede llevar a una persona autista de cualquier edad a una participación más segura de sí misma y articulada en una comunidad íntima de conocimiento (Frank y Trevarthen, 2012; Lüdtke, 2012).

La experiencia de cualquier terapeuta que trabaja con personas que sufren de autismo es que se debe tener un cuidado consciente para “retroceder” y permitir que cualquier impulso que el niño o el adulto pueda mostrar siga su curso, de hecho eclipsándolo o reflejándolo para ayudar a su motivación. Este es el principio puesto en práctica en la musicoterapia interactiva (Robarts, 1998; Wigram y Gold, 2006; Nordoff y Robbins, 2007; Wigram y Elefant, 2009; Ockleford, 2013). El método desarrollado por el neurólogo pediátrico Waldon practica un distanciamiento más explícito, llamado “asocial”, para ayudar a las personas con una amplia gama de discapacidades a actuar y pensar. El terapeuta se coloca detrás del paciente, sosteniendo los brazos para guiar las manos en la realización de tareas para mover objetos de tal manera que se complete una meta o proyecto aportando una sensación de satisfacción. Este método ha demostrado ser eficaz para ayudar a los niños pequeños a superar la confusión y el aislamiento del autismo de una manera que hace posible un aprendizaje motor productivo y progresivo (Solomon et al., 2012). ●

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aitken, K. J. (2010).** *An A-Z of Genetic Factors in Autism: A Handbook for Professionals*. London: Jessica Kingsley.
- Aitken, K. J., and Trevarthen, C. (1997).** Self-other organization in human psychological development. *Dev. Psychopathol.* 9, 651–675. doi: 10.1017/S0954579497001387
- Bal, E., Harden, E., Lamb, D., Vaughan-Van Hecke, A., Denver, J. W., and Porges, S. W. (2010).** Emotion recognition in children with autism spectrum disorders: relations to eye gaze and autonomic state. *J. Autism Dev. Disabil.* 40, 358–370. doi: 10.1007/s10803-009-0884-3
- Baldwin, J. M. (1902).** *Social and Ethical Interpretations in Mental Development, 3rd Edn.* New York, NY: Macmillan.
- Baranek, G. T. (1999).** Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *J. Autism Dev. Disord.* 29, 213–224. doi: 10.1023/A:1023080005650
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., and Frith, U. (1985).** Does the autistic child have a theory of mind. *Cognition* 21, 37–46. doi: 10.1016/0010-0277(85)90022-8
- Baron-Cohen, S., Tager-Flusberg, H., and Cohen, D. (Eds.) (2000).** *Understanding Other Minds: Perspectives From Developmental Cognitive Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateson, M. C. (1979).** “The epigenesis of conversational interaction: a personal account of research development,” in *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, ed M. Bullowa (London: Cambridge University Press), 63–77.
- Bauman, M. L., and Kemper, T. L. (2005).** *The Neurobiology of Autism, 2nd Edn.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Beebe, B., Jaffe, J., Feldstein, S., Mays, K., and Alson, D. (1985).** “Interpersonal timing: the application of an adult dialogue model to mother-infant vocal and kinesic interactions,” in *Social Perception in Infants*, eds F. M. Field and N. Fox (Norwood, NJ: Ablex), 217–248.
- Bernstein, N. (1967).** *Coordination and Regulation of Movements*. New York, NY: Pergamon.
- Berthoz, A., and Christen, Y. (Eds.) (2009).** *Neurobiology of “Umwelt”: How Living Beings Perceive the World*. Vienna, NY: Springer.
- Birdwhistell, R. (1970).** *Kinesics and Context*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bonnel, A., Mottron, L., Peretz, I., Trudel, M., Gallun, E., and Bonnel, A.-M. (2003).** Enhanced pitch sensitivity in individuals with autism: a signal detection analysis. *J. Cogn. Neurosci.* 15, 226–235. doi: 10.1162/089892903321208169
- Bower, T. G. R., Broughton, J. M., and Moore, M. K. (1970).** Demonstration of intention in the reaching behavior of neonate humans. *Nature* 228, 679–681. doi: 10.1038/228679a0
- Bråten, S. (2009).** *The Intersubjective Mirror in Infant Learning and Evolution of Speech*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Brazelton, T. B., and Nugent, J. K. (1995).** *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge: Mac Keith Press.
- Brazelton, T. B., and Sparrow, J. D. (2006).** *Touchpoints 0-3: Your Child’s Emotional and Behavioral Development*. Vol. I. Cambridge, MA: DaCapo Press.
- Bruner, J. S. (1974).** *Beyond the Information Given*. London: George Allen and Unwin Ltd.
- Bruner, J. S. (1999).** “The intentionality of referring,” in *Developing Theories of Intention: Social Understanding and Self-Control*, eds P. D. Zelazo, J. W. Astington, and D. R. Olson (Mahwah, NJ: Erlbaum), 329–339.
- Buchanan, B. (2008).** *Onto-Ethologies: The Animal Environments of Uexküll, Heidegger, Merleau-Ponty, and Deleuze*. New York, NY: SUNY Press.
- Caldwell, P. (2010).** *Autism and Intense Interaction*. London: Jessica Kingsley.
- Calhoun, M., Longworth, M., and Chester, V. L. (2011).** Gait patterns in children with autism. *Clin. Biomech.* 26, 200–206. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2010.09.013
- Carter, C. S., and Porges, S. W. (2013).** “Neurobiology and the evolution of mammalian social behavior,” in *Evolution, Early Experience and Human Deve-*

lopment: *From Research to Practice and Policy*, eds

D. Narvaez, J. Panksepp, A. Schore, and T. Gleason (New York, NY: Oxford University Press), 132–151.

Castiello, U., Becchio, C., Zoia, S., Neleni, C., Sartori, L., Blason, L., et al. (2010). Wired to be social: the ontogeny of human interaction. *PLoS ONE* 5:e13199. doi: 10.1371/journal.pone.0013199

Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., et al. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 104, 17825–17830. doi: 10.1073/pnas.0706273104

Condon, W. S., and Ogston, W. (1971). “Speech and body motion synchrony of the speaker-hearer,” in *The Perception of Language*, eds D. Horton and J. Jenkins (Columbus, OH: Charles E. Merrill), 150–184.

Condon, W. S., and Sander, L. S. (1974). Neonate movement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition. *Science* 183, 99–101. doi: 10.1126/science.183.4120.99

Damasio, A. (2010). *The Self Comes to Mind*. New York, NY: Pantheon.

Damasio, A. R., and Maurer, M. G. (1978). A neurological model for childhood autism. *Arch. Neurol.* 35, 777–786. doi: 10.1001/archneur.1978.00500360001001

Danon-Boileau, L. (2007). “Early signs related to posture and communication: the child’s attitude and the mother’s reaction,” in *Signs of Autism In Infants: Recognition and Early Intervention*, ed S. Acquarone (London: Karnac), 63–79.

DeCasper, A. J., and Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mother’s voice. *Science* 208, 1174–1176. doi: 10.1126/science.7375928

Decety, J., and Grezes, U. (2006). The power of simulation: imagining one’s own behavior and other’s behavior. *Brain Res.* 1079, 4–14. doi: 10.1016/j.brainres.2005.12.115

Delafield-Butt, J. T., and Trevarthen, C. (2013). “Theories of the development of human communication,” in *Handbook of Communication Science, Vol. 1: Theories and Models of Communication*, eds P. Cobley and P. J. Schultz (Berlin: De Gruyter Mouton), 199–221.

Delamont, R. S., Julu, P. O. O., and Jamal, G. A. (1999). Periodicity of a noninvasive measure of cardiac vagal tone during non-rapid eye movement sleep in non-sleep-deprived and sleepdeprived normal subjects. *J. Clin. Neurophysiol.* 16, 146–153.

Dissanayake, E. (2000). *Art and Intimacy: How the Arts Began*. Seattle; London: University of Washington Press.

Donald, M. (2001). *A Mind So Rare: The Evolution of Human Consciousness*. New York; London: Norton.

Dowd, A. M., McGinley, J. L., Taffe, J. R., and Rinehart, N. J. (2012). Do planning and visual integration difficulties underpin motor dysfunction in autism. A kinematic study of young children with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 42, 1539–1548. doi: 10.1007/s10803-011-1385-8

Einspieler, C., and Prechtl, H. F. (2005). Prechtl’s assessment of general movements: a diagnostic tool for the functional assessment of the young nervous system. *Mental Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* 11, 61–67. doi: 10.1002/mrdd.20051

Escalona, A., Field, T., Nadel, J., and Lundy, B. (2002). Imitation effects on children with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 32, 141–144. doi: 10.1023/A:1014896707002

Fabbri-Destro, M., Cattaneo, L., Boria, S., and Rizzolatti, G. (2009). Planning actions in autism. *Exp. Brain Res.* 192, 521–525. doi: 10.1007/s00221-008-1578-3

Fentress, J. C., and Gadbois, S. (2001). “The development of action sequences,” in *Handbook of Behavioral Neurobiology*, ed E. Blass (New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers), 393–431.

Field, N. J., and Lundy, B. (2002). Imitation effects on children with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 32, 141–144.

Field, T., Nadel, J., and Ezell, S. (2011). “Imitation therapy for young children with autism, autism spectrum disorders,” in *Autism Spectrum Disorders - From Genes to Environment*, ed T. Williams (New York, NY: InTech), 287–298.

Field, T., Woodson, R., Cohen, D., Greenberg, R., Garcia, R., and Collins, K. (1983). Discrimination and imitation of facial expressions by term and preterm neonates. *Infant Behav. Dev.* 6, 485–489. doi: 10.1016/S0163-6383(83)90316-8

Fogassi, L., Ferrari, P. F., Gesierich, B., Rozzi, S., Chersi, F., and Rizzolatti, G. (2005). Parietal lobe: from action organization to intention understanding. *Science* 308, 662–667. doi: 10.1126/science.1106138

Foxton, A. M., Stewart, M. E., Barnard, L., Rodgers, J., Young, A. H., O’Brien, G., et al. (2003). Absence of auditory ‘global interference’ in autism. *Brain* 126, 2703–2709.

Frank, B., and Trevarthen, C. (2012). “Intuitive meaning: supporting impulses for interpersonal life in the sociosphere of human knowledge, practice and language,” in *Moving Ourselves, Moving Others: Motion and Emotion in Intersubjectivity, Consciousness and Language*, eds A. Foolen, U. M. Ludtke, T. P. Racine, and J. Zlatev (Amsterdam: Benjamins), 261–303.

Frith, C. D., and Frith, U. (1999). Interacting minds: a biological basis. *Cogn. Sci. Rev. Sci.* 286, 1695–1698. doi: 10.1126/science.286.5445.1692

Frith, U. (1989/2003). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell.

- Gallese, V. (2006).** Intentional attunement: a neurophysiological perspective on social cognition and its disruption in autism. *Brain Res.* 1079, 15–24. doi: 10.1016/j.brainres.2006.01.054
- Gallese, V. (2007).** Before and below theory of mind: embodied simulation and the neural correlates of social cognition. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 362, 659–669. doi: 10.1098/rstb.2006.2002
- Gallese, V., and RCHAT, M. (2013).** “The evolution of motor cognition: its role in the development of social cognition and implications for autism spectrum disorder,” in *The Infant Mind: Origins of the Social Brain*, eds M. Legerstee, D. Haley, and M. Bornstein (New York, NY: Guilford Press), 19–47.
- Gallistel, C. R. (1980).** *The Organization of Action*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gillberg, C., and Coleman, M. (1992).** *The Biology of the Autistic Syndromes, 2nd Edn*. London: MacKeith Press, Clinics in Developmental Medicine, 126.
- Gillespie-Lynch, K., Greenfield, P. M., Feng, Y., Savage-Rumbaugh, S., and Lyn, H. (2013).** A cross-species study of gesture and its role in symbolic development: implications for the gestural theory of language evolution. *Front. Psychol.* 4:160. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00160
- Gowen, E. (2012).** Imitation in autism: why action kinematics matter. *Front. Integr. Neurosci.* 6:117. doi: 10.3389/fnint.2012.00117
- Gowen, E., and Hamilton, A. (2013).** Motor abilities in autism: a review using a computational context. *J. Autism Dev. Disord.* 43, 323–344. doi: 10.1007/s10803-012-1574-0
- Hallett, M., Lebedowska, M. K., Thomas, S. L., Stanhope, S. J., Denckla, M. B., and Rumsey, J. (1993).** Locomotion of autistic adults. *Arch. Neurol.* 50, 1304–1308. doi: 10.1001/archneur.1993.00540120019007
- Hardy, M. W., and Blythe LaGasse, A. (2013).** Rhythm, movement, and autism: using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Front. Integr. Neurosci.* 7:19. doi: 10.3389/fnint.2013.00019
- Hashimoto, T., Tayama, M., Murakawa, K., Yoshimoto, T., Miyazaki, M., Harada, M., et al. (1995).** Development of the brainstem and cerebellum in autistic patients. *J. Autism Dev. Disord.* 25, 1–18. doi: 10.1007/BF02178163
- Heimann, M., Nelson, K. E., and Schaller, J. (1989).** Neonatal imitation of tongue protrusion and mouth opening: methodological aspects and evidence of early individual differences. *Scand. J. Psychol.* 30, 90–101. doi: 10.1111/j.1467-9450.1989.tb01072.x
- Hesslow, G. (2012).** The current status of the simulation theory of cognition. *Brain Res.* 1428, 71–79. doi: 10.1016/j.brainres.2011.06.026
- Hevner, R. F. (2000).** Development of connections in the human visual system during fetal midgestation: a Dil-tracing study. *J. Neuropathol. Exp. Neurol.* 59, 385–392.
- Hobson, R. P. (1993).** *Autism and the Development of Mind*. Hove: Lawrence Erlbaum.
- Hobson, R. P. (2002/04).** *The Cradle of Thought: Exploring the Origins of Thinking*. London: Macmillan/New York: Oxford University Press.
- Hobson, R. P., and Hobson, J. A. (2011).** “Joint attention or joint engagement? Insights from autism,” in *Joint Attention: New Developments in Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, ed A. Seemann (Cambridge, MA: MIT Press), 115–135.
- Holstege, G., Bandler, R., and Saper, C. B. (eds.). (1996).** *The Emotional Motor System*. Vol. 107. Amsterdam: Elsevier.
- Huble, P., and Trevarthen, C. (1979).** “Sharing a task in infancy,” in *Social Interaction During Infancy: New Directions for Child Development 4*, ed I. Uzgoris (San Francisco, CA: Jossey-Bass), 57–80.
- Jaffe, J., Beebe, B., Felstein, S., Crown, C., and Jasnow, M. D. (2001).** Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing and social development. *Monogr. Soc. Res. Child. Dev.* 66, i–viii, 1–132.
- Jaffe, J., and Felstein, S. (1970).** *Rhythms of Dialogue*. New York, NY: Academic Press.
- Jeannerod, M. (1999).** To act or not to act: perspectives on the representation of actions. *Q. J. Exp. Psychol.* 52A, 1–29.
- Johnson, M. H. (2005).** Sensitive periods in functional brain development: problems and prospects. *Dev. Psychobiol.* 46, 287–292. doi: 10.1002/dev.20057
- Kanner, L. (1943).** Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2, 217–250.
- Karmiloff-Smith, A. (2009).** Nativism versus neuroconstructivism: rethinking the study of developmental disorders. *Dev. Psychol.* 45, 56–63. doi: 10.1037/a0014506
- Kugiumutzakis, G. (1999).** “Genesis and development of early infant mimesis to facial and vocal models,” in *Imitation in Infancy*, eds J. Nadel and G. Butterworth (Cambridge: Cambridge University Press), 127–185.
- Lashley, K. S. (1951).** “The problems of serial order in behavior,” in *Cerebral Mechanisms in Behavior*, ed L. A. Jeffress (New York, NY: Wiley), 112–136.
- Lecanuet, J.-P., Fifer, W. P., Krasnegor, N. A., and Smotherman, W. P. (1995).** *Fetal Development: A Psychobiological Perspective*. Hillsdale; Hove: Erlbaum.
- Lee, D. N. (2009).** General Tau Theory: evolution to date. *Perception* 38, 837–858. doi: 10.1068/pmkle

Llinàs, R. R. (2001). *I of the Vortex: From Neurons to Self*. Cambridge, MA: MIT Press.

Lüdtke, U. (2012). “Relational emotions in semiotic and linguistic development: towards an intersubjective theory of language learning and language therapy,” in *Moving Ourselves, Moving Others: Motion and Emotion in Consciousness, Intersubjectivity and Language*, eds A. Foolen, U. M. Lüdtke, T. P. Racine, and J. Zlatev (Amsterdam: Benjamins), 305–346.

Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pei, F., Stern, D., Golse, B., et al. (2002). Attentional skills during the first 6 months of age in autism spectrum disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41, 1239–1245. doi: 10.1097/00004583-200210000-00014

Mahdhaoui, A., Chetouani, M., Cassel, R. S., Saint-Georges, C., Parlato, E., Laznik, M.-C., et al. (2011). Computerized home video detection for motherese may help to study impaired interaction between infants who become autistic and their parents. *Int. J. Methods Psychiatry Res.* 20, e6–e18. doi: 10.1002/mpr.332

Malloch, S. (1999). “Mothers and infants and communicative musicality,” in *Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication. Musicae Scientiae, Special Issue, 1999-2000*, ed I. Deliège (Liège: European Society for the Cognitive Sciences of Music), 29–57.

Malloch, S., and Trevarthen, C. (eds.). (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*. Oxford: Oxford University Press.

Maratos, O. (1982). “Trends in development of imitation in early infancy,” in *Regression in Mental Development: Basic Phenomena and Theories*, ed T. G. Bever (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 81–101.

Mari, M., Castiello, U., Marks, D., Marraffa, C., and Prior, M. (2003). The reach-to-grasp movement in children with autism spectrum disorder. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Ser. B Biol. Sci.* 358, 393–403. doi: 10.1098/rstb.2002.1205

Marler, P. (1984). “Animal communication: affect or cognition?” in *Approaches to Emotion*, ed K. R. Scherer and P. Ekman (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 345–365.

Maturana, H., Mpodozis, J., and Letelier, J. C. (1995). Brain, language and the origin of human mental functions. *Biol. Res.* 28, 15–26.

McNeill, D. (2005). *Gesture and Thought*. Chicago, IL: University of Chicago Press doi: 10.7208/chicago/9780226514642.001.0001

Meltzoff, A. N., and Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 198, 75–78. doi: 10.1126/science.198.4312.75

Merker, B. (2007). Consciousness without a cerebral cortex: a challenge for neuroscience and medicine. *Behav. Brain Sci.* 30, 63–134. doi: 10.1017/S0140525X07000891

Miller, G. A. (2003). The cognitive revolution: a historical perspective. *Trends Cogn. Sci.* 7, 141–144. doi: 10.1016/S1364-6613(03)00029-9

Mithen, S. (2009). The music instinct: the evolutionary basis of musicality. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1169, 3–12. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04590.x

Morton, J. (2004). *Understanding Developmental Disorders: A Cognitive Modeling Approach*. Oxford: Blackwell. doi: 10.1002/9780470773307

Mottron, L., Dawson, M., Soulières, I., Hubert, B., and Burack, J. (2006). Enhanced perceptual functioning in autism: An update, and eight principles of autistic perception. *J. Autism Dev. Disord.* 36, 27–43. doi: 10.1007/s10803-005-0040-7

Mundy, P., Sullivan, L., and Mastergeorge, A. M. (2009). A parallel and distributed-processing model of joint attention, social cognition and autism. *Autism Res.* 2, 2–21. doi: 10.1002/aur.61

Muratori, F., and Maestro, S. (2007). Autism as a downstream effect of primary difficulties in intersubjectivity interacting with abnormal development of brain connectivity. *Int. J. Dial. Sci.* 2, 93–118.

Nadel, J. (2006). “Does imitation matter to children with autism?” in *Imitation and the Social Mind*, eds S. Rogers and J. Williams (New York, NY: The Guilford Press), 118–137.

Nagy, E. (2011). The newborn infant: a missing stage in developmental psychology. *Infant Child Dev.* 20, 3–19. doi: 10.1002/icd.683

Nagy, E., and Molnar, P. (2004). Homo imitans or homo provocans. The phenomenon of neonatal initiation. *Infant Behav. Dev.* 27, 57–63. doi: 10.1016/j.infbeh.2003.06.004

Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A., and Gleason, T. (Eds.). (2013). *Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy*. New York, NY: Oxford University Press.

Nayate, A., Tonge, B. J., Bradshaw, J. L., McGinley, J. L., Iannsek, R., and Rihehart, N. J. (2011). Differentiation of high-functioning autism and Asperger’s disorder based on neuromotor behavior. *J. Autism Dev. Disord.* 42, 707–717. doi: 10.1007/s10803-011-1299-5

Nazarali, N., Glazebrook, C. M., and Elliott, D. (2009). Movement planning and reprogramming in individuals with autism. *J. Autism Dev. Disord.* 39, 1401–1411. doi: 10.1007/s10803-009-0756-x

Nind, M. (1999). Intensive interaction and autism: a useful approach. *Br. J. Spec. Edu.* 26, 96–102. doi: 10.1111/1467-8527.t01-1-00114

Nordoff, P., and Robbins, C. (2007). *Creative Music Therapy: A Guide to Fostering Clinical Musicianship. Revised Edn.* New York, NY: John Day, Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- Northoff, G., and Panksepp, J. (2008).** The trans-species concept of self and the subcortical–cortical mid-line system. *Trends Cogn. Sci.* 12, 259–264. doi: 10.1016/j.tics.2008.04.007
- Ockleford, A. (2012).** “Songs with- out words: exploring how music can serve as a proxy language in social interaction with autistic children,” in *Music, Health, and Wellbeing*, eds R. MacDonald, G. Kreutz, and L. Mitchell (Oxford: Oxford University Press), 289–323.
- Ockleford, A. (2013).** *Music, Language and Autism: Exceptional Strategies for Exceptional Minds*. London: Jessica Kingsley.
- Okado, N. (1980).** Development of the human cervical spinal cord with reference to synapse formation in the motor nucleus. *J. Comp. Neurol.* 191, 495–513. doi: 10.1002/cne.901910311
- Oller, D. K., Niyogi, P., Gray, S., Richards, J. A., Gilkerson, J., Xu, D., et al. (2010).** Automated vocal analysis of naturalistic recordings from children with autism, language delay, and typical development. *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* 107, 13354–13359. doi: 10.1073/pnas.1003882107
- O’Riordan, M. A., Plaisted, K. C., Driver, J., and Baron-Cohen, S. (2001).** Superior visual search in autism. *J. Exp. Psychol. Hum. Percept. Perform.* 27, 719–730.
- Panksepp, J. (2005).** Affective consciousness: core emotional feelings in animals and humans. *Conscious. Cogn.* 14, 19–69. doi: 10.1016/j.concog.2004.10.004
- Panksepp, J., and Biven, L. (2012).** *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York, NY: Norton.
- Panksepp, J., and Sahley, T. (1987).** “Possible brain opioid involvement in disrupted social intent and language development of autism,” in *Neurobiological Issues in Autism*, eds E. Schopler and G. Mesibov (New York, NY: Plenum Press), 357–382.
- Panksepp, J., and Watt, D. (2011).** Why does depression hurt. Ancestral Primary-Process Separation- Distress (PANIC/GRIEF) and Diminished Brain Reward (SEEKING) processes in the genesis of depressive affect. *Psychiatry* 74, 5–13. doi: 10.1521/psyc.2011.74.1.5
- Papoušek, H. (1996).** “Musicality in infancy research: biological and cultural origins of early musicality,” in *Musical Beginnings: Origins and Development of Musical Competence*, eds I. Deliège and J. Sloboda (Oxford; New York; Tokyo: Oxford University Press), 37–55. doi: 10.1093/acprof:oso/9780198523321.003.0002
- Patriquin, M. A., Scarpa, A., Friedman, B. H., and Porges, S. W. (2013).** Respiratory sinus arrhythmia: a marker for positive social functioning and receptive language skills in children with autism spectrum disorders. *Dev. Psychobiol.* 55, 101–112. doi: 10.1002/dev.21002
- Pezzulo, G., Butz, M. V., Sigaud, O., and Baldassarre, G. (eds.). (2008).** *From Sensorimotor to Higher-Level Cognitive Processes: An Introduction to Anticipatory Behavior Systems*. Berlin: Springer Verlag.
- Pezzulo, G., and Castelfranchi, C. (2009).** Thinking as the control of imagination: a conceptual framework for goal-directed systems. *Psychol. Res.* 73, 559–577. doi: 10.1007/s00426-009-0237-z
- Piaget, J. (1951).** *Play, Dreams and Imagination in Childhood*. London: Heinemann.
- Piaget, J. (1954).** *The Construction of Reality in the Child*. New York, NY: Basic Books. doi: 10.1037/11168-000
- Piontelli, A. (2010).** *Development of Normal Fetal Movements: The First 25 Weeks of Gestation*. Wien; New York: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-88-470-1402-2
- Pöppel, E., and Wittmann, M. (1999).** “Time in the mind,” in *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences*, eds R. Wilson and F. Keil (Cambridge, MA: The MIT Press), 836–837.
- Porges, S. W. (2011).** *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation*. New York; London: W. W. Norton.
- Porges, S. W., and Furman, S. A. (2011).** The early development of the autonomic nervous system provides a neural platform for social behavior: a polyvagal perspective. *Infant Child Dev.* 20, 106–118. doi: 10.1002/icd.688
- Precht, H. F. R. (2001).** “Prenatal and early postnatal development of human motor behavior,” in *Handbook on Brain and Behavior in Human Development*, eds A. F. Kalverboer and A. Gramsbergen (Dordrecht: Kluwer Academic Publishers), 415–427.
- Rapin, I., and Allen, D. A. (1983).** “Developmental language disorders: nosological considerations,” in *Neuropsychology of Language, Reading and Spelling*, ed U. Kirk (New York, NY: Academic Press), 155–184.
- Reddy, V. (2008).** *How Infants Know Minds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Reddy, V. (2011).** “A gaze at grips with me,” in *Joint Attention: New Developments in Philosophy, Psychology, and Neuroscience*, ed A. Seemann (Cambridge, MA: MIT Press), 137–158.
- Reddy, V., Liebal, K., Hicks, K., Jonnalagadda, S., and Chintalapuri, B. (2012).** The emergent practice of infant compliance: an exploration in two cultures. *Dev. Psychol.* doi: 10.1037/a0030979. [Epub ahead of print].
- Reddy, V., Williams, E., Costantini, C., and Lang, B. (2010).** Engaging with the self: mirror behavior in autism, Down syndrome and typical development. *Autism* 14, 531–546. doi: 10.1177/1362361310370397
- Reddy, V., Williams, E., and Vaughan, A. (2002).** Sharing humour and laughter in autism and Downs syndrome.

- me. *Br. J. Psychol.* 93, 219–242. doi: 10.1348/000712602162553
- Reissland, N., Francis, B., Mason, J., and Lincoln, K. (2011).** Do Facial expressions develop before birth. *PLoS ONE* 6: e24081. doi: 10.1371/journal.pone.0024081
- Ricks, D. M., and Wing, L. (1975).** Language, communication and the use of symbols in normal and autistic children. *J. Autism Child. Schizophr.* 5, 191–221. doi: 10.1007/BF01538152
- Rinehart, N. J., Bellgrove, M. A., Tonge, B. J., Brereton, A. V., Howells-Rankin, D., and Bradshaw, J. L. (2006a).** An examination of movement kinematics in young people with high-functioning autism and Asperger’s disorder: further evidence for a motor planning deficit. *J. Autism Dev. Disord.* 36, 757–767. doi: 10.1007/s10803-006-0118-x
- Rinehart, N. J., Tonge, B. J., Bradshaw, J. L., Iansek, R., Enticott, P. G., and McGinley, J. (2006b).** Gait function in high-functioning autism and Asperger’s disorder: evidence for basal-ganglia and cerebellar involvement. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 15, 256–264. doi: 10.1007/s00787-006-0530-y
- Rinehart, N. J., Bradshaw, J. L., Brereton, A. V., and Tonge, B. J. (2001).** Movement preparation in high-functioning autism and Asperger disorder: a serial choice reaction time task involving motor re-programming. *J. Autism Dev. Disord.* 31, 79–88. doi: 10.1023/A:1005617831035
- Robarts, J. Z. (1998).** “Music therapy and children with autism,” in *Children with Autism: Diagnosis and Interventions To Meet Their Needs*, eds C. Trevarthen, K. Aitken, D. Papoudi, and J. Robarts (London: Jessica Kingsley), 172–202.
- Rochat, M. J., Veroni, V., Bruschiweiler-Stern, N., Pieraccini, C., Bonnet-Brilhaut, F., Barthélémy, C., et al. (2013).** Impaired vitality form recognition in autism. *Neuropsychologia* doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2013.06.002. [Epub ahead of print].
- Rodier, P. M., and Arndt, T. L. (2005).** “The brainstem in autism,” in *The Neurobiology of Autism, 2 Edn.*, eds M. L. Bauman and T. L. Kemper (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press), 136–149.
- Rogers, S., and Williams, J. H. (eds.). (2006).** *Imitation and the Social Mind: Typical Development and Autism*. New York, NY: Guilford Press.
- Rönnqvist, L., and von Hofsten, C. (1994).** Neonatal finger and arm movements as determined by a social and an object context. *Early Dev. Parenting* 3, 81–94. doi: 10.1002/edp.2430030205
- Rosenbaum, D. A., Marchak, F., Barnes, H. J., Vaughan, J., Slotta, J. D., and Jorgensen, M. J. (1990).** “Constraints for action selection: overhand versus underhand grips,” in *Attention and Performance XIII*, ed. M. Jeannerod (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 321–342.
- Rosenhall, U., Nordin, V., Sandström, M., Ahlsén, G., and Gillberg, C. (1999).** Autism and hearing loss. *J. Autism Dev. Disord.* 29, 349–357. doi: 10.1023/A:1023022709710
- Rovee-Collier, C. K., Morrongiello, B. A., Aron, M., and Kupersmidt, J. (1978).** Topographical responses differentiation and reversal in 3-month-old infants. *Infant Behav. Dev.* 1, 323–333. doi: 10.1016/S0163-6383(78)80044-7
- Royal College of Obstetricians, and Gynaecologists. (2010).** *Fetal Awareness: Review of Research and Recommendations for Practice*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Rumsey, J. M. (1985).** Conceptual problem solving ability in highly verbal, nonretarded autistic men. *J. Autism Dev. Disord.* 15, 23–36. doi: 10.1007/BF01837896
- Saint-Georges, C., Cassel, R. S., Cohen, D., Chetouani, M., Laznik, M.-C., Maestro, S., et al. (2010).** What studies of family home movies can teach us about autistic infants: a literature review. *Res. Autism Spect. Disord.* 4, 355–366. doi: 10.1016/j.rasd.2009.10.017
- Saint-Georges, C., Mahdhaoui, A., Chetouani, M., Cassel, R. S., Laznik, M.-C., Apicella, F., et al. (2011).** Do parents recognize autistic deviant behavior long before diagnosis. Taking into account interaction using computational methods. *PLoS ONE* 6:e22393. doi: 10.1371/journal.pone.0022393
- Sander, L. W. (2008).** *Living Systems, Evolving Consciousness and the Emerging Person: A Selection of Papers from the Life Work of Louis Sander*, eds G. Amadei and I. Bianchi (New York; London: The Analytic Press).
- Schmitz, C., Martineau, J., Barthelemy, C., and Assaiante, C. (2003).** Motor control and children with autism: deficit of anticipatory function. *Neurosci. Lett.* 348, 17–20. doi: 10.1016/S0304-3940(03)00644-X
- Schögler, B., Pepping, G.-J., and Lee, D. N. (2008).** TauG-guidance of transients in expressive musical performance. *Exp. Brain Res.* 198, 361–372. doi: 10.1007/s00221-008-1431-8
- Schore, A. N. (1994).** *Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Schore, A. N. (2003).** *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York, NY: Norton.
- Schore, A. N. (2005).** Attachment, affect regulation and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr. Rev.* 26, 204–211. doi: 10.1542/pir.26-6-204
- Sebeok, T. A. (1990).** *Essays in Zoosemantics (Monograph Series of the Toronto Semiotic Circle, Number 5)*. Toronto, ON: University of Toronto.
- Senju, A., and Johnson, M. H. (2009).** Atypical eye contact in autism: models, mechanisms and development. *Neuros-*

- ci. *Biobehav. Rev.* 33, 1204–1214. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.06.001
- Sherrington, C. S. (1906).** *The Integrative Action of the Nervous System.* New York, NY: Charles Scribner's Sons.
- Solms, M., and Panksepp, J. (2012).** The “Id” knows more than the “Ego” admits: Neuropsychanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience. *Brain Sci.* 2, 147–175. doi: 10.3390/brainsci2020147
- Solomon, W., Holland, C., and Middleton, M.-J. (2012).** *Autism and Understanding: The Waldon Approach to child Development.* Los Angeles; London; New Delhi; Singapore; Washington: Sage
- Sperry, R. W. (1952).** Neurology and the mind-brain problem. *Am. Sci.* 40, 291–312.
- St. Clair, C., Danon-Boileau, L., and Trevarthen, C. (2007).** “Signs of autism in infancy: sensitivity for rhythms of expression in communication,” in *Signs of Autism In Infants: Recognition and Early Intervention*, ed S. Acquarone (London: Karnac), 21–45.
- Stern, D. N. (1993).** “The role of feelings for an interpersonal self,” in *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*, ed U. Neisser (New York, NY: Cambridge University Press), 205–215.
- Stern, D. N. (2000).** *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Development Psychology*, 2Edn., New York, NY: Basic Books.
- Stern, D. N. (2010).** *Forms of Vitality: Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy and Development.* Oxford: Oxford University Press.
- Stuart, S. (2010).** “Enkinaesthesia, bio-semiotics and the ethiosphere,” in *Signifying Bodies: Biosemiosis, Interaction and Health*, eds S. J. Cowley, J. C. Major, S. V. Steffensen, and A. Dinis (Braga: The Faculty of Philosophy, Braga Portuguese Catholic University), 305–330.
- Teitelbaum, O., and Teitelbaum, P. (2008).** *Does Your Baby Have Autism?: Detecting the Earliest Signs of Autism.* Garden City Park, NY: Square One Publishers.
- Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Nye, J., Fryman, J., and Maurer, R. G. (1998).** Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proc. Natl Acad. Sci. U.S.A.* 95, 13982–13987. doi: 10.1073/pnas.95.23.13982
- Teitelbaum, P., Teitelbaum, O. B., Fryman, J., and Maurer, R. (2002).** Reflexes gone astray in autism in infancy. *J. Dev. Learn. Disord.* 6, 15–22.
- Thomas, M. S. C., and Karmiloff-Smith, A. (2002).** Are developmental disorders like cases of adult brain damage. Implications from connectionist modeling. *Behav. Brain Sci.* 25, 727–788. doi: 10.1017/S0140525X02000134
- Torres, E. B. (2013).** Atypical signatures of motor variability found in an individual with ASD. *Neurocase* 19, 150–165. doi: 10.1080/13554794.2011.654224
- Trehub, S. E. (1990).** “The perception of musical patterns by human infants: the provision of similar patterns by their parents,” in *Comparative Perception, Vol. 1, Mechanisms*, eds M. A. Berkley and W. C. Stebbins (New York, NY: Wiley), 429–459.
- Trevarthen, C. (1977).** “Descriptive analyses of infant communication behavior,” in *Studies in Mother-Infant Interaction: The Loch Lomond Symposium*, ed H. R. Schaffer (London, Academic Press), 227–270.
- Trevarthen, C. (1979).** “Communication and cooperation in early infancy. A description of primary intersubjectivity,” in *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, ed M. Bullowa (London, Cambridge University Press), 321–347.
- Trevarthen, C. (1984).** “How control of movements develops,” in *Human Motor Actions: Bernstein Reassessed*, ed H. T. A. Whiting (Amsterdam: Elsevier/North Holland), 223–261.
- Trevarthen, C. (1986a).** “Neuroembryology and the development of perceptual mechanisms,” in *Human Growth*, 2 Edn., eds F. Falkner and J. M. Tanner (New York, NY: Plenum), 301–383.
- Trevarthen, C. (1986b).** “Development of intersubjective motor control in infants,” in *Motor Development in Children: Aspects of Coordination and Control*, eds M. G. Wade and H.T. A. Whiting (Dordrecht, Martinus Nijhoff), 209–261. doi: 10.1007/978-94-009-4460-2_14
- Trevarthen, C. (1990).** “Signs before speech,” in *The Semiotic Web, 1989*, eds T. A. Sebeok and J. Umiker-Sebeok (Berlin; New York; Amsterdam: Mouton de Gruyter), 689–755.
- Trevarthen, C. (1996).** Lateral asymmetries in infancy: implications for the development of the hemispheres. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 20, 571–586. doi: 10.1016/0149-7634(95)00070-4
- Trevarthen, C. (1998).** “The concept and foundations of infant intersubjectivity,” in *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, ed S. Bråten (Cambridge: Cambridge University Press), 15–46.
- Trevarthen, C. (1999).** “Musicality and the intrinsic motive pulse: evidence from human psychobiology and infant communication,” in *Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication. Musicae Scientiae, Special Issue, 1999-2000*, ed I. Deliège (Liège: European Society for the Cognitive Sciences of Music), 157–213.
- Trevarthen, C. (2000).** Autism as a neurodevelopmental disorder affecting communication and learning in early childhood: prenatal origins, post-natal course and effective educational support. *Prostaglandins Leucot. Essent. Fatty Acids* 63, 41–46. doi: 10.1054/plef.2000.0190

Trevarthen, C. (2001a). "The neuro-biology of early communication: intersubjective regulations in human brain development," in *Handbook on Brain and Behavior in Human Development*, eds A. F. Kalverboer and A. Gramsbergen (Dordrecht: Kluwer), 841–882.

Trevarthen, C. (2001b). Intrinsic motives for companionship in understanding: their origin, development and significance for infant mental health. *Infant Ment. Health J.* 22, 95–131.

Trevarthen, C. (2005). "Stepping away from the mirror: Pride and shame in adventures of companionship Reflections on the nature and emotional needs of infant intersubjectivity," in *Attachment and Bonding: A New Synthesis. Dahlem Workshop Report 92*, eds C. S. Carter, L. Ahnert, K. E. Grossman, S. B. Hrdy, M. E. Lamb, S. W. Porges, and N. Sachser (Cambridge, MA: The MIT Press), 55–84.

Trevarthen, C. (2009a). "The functions of emotion in infancy: the regulation and communication of rhythm, sympathy, and meaning in human development," in *The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development, and Clinical Practice*, eds D. Fosha, D. J. Siegel, and M. F. Solomon (New York, NY: Norton), 55–85.

Trevarthen, C. (2009b). "Human biochemistry: on the source and functions of 'musicality'," in *Music That Works: Contributions of Biology, Neurophysiology, Psychology, Sociology, Medicine and Musicology*, eds R. Haas and V. Brandes (Vienna; New York: Springer), 221–266.

Trevarthen, C. (2012). Embodied human intersubjectivity: Imaginative agency, to share meaning. *Cogn. Semiotics* 4, *The Intersubjectivity of Embodiment*, 6–56.

Trevarthen, C. (2013). Born for art, and the joyful companionship of fiction," in *Evolution, Early Experience and Human Development: From Research to Practice and Policy*, eds D. Narvaez, J. Panksepp, A. Schore, and T. Gleason (New York, NY: Oxford University Press), 202–218.

Trevarthen, C., and Aitken, K. J. (1994). Brain development, infant communication, and empathy disorders: intrinsic factors in child mental health. *Dev. Psychopathol.* 6, 599–635. doi: 10.1017/S0954579400004703

Trevarthen, C., and Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J. Child Psychol. Psychiatry* 42, 3–48. doi: 10.1111/1469-7610.00701

Trevarthen, C., and Aitken, K. J. (2003). "Regulation of brain development and age-related changes in infants' motives: the developmental function of 'regressive' periods," in *Regression Periods in Human Infancy*, ed M. Heimann (Mahwah, NJ: Erlbaum), 107–184.

Trevarthen, C., Aitken, K. J., Papoudi, C., and Roberts, J. Z. (1998). *Children with Autism: Diagnosis and Interventions to Meet their Needs, 2 Edn.* London: Jessica Kingsley.

Trevarthen, C., Aitken, K. J., Vandekerckhove, M., Delafield-Butt, J., and Nagy, E. (2006). "Collaborative regulations of vitality in early childhood: stress in intimate relationships and postnatal psychopathology," in *Developmental Psychopathology*, Vol. 2, *Developmental Neuroscience*, 2 Edn. (New York, NY: Wileys), 65–126.

Trevarthen, C., and Daniel, S. (2005). Rhythm and synchrony in early development, and signs of autism and Rett syndrome in infancy. *Brain Dev.* 27, (Suppl. 1), S25–S34. doi: 10.1016/j.braindev.2005.03.016

Trevarthen, C., and Delafield-Butt, J. (2013). "Biology of shared experience and language development: regulations for the inter-subjective life of narratives," in *The Infant Mind: Origins of the Social Brain*, eds M. Legerstee, D. Haley, and M. Bornstein (New York, NY: Guildford Press), 167–199.

Trevarthen, C., Delafield-Butt, J., and Schögler, B. (2011). "Psychobiology of

musical gesture: innate rhythm, harmony and melody in movements of narration," in *New Perspectives on Music and Gesture*, eds A. Gritten and E. King (Farnham, Surrey, Burlington: Ashgate), 11–43.

Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *Am. Psychol.* 44, 112–126. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112

Tulving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 1–25. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135114

Tzourio-Mazoyer, N., De Schonen, S., Crivello, F., Reutter, B., Aujard, Y., and Mazoyer, B. (2002). Neural correlates of woman face processing by 2-month-old infants. *Neuroimage* 15, 454–461. doi: 10.1006/nimg.2001.0979

Vandekerckhove, M., and Panksepp, J. (2011). A neurocognitive theory of higher mental emergence: From anoetic affective experiences to noetic knowledge and auto-noetic awareness. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 35, 2017–2025. doi: 10.1016/j.neubiorev.2011.04.001

Van der Meer, A. L. H., Van der Weel, F. R., and Lee, D. N. (1996). Lifting weights in neonates: developing visual control of reaching. *Scand. J. Psychol.* 37, 424–436. doi: 10.1111/j.1467-9450.1996.tb00674.x

Vernazza-Martin, S., Martin, N., Vernazza, A., Lepellec-Muller, A., Rufo, M., Massion, J., et al. (2005). Goal directed locomotion and balance control in autistic children. *J. Autism Dev. Disord.* 35, 91–102. doi: 10.1007/s10803-004-1037-3

Von Hofsten, C. (1993). Prospective control – A basic aspect of action development. *Hum. Dev.* 36, 253–270. doi: 10.1159/000278212

Von Hofsten, C. (2004). An action perspective on motor development. *Trends Cogn. Sci.* 8, 266–272. doi: 10.1016/j.tics.2004.04.002

Von Hofsten, C. (2007). Action in development. *Dev. Sci.* 10, 54–60. doi: 10.1111/j.1467-7687.2007.00564.x

Von Uexküll, J. (1957). “A stroll through the worlds of animals and men: a picture book of invisible worlds,” in *Instinctive Behavior: the Development of a Modern Concept*, ed and trans. C. H. Schiller (New York, NY: International Universities Press, Inc.), 5–80.

Welsh, J. P., Ahn, E. S., and Placantonakis, D. G. (2005). Is autism due to brain desynchronization. *Int. J. Dev. Neurosci.* 23, 253–263. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2004.09.002

Welsh, J. P., Lang, E. J., Suglhara, I., and Llinas, R. (1995). Dynamic organization of motor control within the olivocerebellar system. *Nature* 374, 453–457. doi: 10.1038/374453a0

Wigram, T. (2006). “Musical creativity in children with cognitive and social impairment,” in *Musical Creativity: Multidisciplinary Research in Theory and Practice*, eds I. Deliège and G. Wiggins (London: Psychology Press, Taylor and Francis), 221–237.

Wigram, T., and Elephant, C. (2009). “Therapeutic dialogues in music: nurturing musicality of communication in children with autistic spectrum disorder and Rett syndrome,” in *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship*, eds S. Malloch, and C. Trevarthen (Oxford: Oxford University Press), 423–445.

Wigram, T., and Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child Care Health Dev.* 32, 535–542. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00615.x

Wigram, T., and Gold, C. (2012). “The religion of evidence-based practice: helpful or harmful to health and well-being?” in *Music, Health, and Wellbeing*, eds R. MacDonald, G. Kreutz, and L. Mitchell (Oxford: Oxford University Press), 164–182.

Zalla, T., Daprati, E., Sav, A.-M., Chaste, P., Nico, D., and Leboyer, M. (2010). Memory for self-performed actions in individuals with Asperger syndrome. *PLoS ONE* 5:e13370. doi: 10.1371/journal.pone.0013370

Zeedyk, S. (ed.). (2008). *Promoting Social Interaction for Individuals with Communication Impairments*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley.

Zoia, S., Blason, L., D’Ottavio, G., Bulgheroni, M., Pezzetta, E., Scabar, A., et al. (2007). Evidence of early development of action planning in the human fetus: a kinematic study. *Exp. Brain Res.* 176, 217–226.

Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., and Szatmari, P. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int. J. Dev. Neurosci.* 23, 143–152. doi: 10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que la investigación se realizó en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

La modulación del objeto autista en el niño¹ con TEA cuando no se ha producido la interiorización de la falta²

– Anna Rosa Sanchis Franch –

Maestra de Educación Especial.
Logopeda. Servicio de Atención
Externa del Centre d'Educació Especial
Vil·la Joana. (Barcelona, España)



Hablaremos del trabajo logopédico en niños y niñas con TEA que manifiestan graves dificultades en la aparición de la palabra con intencionalidad comunicativa. Com-

partiremos un contexto de intervención desde el cuerpo y el movimiento dentro de un encuadre psicodinámico y relacional.

Este trabajo surge de la reflexión en la práctica diaria en torno a las ansiedades surgidas en el niño al separarse del objeto autista. Niños que no han podido simbolizar la falta, factor que dificulta la incorporación del otro y de lo que viene de fuera en su proceso de subjetivación.

Expondremos cómo ir introduciendo una propuesta de relación que interese al niño en la que se incorporen elementos utilizados de forma intencionada por el adulto con el fin de que el niño se pueda ir separando del objeto autista sin que este hecho sea generador de ansiedad masiva.

Estos elementos, a los que llamaremos “elementos de transición” o “moduladores del disfrute”, serán facilitadores de la regulación emocional en ausencia

del objeto autista y contribuirán a que el adulto pueda hacerse visible de forma progresiva en la relación pasando de la posición de objeto a sujeto de forma gradual.

INTRODUCCIÓN

La reflexión que queremos compartir surge de la convicción de que toda externalización a nivel corporal, mental y emocional nos habla del niño y sus ansiedades. En este caso, lo que nos muestra el niño es la necesidad de ignorar/negar al otro, moverse en el espacio de forma desorganizada y no poder separarse del objeto segurizador sin experimentar gran ansiedad.

En el presente trabajo compartiremos aspectos con relación a:

- Desde qué actitud e intencionalidad acogeremos la externalización de las ansiedades del niño en su relación con el objeto autista en un contexto de no interiorización de la falta. Cómo nos posicionaremos en la relación con el niño respecto al proceso de diferenciación con el otro (“distancia adecuada”).
 - Qué elementos ofreceremos para posibilitar una retirada progresiva del objeto autista intentando evitar la aparición de la ansiedad masiva (“elementos de transición” o “moduladores del disfrute”).
- Compartiremos un contexto de trabajo no desde una intervención directa sobre las dimensiones del lenguaje y el habla sino sobre aspectos relacionados con la construcción de la subjetividad del niño:
- El proceso de diferenciación con el otro.
 - La interiorización de la falta.

- La modulación del exceso de disfrute producido por el objeto autista.

DESARROLLO

Intención y actitud de la logopeda

La actitud que guiará la intervención será la disposición interna para contener el malestar del niño con la intención de que las externalizaciones de la ansiedad se puedan modificar como consecuencia de la evolución en aspectos internos del *self*. Consideraremos elementos contenedores la adecuación del espacio y los tempos de la sesión, así como la actitud de la logopeda a la hora de gestionar aspectos de la subjetividad tanto del adulto como del niño en la relación terapéutica.

Aspectos de la subjetividad del adulto en la relación terapéutica

- Evitar identificarnos con nuestras expectativas respecto a lo que hemos imaginado que pasará en la sesión. Esto no significa no tener deseo por promover cambios en el niño, sino que nos referimos a no quedarnos apegados a la estructura de la sesión que nos habíamos planteado o a la respuesta que esperamos que se produzca por parte del niño/a.
- Mantener cierta actitud de “no saber” en nuestra intervención para considerar las conductas observadas desde una perspectiva abierta y amplia que nos posibilite contrastar y verificar en el tiempo lo observado.
- Reconciliarnos con el sentimiento de incertidumbre que surge respecto a que nuestra intervención sea adecuada o no y se pueda generar una situación “no espe-

¹ En la presente edición, y de acuerdo con la autora, traduciremos la palabra *infant* -que en catalán hace referencia tanto a *niña* como a *niño*- por el genérico masculino *niño*, para hacer más accesible el texto, dando por sentado que hace referencia a los dos sexos.

En aquellos casos, en que en el original consta *nen/nena*, se mantendrá la doble denominación.

² Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

rada” que produzca malestar en el niño y en el adulto.

- Darnos tiempo y dar tiempo suficiente al niño/a para conectar con la situación vivida en la sesión. Ir haciendo un acercamiento progresivo hacia la conducta o estado emocional al que queremos llegar.
- Abrir la mirada para resignificar lo observado, reformular lo que nos preguntamos y “desde dónde” nos lo preguntamos con la intención de comprender.
- Flexibilizar nuestra respuesta, considerar “diferentes caminos para llegar”, abrazar el proceso (el “cómo”) y no aferrarnos al resultado (el “qué”).

Aspectos de la subjetividad del niño en la relación terapéutica

- Favorecer el bienestar del niño gestionando de la mejor forma posible las ansiedades que se pueden generar en la sesión de trabajo.
 - Intentar buscar la “distancia adecuada” en la relación con el niño para que la intervención no resulte invasiva a nivel corporal, mental o emocional.
 - Considerar los tempos en la relación, la espera activa, los silencios y el hecho de poner límite de manera amorosa y firme.
 - Dar significación y emoción a lo que ocurre durante la sesión, pero no darla en exceso para evitar un posible “ataque al significado” por parte del niño.
- Considerando estos aspectos, intentaremos buscar el equilibrio y la no disonancia entre la expresión corporal, la entonación de la voz, la mirada y las palabras utilizadas en nuestra intervención.

¿Qué cambios buscaremos en la subjetividad del niño?

El sujeto se constituye a partir del “lugar” (el rol) que el otro le da en la relación. Lo hace ya sea por identificación o por oposición respecto a la posición del otro. Por tanto, nos vamos construyendo “desde” y “en” la relación con los demás. El niño tiene un papel activo en este proceso de irse constituyendo. En este sentido, quisiéramos considerar algunos aspectos de la subjetividad del niño/a que se irán transformando en la relación terapéutica:

- Paso del cierre a la apertura como proceso de confiar en el otro e irse abrien-

do a lo que viene de fuera. Transformar el apego a objetos y sensaciones, con el consecuente aislamiento, en posibilidad de recibir sin sentirse amenazado por lo que debe incorporarse.

- Paso de la resistencia a la aceptación como proceso de confiar en que el otro te va a sostener. Flexibilizar la resistencia, decir “sí” al otro como una puerta a abrir, un umbral que debe cruzarse sin forzar para poder ir más allá de la repetición que encapsula.
- Paso de elegir a acoger como proceso de ir saliendo del autocentramiento que hace que el niño elija siempre la misma opción para protegerse de la realidad cambiante. Poder pasar de estar a la defensiva a recibir, de modo que se pueda producir en el interior del niño la transformación de lo que viene de fuera.

En todo proceso de subjetivarse podemos hablar de una pulsión o posición activa que empuja al niño a hablar y moverse, algo que le impulsa a satisfacerse a través de la palabra y el movimiento (disfrute). La subjetivación del cuerpo y la entrada en la palabra son dos procesos interdependientes a los que dedicaremos especial atención en nuestra intervención terapéutica.

El poder de la palabra

El cuerpo emocional es sensible a las impresiones que entran por los sentidos y con la palabra “tocamos” esta dimensión emocional.

Consideramos que la palabra tiene una carga emocional que puede armonizar o no con el niño que la recibe. Por tanto, en nuestra intervención deberemos considerar:

- Las sensaciones que la palabra provoca en el niño.
 - La falta de capacidad de comprensión del cuerpo emocional, de modo que el niño captará la sensación, pero no podrá mentalizarla.
- Entendemos como parte primordial de la intervención:
- Utilizar la palabra como un recurso para acercar al niño a un estado emocional de bienestar según la intención que orienta nuestra intervención.
 - Poder tomar conciencia del efecto de la palabra en la subjetividad del niño tanto a nivel corporal como emocional.
 - Contemplar la palabra como un aspecto que debe estar en equilibrio con nuestra gestualidad, entonación de voz, mirada y acciones formando un todo desde el que aportar contención al niño.



Nuestra propuesta parte de la experiencia de que cuando el niño deja el objeto autista, los elementos de transición contribuyen a llenar una parte de esa falta no interiorizada, de ese vacío que se genera en ausencia del objeto.

Así pues, acompañaremos al niño/a con palabras que posibiliten emociones conectoras de forma que la palabra no sea un obstáculo sino una posibilidad de bienestar y desarrollo. Verbalizaremos las acciones, las sensaciones que producen los objetos y las emociones surgidas en la relación, intentando poner palabras a lo que quizás está pasando en el interior del niño en relación a lo que ocurre en el exterior.

Buscaremos palabras que resuenen en el niño, que aporten calma, acaricien, acojan y abracen todo lo que el niño/a lleva a la sesión.

La palabra entonada, cantada, susurrada, hablada... pocas palabras y significativas, de modo que la palabra acompañe e invite al niño sin convertirse en demasiado directiva o exigente.

Escuchar y comprender qué nos dice el niño a través del cuerpo

En el trabajo en el ámbito de la comunicación a través del cuerpo y el movimiento partiremos de dos premisas:

- El cuerpo está en estrecha vinculación con la mente y las emociones. Consideramos que el trabajo en el ámbito mental y emocional va a repercutir en el bienestar del cuerpo. Pero también

viceversa, posibilitar que el niño pueda liberar la tensión corporal contribuirá a la disminución de la agitación mental y emocional.

- En un cuerpo no contenido no se puede contener la mente. Cuando hablamos de un cuerpo no contenido nos referimos a un cuerpo que el niño percibe y vive de forma fragmentada y no como una unidad corporal.

Entendemos el trabajo para favorecer la comunicación como el camino de acompañamiento desde la fragmentación a la unidad corporal considerando la construcción del espacio, del propio cuerpo y del límite (oposición dentro/fuera, continente/contenido) para conseguir acercar al niño a una experiencia de totalidad y autoconciencia más allá del disfrute obtenido del propio cuerpo fragmentado.

El niño podrá empezar a acercarse a un estado de quietud mental y corporal a medida que se puede desidentificar de las sensaciones y emociones que se vivencian de forma masiva. Pretendemos facilitar al niño el poder salir de la polaridad con la que se viven las emociones: en un extremo el rechazo a lo no deseado y en el otro extremo el apego al propio deseo, por lo que ambas opciones des-

cartan la incorporación del otro y de lo que viene de fuera.

Otro aspecto a destacar es la construcción de la identidad corporal en el estadio del espejo (6-18 meses) en el que aparece el interés por la propia imagen. La satisfacción del niño se encuentra al anticipar su imagen en el espejo y experimentarse animándola con sus movimientos. La imagen especular devuelve al niño la unificación de la experiencia corporal en una imagen completa propia. La entrada a lo simbólico llegará cuando le podamos poner lenguaje: "Tú eres éste/a que se mira en el espejo", que sería como decir "Yo te reconozco", de modo que el niño podrá vivir la experiencia de existir para al otro como sujeto diferenciado.

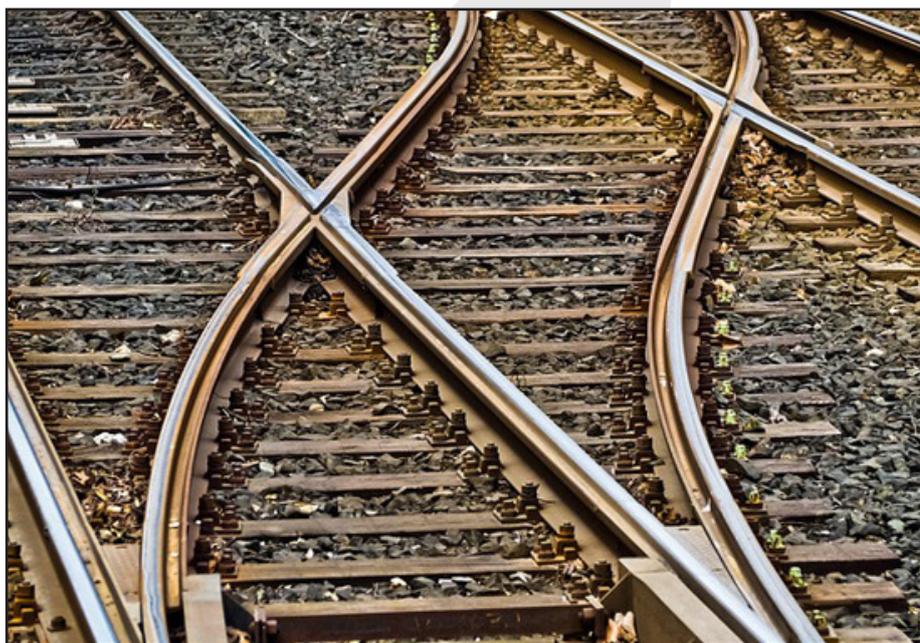
Reflexiones en torno al proceso de diferenciación

Avanzar en el proceso de identificación con el propio cuerpo significa evolucionar en el proceso de diferenciación. Hay que diferenciarse para poder "ver" y "llegar" al otro. La comunicación intencionada será el instrumento que hará posible salvar esta distancia interpersonal (mirada, sonrisa, gesto indicativo, señalamiento de una imagen, gesto espontáneo, pictograma, sonidos, vocalizaciones, palabra...).

En los niños con TEA encontramos que:

- No ha sido posible establecer la distancia con el otro.
- En caso de haberse establecido, puede que no haya por parte del niño la intencionalidad de recorrer esta distancia para llegar al otro.
- Se mantiene en el tiempo el pensamiento de transparencia respecto al adulto como si éste pudiera saber "lo que el niño tiene en la cabeza" (pensamientos, sentimientos, deseos...). Este hecho está en estrecha relación con la prolongación en el tiempo de la dependencia que se experimenta en las primeras etapas de la vida en la que el niño se encuentra alineado con el deseo del adulto experimentándolo como un ser omnipotente.

En estas situaciones, el proceso de diferenciación se verá entorpecido y surgirán dificultades en la aparición de la comunicación y la palabra.



Esta diferenciación gradual permitirá al niño salir del pensamiento de transparencia y verificar que es necesario recorrer la distancia entre él y el otro mediante la comunicación para que el adulto pueda saber "lo que el niño tiene en la cabeza".

La posición de la logopeda en la relación con el niño puede favorecer la diferenciación ya que se convertirá en este “otro” con el que el niño/a deberá alinearse primero para después irse diferenciando de forma progresiva.

Esta diferenciación gradual permitirá al niño salir del pensamiento de transparencia y verificar que es necesario recorrer la distancia entre él y el otro mediante la comunicación para que el adulto pueda saber “lo que el niño tiene en la cabeza”.

En este proceso, el adulto deberá facilitar un espacio en el que el niño/a pueda no ser visible para el otro, donde poder diferenciarse y constatar el propio yo separado del otro. Nos referimos a los juegos de aparecer/desaparecer, esconderse y ser encontrado, primero el adulto y después el niño, gestionando la angustia del niño/a por ser encontrado a tiempo. En segundo lugar, quisiéramos destacar algunos aspectos en el proceso de diferenciación:

- El adulto no tendrá que ofrecerse desde la posición de sujeto omnipotente para posibilitar que el niño pueda sentir la falta (sentimiento de pérdida del objeto de deseo).
- Sentir la falta permitirá que emerja la pulsión y la intencionalidad. El niño empezará a subjetivarse a través de la aparición de la propia iniciativa.
- Posteriormente a la aparición de la iniciativa deberá existir el reclamo hacia el adulto. El niño deberá “hacerse oír”, poder comunicar la propia falta. Así pues, la pulsión de buscar al otro pasa por la experiencia de la falta.
- El adulto tendrá que acoger y “leer” el reclamo del niño que a veces es muy sutil.

Es en este contexto de bidireccionalidad que podremos empezar a hablar de comunicación intencionada.

Reflexiones en torno a la interiorización de la falta

Para diferenciarse, es necesario poder simbolizar la falta en relación al sentimiento de desaparición de sí mismo que puede vivir el niño en ausencia del objeto con la consecuente aparición de angustia masiva. Cuando no se ha producido la in-

teriorización de la falta, la existencia del niño está ligada de algún modo al objeto. Por tanto, necesitará poder verificar su presencia (comprobar que está ahí, poder verlo, tocar...) ya que esto le dará la entidad de existencia.

Cuando el proceso de diferenciación se construye con normalidad, el niño puede separarse del objeto sintiendo que éste no desaparece. Por tanto, él tampoco deja de existir cuando el objeto no está dentro de su campo visual.

En el niño con TEA se producen dificultades en la instauración de la falta, ya que se presenta apego al disfrute obtenido de la relación con el propio cuerpo a través del objeto o forma autista. Por tanto, no se podrá dar un lugar al otro ni a lo que viene de fuera y se manifestarán conductas y actitudes como:

- El niño se posicionará como sujeto omnipotente. Puede ocurrir que cuando se encuentre con el límite que impone lo real, abandone la posición de sujeto omnipotente y se posicione como objeto del otro, por lo que irá oscilando entre estas dos posiciones.
 - En el supuesto de que haya palabra, ésta estará al servicio de la omnipotencia colocando al otro en la posición de objeto (dar órdenes, regular la acción...).
- Por tanto, podemos decir que la comunicación intencionada conlleva:
- La diferenciación del otro: haberse vinculado para poder separarse después.
 - La experiencia de pérdida o falta: poder experimentar la permanencia del objeto en su ausencia. La palabra sería una experiencia de falta ya que las palabras vienen de dentro, salen al exterior y se pierden.

Si estos procesos no se pueden construir de forma adecuada puede ocurrir que:

- La palabra no pueda surgir ya que para su construcción se necesita poner límite a la tira fónica, al disfrute que proporciona la producción ilimitada de sonido desde la intencionalidad del niño de crear una significación.
- El niño sólo pueda hablar en presencia del adulto de referencia ya que el otro se convierte en un “objeto intermediario” que cuando desaparece conlleva que la palabra también desaparezca, que deje de existir.

La construcción de la subjetividad conlleva la movilidad entre oposiciones:

- Aceptar / Incorporar (Sí) Yo
 - No aceptar / Rechazar (No) No Yo
- Si no se ha instaurado la falta, no habrá el espacio necesario para que se produzca esta movilidad entre oposiciones y podrán aparecer actitudes como:
- Imposibilidad de aceptar lo que viene de fuera con una oposición/negación que no se puede flexibilizar de forma que el niño se reitera en el “no” ya sea a nivel verbal o de acción externalizada.
 - Falta de interés por el estímulo externo ignorando todo lo que viene de fuera.

Reflexiones en torno al objeto autista

Así pues, el objeto autista se convierte en un mecanismo protector ante la aparición de ansiedades catastróficas (desaparición, licuación, desmantelamiento...) inhibiéndose la posibilidad de interiorizar la falta y poder diferenciarse.

Nuestra práctica diaria nos lleva a interrogarnos sobre la relación del niño con el objeto autista:

- ¿Cómo conseguir comunicarnos con el niño cuando el objeto no deja lugar a la falta y, por tanto, no se puede incorporar la presencia del otro?
- ¿Qué hacemos con el objeto? ¿Cómo lo tratamos? ¿Qué significado le damos? ¿Lo integramos en nuestra intervención? ¿Intentamos retirarlo?

Nos referiremos a situaciones en las que integrar el objeto en la relación terapéutica dificulta que el niño “pueda ver al otro” ya que la relación adhesiva con el objeto es muy intensa y “lo ocupa todo”. Por tanto, se hace muy difícil poder integrar el objeto autista en la relación terapéutica.

Así pues, si optamos por retirar el objeto deberemos tener muy presente que:

- El niño no tenga la vivencia de sacar/arrancar una parte de sí mismo, incrementándose el sentimiento de pérdida y la ansiedad y produciéndose un mayor apego al objeto, lo que queríamos evitar con su retirada.
- Si el niño no tiene el objeto a la vista, puede producirse una situación de hipervigilancia o represión que también provocará un aumento de la ansiedad y se incrementará el movimiento en la

búsqueda del objeto, así como las emociones aflitivas. El niño puede “quedarse enganchado” a la ausencia del objeto.

¿Y si intentamos retirar el objeto autista y modular su función sustituyéndolo por lo que llamamos “elementos de transición” o “moduladores del disfrute”?

Nuestra propuesta parte de la experiencia de que cuando el niño deja el objeto autista, los elementos de transición contribuyen a llenar una parte de esa falta no interiorizada, de ese vacío que se genera en ausencia del objeto.

Estos elementos, a diferencia del objeto autista, serán gestionados por el adulto de forma intencionada y posibilitarán una forma progresiva y no intrusiva para que el niño empiece a diferenciarse del objeto autista.

¿Cómo intentar modular la función del objeto autista?

En el proceso de modulación del exceso de disfrute proporcionado por el objeto autista será primordial considerar:

- Las cualidades sensoriales de los elementos de transición que ofrecemos al niño.

- La intencionalidad con la que son utilizados en la intervención logopédica.

En relación con las cualidades sensoriales, podemos decir que se trata de objetos que:

- El niño ha podido investir de significado en la relación terapéutica.

- Deben ser facilitadores de la transición para que el niño/a se vaya desapegando progresivamente del objeto autista.

- Para que se conviertan en facilitadores de la transición deben tener alguna cualidad sensorial motivadora en el sentido de que “toquen” algo de “dentro” del niño, de su subjetividad.

En cuanto a la intencionalidad con la que son empleados, podemos decir que:

- No serán utilizados de forma aislada ni aleatoria, sino que formarán parte de un contexto interactivo (con unos tempos y una progresión adecuados) que el niño irá experimentando en sucesivas sesiones.

- Los iremos gestionando a través de nuestra acción intencionada según las necesidades observadas en el niño. A través de ellos intentaremos proporcionar

una sensación de continuidad externa que le ayude a desprenderse del objeto autista.

Puede que no haya mirada, contacto corporal, palabra, comunicación aparente con el niño. Pero siempre estará la relación emocional a través de la que podremos intervenir en la gestión de la ansiedad, utilizando como mediadores los elementos de transición a los que nos estamos refiriendo. De esta forma, iremos estableciendo un diálogo contenedor de emociones.

Además, los elementos de transición posibilitarán que el adulto se mantenga en segundo término en la relación con el niño (proceso de diferenciación) puesto que es el propio objeto de transición el que toma relevancia en la relación. Esto permitirá que, de forma progresiva, el adulto se vaya haciendo visible, pasando de la posición de objeto a la posición de sujeto de forma no invasiva para el niño.

Un aspecto de especial relevancia en este proceso es la regulación del disfrute.

La satisfacción del deseo no debe darse de forma continuada, sino que es necesario establecer una discontinuidad. Así, al igual que es importante proveer de satisfacción, es necesario poner coto al disfrute posibilitando la aparición de un espacio donde sentir la falta.

Los elementos de transición nos ayudarán a modular el disfrute que el niño obtiene en la relación con el objeto autista sin tener que retirarlo de forma repentina, sino intentando que sea el propio niño quien lo acabe dejando.

La calidad motivadora del elemento de transición deberá producir una sensación de bienestar en el niño o niña para facilitar la renuncia al disfrute proporcionado por el objeto autista. Cuando el niño pierde el objeto, también está perdiendo la continuidad en el disfrute, de forma que no permite su retirada, ya que no puede tolerar la discontinuidad en el disfrute obtenido.

En este sentido, es importante que el elemento de transición tenga esa cualidad sensorial motivadora de la que hablábamos. De esta forma, no eliminaremos el disfrute, sino que provocaremos su discontinuidad y su desplazamiento. En este proceso se irá introduciendo

la falta puesto que el niño no obtendrá siempre la misma respuesta en la relación con el objeto.

¿A qué nos referimos al hablar de elementos de transición o moduladores del disfrute?

Hablaremos de los elementos de transición utilizados en las sesiones de trabajo con un niño con TEA en el marco de intervención que hemos ido exponiendo hasta aquí.

● *Movimiento utilizando una tela grande*

De las múltiples funcionalidades que podemos dar a las telas (escondarse, esconder objetos, cubrirse, envolverse, balancearse, arrastrar, disfrazarse, construir o marcar espacios...) nos centraremos en la función de arrastre.

De las cualidades sensoriales y emocionales que el trabajo con las telas puede aportar nos focalizaremos en lo que se refiere al sentimiento de intimidad, seguridad, deseo de protección, confianza en el otro, bienestar, revivir situaciones de ser cuidado, información sensorial recibida del propio cuerpo en contacto con el suelo, transitar por los propios miedos y disfrutar del movimiento con la tela y del placer de sentirse transportado.

Ahora nos detendremos en los aspectos de la subjetividad del niño que queremos modular a través del movimiento con la tela y en cómo hacerlo:

- Observar y comprender la actitud y conducta del niño/a como indicador de qué necesidades existen detrás de las externalizaciones que nos muestra en la sesión (cuerpo físico, mental y emocional).

- Esta comprensión nos llevará a gestionar el movimiento de la tela de forma determinada con el fin de ir compensando (modulando) el exceso de disfrute expresado por el niño a través del movimiento y las acciones desorganizadas.

- Lo haremos desde las posibilidades de modulación que nos ofrece el movimiento de arrastre (lento/rápido, flojo/fuerte, en línea recta/en zigzag, deteniéndonos/iniciando el movimiento...).

- A través del arrastre, guiaremos el movimiento del niño sobre el lienzo de forma que se mantenga una parte de las

sensaciones que el niño/a busca obtener con su propia acción. Pero ahora el movimiento será gestionado por el adulto intentando regular la excitación del niño (corporal, mental y emocional).

- Hay algo de la confianza del niño en el hecho de dejarse llevar sobre la tela. A través de la modalidad de movimiento que ofrecemos (velocidad, direccionalidad, incorporar sobre la tela el objeto autista, intentar que salga fuera de la tela...) estaremos gestionando aspectos emocionales de su subjetividad.

- Para facilitar que el niño se desprenda del objeto autista será necesaria una motivación perceptible a nivel sensorial que le interese más que la excitación obtenida del objeto. Por tanto, deberemos proporcionarle la modalidad de movimiento más adecuada en cada momento.

- La atracción del movimiento sobre la tela conectará al niño con el disfrute obtenido del objeto autista. Pero la fuente de disfrute será progresivamente desplazada del objeto al movimiento con la tela.

- Además, la sensación de ser acunado con el movimiento de deslizamiento sobre el suelo se convertirá en un elemento de contención que puede facilitar desprenderse del objeto de enclavamiento sensorial.

A través del movimiento con la tela, intentaremos entrar en sincronía con el niño como en un diálogo sin palabras que calmará la agitación mental y corporal. Desde este aquietamiento podrán surgir emociones conectoras que reforzarán el vínculo securizador con el niño. Este hecho facilitará que pueda mantenerse alejado del objeto autista durante un período de tiempo quizás cada vez algo más largo.

Poco a poco, podremos ir poniendo palabras a las sensaciones/emociones que provoca en el niño y en nosotros la relación que hemos compartido. Habrá que considerar que la palabra utilizada no entorpezca la comunicación. En este sentido, es importante el espacio que puede dar el silencio, así como el papel que juega la incorporación de la canción como acompañamiento del movimiento con la tela.

● **Canción**

Dará significación y límite al movimiento. También nos ayudará a modular aspectos de la subjetividad del niño:

- La melodía y la modulación de la voz proporcionan bienestar. La sensación de placidez se convertirá en un elemento de contención para que el niño pueda estar

más tiempo sobre la tela disfrutando del movimiento.

- Facilita poder crear un significado que dé continuidad a la acción de arrastre. Esta continuidad externa ayudará a crear en el niño la sensación de continuidad interna que no puede tener.

- Invita al niño a acercarse, a ponerse sobre la tela, a mantenerse, a volver después de haber marchado. Podrá sentirse invitado a ir sin una demanda explícita y directa que a menudo rechazará al sentir la invasiva. La canción le irá recordando la demanda del adulto (ponerse sobre la tela) de forma indirecta sin utilizar el lenguaje declarativo.

● **Logopeda (intención y actitud)**

La experiencia sensorial del niño puede pasar por el adulto de forma que le ayude a autorregularse para ir saliendo del enclave sensorial. Consideramos que la logopeda puede actuar como moduladora del disfrute en la medida en que:

- Comenzará posicionándose como objeto en la relación para progresivamente irse diferenciando e ir pasando a la posición de sujeto. Al inicio, la canción y el movimiento pasarán a primer término en la relación, como si el adulto quedara “detrás” de estos elementos para irse haciendo presente de forma progresiva.

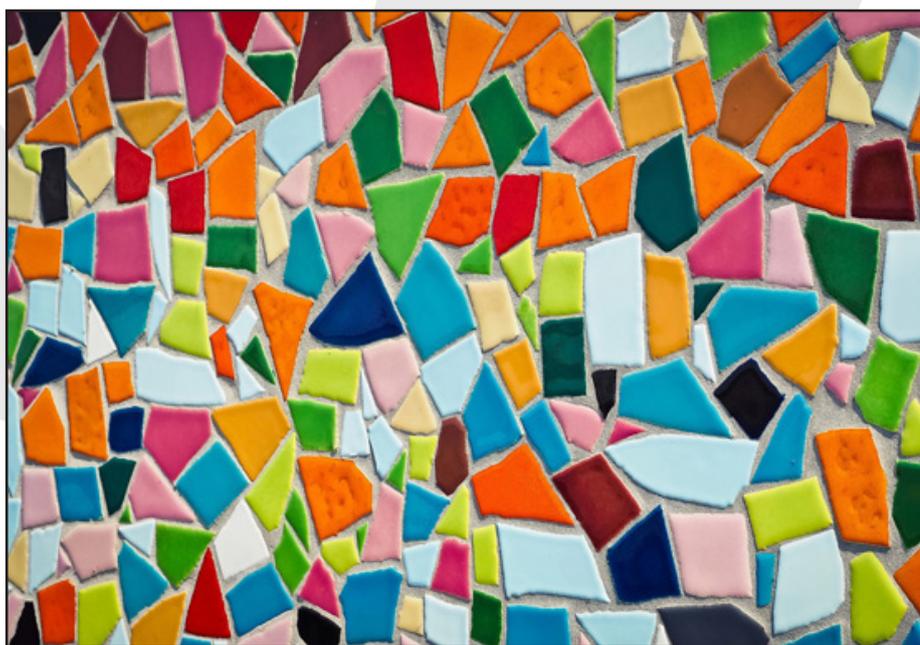
- Intervendrá con la intención de ir regulando las sensaciones que llegan al niño. El adulto lo hará valorando sus necesidades, actuando como una “puerta” entre el “dentro” (la subjetividad del niño) y el “fuera” (las sensaciones externas) de forma que el niño/a las pueda recibir de forma no intrusiva.

- En este proceso de modulación habrá que tener muy presente:

- o Acoger las emociones surgidas en la relación e intentar comprender la necesidad que existe detrás de la emoción expresada (de qué nos está hablando esta emoción).

- o Verificar las necesidades que van surgiendo a través de la observación y la comprensión de la experiencia compartida en ese momento con el niño.

- o Poder sostener la incertidumbre durante todo ese proceso.



La satisfacción del deseo no debe darse de forma continuada, sino que es necesario establecer una discontinuidad. Así, al igual que es importante proveer de satisfacción, es necesario poner coto al disfrute posibilitando la aparición de un espacio donde sentir la falta.

EXPOSICIÓN DE UNA VIÑETA DE TRABAJO

● *Enquadramiento de la sesión*

Sesión de logopedia en un CEE (Centro de Educación Especial) en el espacio del gimnasio utilizando material psicomotriz. Sesiones grupales de 45 minutos con periodicidad semanal (4 alumnos/2 adultos). En algunas sesiones, el trabajo se realiza con 2 alumnos/1 adulto. Nos centraremos en una de estas sesiones y en un alumno al que llamaremos Samuel.

● *Contextualización de la actividad*

La significación de la actividad consiste en “subir al tren” (situarse sobre una tela grande desplegada en el suelo) para desplazarse de un extremo a otro de la sala (límite en el espacio) invitados por una canción (límite en el tiempo).

La tela tendida en el suelo hará de tren y el desplazamiento se realizará con el movimiento de arrastre de la tela sobre el suelo. Empezaremos la actividad moviendo la tela y cantando una canción para invitar a Samuel a “subir al tren”.

Utilizaremos la canción: “Un tren pequeñito que corría, que corría. Un tren pequeñito que corría sin miedo. Quien quiera subir que se apresure, que se apresure. Quien quiera subir que se apresure, que se va. ¡¡Chuu-chuu!!”.

Cuando el niño se haya puesto sobre la tela, diremos: “Preparados, listos... ¡¡¡ya!!!” para iniciar el recorrido. Al finalizarlo, diremos: “¡¡¡Ya hemos llegado!!!”.

La canción será el hilo conductor que dará continuidad al recorrido. Evitaremos un exceso de lenguaje declarativo que puede resultar invasivo.

● *Situación de la que partimos al empezar la actividad*

Samuel está manipulando dos pelotas grandes de psicomotricidad, deslizándolas y trasladándolas por el espacio de la sala. De vez en cuando, las coge y las pone sobre la tela tendida en el suelo, pero enseguida las vuelve a sacar para continuar desplazándolas por el gimnasio. Las utiliza como objeto autista observándose un aumento progresivo del disfrute y del movimiento corporal de forma que la relación con el objeto se vuelve cada vez más adhesiva y excitante.

● *Proceso de modulación*

Cabe decir que llevamos meses trabajando con esta actividad. La intención es facilitar que Samuel se vaya desprendiendo del objeto autista para incorporarse a la propuesta del adulto en la que se utiliza la tela, el movimiento y la canción como elementos moduladores del disfrute.

Intentaremos que Samuel pueda ponerse sobre la tela para realizar el recorrido completo mediante el arrastre. En un primer momento, se incorporará el objeto autista sobre la tela (dos pelotas grandes de psicomotricidad).

Deberemos estar muy alerta al proceso de cómo la atención/motivación de Samuel se va desplazando desde las pelotas de psicomotricidad utilizadas como objeto autista hasta el movimiento de arrastre con la tela.

Iremos regulando el exceso de disfrute para ir apaciguándolo y desplazarlo del objeto autista al movimiento con la tela y la canción.

Según las necesidades observadas, iremos gestionando los parámetros de modulación que se valoren más oportunos en relación a:

- La modalidad de movimiento (velocidad, direccionalidad, incorporar sobre la tela el objeto autista, intentar que el objeto autista salga fuera de la tela...).
- La modulación de la voz en la canción (velocidad al ser cantada, volumen de la voz, cantar la canción con la letra, entonar sólo la melodía, silenciar...).

● *Transcripción de algunos fragmentos de la actividad*

Fragmento 1 (1 minuto 9 segundos):

Samuel está encima de la tela con una pelota grande. Le propongo hacer el tren. Coge la pelota, sale de la tela y se va a deambular por el espacio, **rechaza la propuesta, se distancia**. Le sigo invitando a venir. Él sigue yendo con la pelota por el gimnasio ignorando mi propuesta. **Al cabo de unos minutos, Samuel se detiene, me mira y conecta**. Le pregunto “¿Te ayudo?”. **Samuel me mira de nuevo**. Interpreto su mirada como un “Sí”. Le digo “Te ayudo, Samuel” con la intención de que se ponga sobre la tela. Pero Samuel sigue deambulando con el balón por la sala. **Hemos perdido la conexión**.

Fragmento 2 (57 segundos):

Decido “hacer el tren” con el otro niño que comparte sesión con Samuel con la **intención de que Samuel se sienta invitado a subir al ver a su compañero que también lo hace**. Cuando ve que estoy “ocupada” con el otro niño, Samuel se acerca y pone la mano en el bolsillo de mi pantalón para coger las llaves que abren la puerta de la habitación donde sabe que está guardada otra pelota grande. Antes de que insista en querer coger la llave, vuelvo a invitarle a subir al tren **con la intención de probar si puede ponerse en la tela con el balón**. Lo hago **verbalmente, sin contactar físicamente. Sigo cantando la canción**. Samuel coge la pelota, **se acerca** a un extremo de la tela y **pone la pelota encima**. Empieza a botar la pelota y **la cubre con la tela. Está totalmente centrado en el objeto, pero ahora ya está manipulando la tela**. Sigo cantando la canción.

Fragmento 3 (1 minuto):

Samuel va a buscar otra pelota grande que hay en la sala y **se coloca sobre la tela con las dos pelotas**. En todo momento, tiene que tocarlas, **no puede perder el contacto con ellas**. Va haciendo vocalizaciones que no recojo ni retorno. En un momento de la canción (“Quien quiera subir que se apresure, que se apresure”/ significado de correr), aprovecho que uno de los balones ha salido de la tela y **acelerero la canción y el movimiento con la intención de que Samuel no vaya a buscarla** y se quede encima de la tela sólo con una pelota. Pero Samuel se levanta para ir a buscarla y **vuelve a ponerla sobre la tela**. Continuamos haciendo el tren.

Cuando el tren llega al final del recorrido, Samuel empieza a botar la pelota dispuesto a salir de la tela sin permitir la emoción del encuentro con el otro al final del recorrido. Me coloco delante de él intentando buscar su mirada. Me mira y hace intención de sonreír, pero sigue botando el balón sin conectar con la emoción compartida de la llegada. Sin embargo, hemos podido llegar al final del recorrido.

Fragmento 4 (59 segundos):

Samuel se estira sobre el balón apoyado sobre la barriga disfrutando de la sensa-

ción. Empiezo a cantar la canción para intentar que se acerque. **Parece estar más relajado. Intento que conecte con el momento de iniciar el arrastre** donde siempre decimos “Preparados, listos... ¡¡ya!!”.

Por eso me arriesgo a decir “Samuel, hay que decir: Preparados, listos...” y callo. Samuel baja de la pelota y dice “¡¡Ya!!”, conectando con la propuesta. Empiezo a cantar la canción y **espero quieta sin mover la tela.**

Samuel se queda unos segundos tocando la pelota y después **pone la pelota sobre la tela. La pelota se escapa de la tela.** Yo digo “¡¡Arriba!!”. **Samuel no va a buscar el balón y se estira en la tela.** El tren comienza a andar. Samuel intenta coger el balón. **Gestionando el movimiento con la tela, consigo que no pueda llegar a tocarla. Puede aguantar tumbado sobre la tela hasta el final de la canción y el recorrido.**

Cuando termina la canción, enseguida se vuelve a dirigir hacia la pelota. Sólo ha podido dejar el objeto durante el tiempo que ha durado el recorrido, que esta vez hemos podido realizar sin los balones.

Fragmento 5 (48 segundos):

Después de dirigirse hacia la pelota, **Samuel la puede dejar y, de forma espontánea, vuelve a ponerse sobre la tela.** Digo: “Preparados, listos...”. **Callo. Samuel dice: “¡¡Ya!!”, mirándome de manera clara mientras lo dice.** Empiezo el arrastre. **Pasamos junto a la pelota, acerca la mano como para cogerla, pero no se levanta de la tela. Realiza vocalizaciones. Ahora está tumbado boca arriba y se muestra sosegado y confiado. Puedo cantar la canción entera y podemos realizar el recorrido hasta el final. Cuando digo “¡Ya hemos llegado Samuel!”, me mira y sonrío tranquilo y conectado.**

DISCUSIÓN

Las sensaciones obtenidas en la relación con el objeto proporcionan un estado de continuidad externa que confiere al niño la identidad que no se ha podido configurar. Para poder dar espacio a la entrada del otro en la relación, se necesita interrumpir esta sensación de continuidad proporcionada por el objeto. El niño de-

berá tolerar la discontinuidad para que algo de fuera sea acogido a nivel interno y se pueda dar este espacio a la entrada de lo que viene de fuera. Cuando la identidad es otorgada por el objeto, su retirada será vivida como si se perdiera una parte del propio *self*, de forma que el niño se verá expuesto a una gran vulnerabilidad desde la que no se podrá producir el encuentro con el otro. La progresiva incorporación de los elementos de transición y la pérdida de interés en el objeto autista pueden posibilitar la discontinuidad a la que nos referíamos y facilitar este encuentro.

Samuel puede empezar a establecer reciprocidad con el adulto después de disponer de un tiempo y un espacio donde apaciguar el exceso de disfrute. Durante la sesión, se va produciendo cierta regulación emocional que posibilita la reducción de la impulsividad en la acción. Este “aquietamiento” del disfrute facilita la entrada del otro en la relación.

Consideramos prioritario dar espacio (interno y externo) y tiempo al niño, así como respetar sus ritmos a nivel corporal, mental y emocional integrando los aspectos que vayan surgiendo a lo largo de la sesión.

Acompañaremos al niño con nuestra presencia acogedora, estable, calmada, firme y tierna a la vez, dejando “suficiente distancia” en la relación. Ofreceremos unos límites que permitan al niño descubrir un espacio en el que “poder ser” de forma segura y amorosa.

Pondremos palabras a lo que queremos resignificar, a lo que queremos que el niño “pueda ver”. Cada emoción tiene un nombre, por lo que si no le ponemos nombre difícilmente podremos comprenderla. Pero también consideraremos el riesgo de dar un nombre inadecuado a la emoción observada. Podríamos decir que las palabras surgen, se acercan, nos tocan y pasan... dejando una huella sobre quien las recibe. Utilizaremos palabras que calmen, acompañen, pongan límite... sin olvidar la importancia del silencio y la espera.

Consideraremos la singularidad de cada niño. Intentaremos “tocar” algún aspecto de la motivación para “mover” algo de su subjetividad. Lo haremos con

el objetivo de favorecer el proceso de diferenciación y la interiorización de la falta. La evolución en estos procesos facilitará la aparición de la intencionalidad y el reclamo del otro, aspectos esenciales para que pueda surgir la palabra con intención comunicativa.

Abordaremos la comprensión de la subjetividad del niño de forma multidisciplinar para ir construyendo una mirada abierta que haga posible contrastar las visiones que hemos construido y nos invite a continuar preguntando cómo seguir favoreciendo la singularidad de cada niño. ●

BIBLIOGRAFÍA

Bick, E. (1968). L' experiència de la pell en les relacions d' objecte primerenques. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. X (1-2), 77-81.

Camps, C. (2007). El diàleg tònic y la construcció de la identitat personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, vol. 7/1 (25), 5-30.

Cruz, D. y Villanueva, R. (2020). Importancia del trato en la escuela como factor terapéutico en TEA. *Temas de Psicoanálisis*, 19.

Farrés, N. (2014). Confluència de les vessants educativa i terapèutica per al treball amb infants amb TEA: de l' emoció a la cognició. *Revista de l'ACAP*, 38.

Ferret, T. (2009). De la bidimensionalitat a la tridimensionalitat. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXVI (2), 109-126.

Fieschi, H. (1997). El cos, la representació, el joc. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XIV (2), 83-94.

Grimalt, A. (2021). La importancia del cos en l'elaboració d'ansietats primitives. Aportacions de R. Lombardi. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXXVIII (2), 21-38.

Guàrdia, M. (2015). Molt abans de les paraules!... Un món. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XXXII (1), 139-154.

Maiello, S. (2013). En los orígenes del lenguaje. Aspectos vocales y rítmicos de la relación primaria y su ausencia en los estados autistas. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, 13, 74-105.

Morral, A. (2018). Història d'una nena que jugava a construir-se a si mateixa. Desenvolupament de la identitat corporal d'una nena amb trastorn de l'espectre de l'autisme a través d'una teràpia psicomotriu". *Revista de l'ACAP*, 51.

Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entrelíneas*, 38, 23-30.

Oliva, V. y Viloca, LL. (1992). De l'auto-sensorialitat a la representació simbòlica en el tractament dels nens autistes. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. IX (1-2), 109-121.

Rinos, M. y Bahima, M. (2021). Voz y palabra en el niño autista. *Revista eipea*, 10, 20-27. (Recuperado de www.eipea.com)

Rota, J. (2015). El abordaje psicomotor en el funcionamiento psicótico infantil. *Revista Entrelíneas*, 35, 13-17.

Ruiz, I. (2019). El tractament de la infantesa en l'autisme. En *Jornades d'autisme i atenció precoç: Mirades singulars, abordatges plurals*. Barcelona: ACAP.

Viloca, LL. (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XV (1), 53-60.

Viloca, LL. (1999). De la discontinuïtat a la continuïtat en la relació d'objecte. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol XVI (1), 99-109.

Villanueva, R. (2018). Aspectes a tenir en compte en el tracte de nens amb TEA. Fletxes o vectors de relació. Representació gràfica de diferents maneres d'estar amb els nens amb TEA. *Presentación realizada en el C.E.E. Montserrat Montero*, Granollers.



Descubrir el autismo. Aprendizajes para la creación de un modelo asistencial relacional

– Neus Marí Cardona –

**Maestra. Psicopedagoga.
Dirección de la Unidad de
Neurodesarrollo Synaptia Health
Group. (Barcelona, España)**



INTRODUCCIÓN

Cuando me sugirieron escribir un artículo sobre nuestro modelo asistencial, lo que más me motivó a hacerlo fue poder compartir nuestra experiencia desde

mi mirada y crecimiento como profesional con el fin de poder definir nuestra labor e inquietudes sobre lo que implica el trabajo con los niños con Trastorno del Espectro Autista, sus familias y demás entornos cuidadores, como los centros educativos y el contexto social de los mismos.

Por este motivo, quiero empezar agradeciendo a la revista esta oportunidad, teniendo en cuenta la mirada e ideario que les representa con los cuales nos sentimos muy identificados como proyecto en nuestra labor diaria en la creación de servicios para la atención, evaluación y tratamiento de los niños con Trastorno del Espectro Autista y sus familias. Además, quiero agradecer de una manera especial al Dr. Larbán quien facilitó el contacto con la revista y persona que ha influido notablemente en mi desarrollo profesional y personal. Al Dr. Larbán le debo gran parte de mi saber en el interminable proceso de conocer el funcionamiento y desarrollo del psiquismo temprano y sus desviaciones hacia la psicopatología, especialmente en el autismo y las psicosis infantiles, así como

en las competencias de las funciones del cuidador para favorecer el desarrollo de vínculos y relaciones que promuevan el bienestar psicoafectivo.

Con el presente artículo, quiero compartir aspectos fundamentales que he ido descubriendo, experimentando y aprendiendo sobre el autismo y que han ido conformando nuestra seña de identidad en el desarrollo de nuestro proyecto. Tras una mirada más personal sobre mi práctica terapéutica, expondré quiénes somos y los servicios que ofrecemos en nuestra unidad de Neurodesarrollo del grupo Synaptia, empresa de la cual formo parte desde sus orígenes, que ha ido evolucionando y creciendo en el campo de la pediatría, las neurociencias, la educación y la investigación. Ante la oportunidad de poder formar parte de este proyecto, quiero mencionar a Adrián Trejo, no solo por su labor para poder hacer posible el desarrollo de una estructura en la que experimento el desarrollo de mi rol profesional, sino por todo su apoyo, confianza y acompañamiento en mi crecimiento profesional, ofreciéndome la oportunidad de poder tener al alcance a profesionales de alto nivel asistencial que me permiten crecer y aprender de manera continuada.

SOBRE MI TRABAJO

Soy maestra y psicopedagoga, pero sobre todo soy amante de la infancia y de todo lo que acompaña al neurodesarrollo, el aprendizaje y la crianza. Mi vocación por la enseñanza viene de familia como hija, nieta y sobrina de maestros, pero mi inquietud consciente por atender y acompañar a los niños y niñas que presentan alguna dificultad en su desarrollo o proceso de aprendizaje la fui descubriendo como tutora, en el día a día del aula, transformando mi rol de maestra a terapeuta.

No cabe duda de la importancia del juego, de lo lúdico, de observar sin juzgar y escuchar de manera activa y respetuosa las acciones de un niño o niña para poder acceder y aprender de su mundo interno, de sus emociones y representaciones y, así, si lo precisa, poder atenderle y ofrecer respuestas que se adapten a sus necesidades psicoafectivas. En el contexto real como maestra, mi mirada y atención, aunque era compartida para todos y cada uno de mis alumnos, en algunos se centraba de una manera particular, singular, diferente, porque necesitaban también aspectos de mí particulares, singulares y diferentes, dadas las circunstancias individuales que por causas genéticas, emocionales, cognitivas, familiares o de otra índole afectaban a su adecuado proceso de desarrollo y aprendizaje. Este aspecto ha promovido mi trabajo terapéutico personal, ya que mi instrumento de trabajo era yo y yo debía cuidarme, estar disponible y sin dejarme llevar por las necesidades y emociones del otro para poderle ayudar. Empatizar sí, pero de una manera diferenciada para poder ver con mayor objetividad y sin prejuicios aquellas conductas que me llamaban la atención y que sin una buena comprensión y atención podían afectar al clima del aula, la interacción con los demás o al propio proceso de enseñanza y aprendizaje. Descubrí la importancia del cuidado al cuidador y que atender a un niño implica atender a una familia con sus particularidades, funcionamientos propios e inquietudes. Padres y madres que pueden encontrarse en apuros, en una situación de desconcierto y de preocupación, de proceso de aceptación y duelos constantes ante unas expectativas y proyecciones con relación a sus funciones y a sus hijos que pueden alterar el proceso de crianza y/o de mejora si no se atienden

y comprenden también desde un acompañamiento respetuoso y adaptado a las necesidades de cada una de ellas. Asimismo, aprendí la importancia del apego seguro, de la vinculación, del proceso de mentalización y de la empatía como herramientas esenciales para poder cuidar, enseñar, aprender y mejorar el proceso evolutivo y de aprendizaje de los más pequeños y sus entornos cuidadores.

Siempre he dicho que lo que más me gusta de enseñar es aprender de la experiencia compartida en el día a día al lado de los niños y sus familias. Poder acompañar el desarrollo de cada bebé, niño, adolescente, adulto, aprendiendo lo que implica el trabajo terapéutico en cada uno de los momentos evolutivos de la persona con TEA, necesitando de una atención y cuidado específicos por la vulnerabilidad y fragilidad de estructuras mentales únicas y complejas, por su forma de integrar y entender la información, particularidad en sus intereses y necesidades individuales. El aprendizaje es un proceso dinámico y con conexión constante con el otro y el entorno y sabemos que la relación entre las personas y los contextos en los que se establece esa relación influye notablemente en la

estructuración de nuestra personalidad. Ser consciente de la importancia de estos aspectos hace posible que mi crecimiento como persona y profesional sea constante, así como valorar la responsabilidad que tenemos cualquier adulto que esté al cuidado de los más pequeños, sea madre, padre, abuelo, maestro, etc. y cómo vamos favoreciendo relaciones saludables en los entornos sociales que conforman los contextos cuidadores de la persona con TEA.

Estudí psicopedagogía porque en Magisterio se hablaba de la atención a la diversidad, de los niños con necesidades educativas especiales, de la integración. Pensé que con solo tres años de formación necesitaba más conocimientos sobre el desarrollo del niño. Integrar la parte de desarrollo y sus posibles desviaciones en el proceso de aprendizaje me parecía fascinante, pero requería de mucha más especialización. Descubrí que aprender va más allá de las capacidades cognitivas de la persona, ya que está muy ligado al adecuado desarrollo de las capacidades emocionales y psicoafectivas, las cuales influyen notablemente en el deseo y capacidad de aprender. Aprender sobre el proceso de vinculación y

sobre cómo éste puede desarrollarse de manera saludable o sufrir desviaciones psicopatológicas según su interacción con el entorno cuidador, sin duda estaba relacionado también en mi rol como maestra, entendiendo la escuela como agente promotor no solo del aprendizaje académico sino también como agente promotor de bienestar, de cuidado, de amor y desarrollo. Conocer sobre el desarrollo evolutivo sano no era suficiente, necesitaba saber qué aspectos podían influir de manera notable en el desarrollo del niño independientemente de que hubiera causas genéticas que limitasen su sana evolución. Nuestra función es poner el foco en aquello que podemos cambiar, concibiendo dentro de este modelo que la relación es un factor esencial de cambio y entendiendo el desarrollo desde una perspectiva de la psicología positiva, promoviendo el proceso de mejora desde las capacidades y habilidades de la persona y no desde el déficit. Valorar las competencias y funcionamiento relacional del niño nos permitirá descubrir de qué aspectos podemos beneficiarnos dentro del trabajo relacional para disminuir y cambiar, en la medida de lo posible, la sintomatología limitante de desarrollo. Para la persona con TEA, este es otro reto; ante la coraza de la persona con autismo, por inaccesible que parezca, siempre hay un pequeño agujero, brecha, fisura que te permite poder ver más allá de la defensa anti relación y poder conectar, aunque sea de una manera parcial y transitoria. De la continuidad en esta conexión, en un principio fragmentada, iremos logrando reparar de manera respetuosa y sensible dicha fisura con el fin de establecer un vínculo de confianza y seguridad que, poco a poco, le permita relacionarse con el otro y el entorno de manera significativa para su desarrollo y aprendizaje. Cuanto más aprendes y descubres el valor que tiene cuidar y educar, vas haciendo más consciente la complejidad del desarrollo humano y de lo importante que es poder conocer bien a cada individuo, su historia, su proceso de evolución. Descubrí que la educación y la salud no eran aspectos separados, implicaba una comprensión integradora que implicaba también una intervención



De ahí que el juego de maternaje que favorezca el diálogo tónico-postural y la sintonía psicoafectiva va a ser primordial en el juego. La propiocepción, el movimiento, la voz, la mirada se irán entrelazando para poder promover la integración de experiencias relacionales de manera significativa.

y abordaje integrador, precisando de una red de recursos profesionales especializados unificados en un lugar, en un espacio que promueva la atención y el cuidado a través de un referente constante que pueda dar continuidad y unión a cada respuesta profesional para entender de manera integral a la persona.

Estar abierto a aprender hace que surjan situaciones y se crucen personas en tu vida que sin duda van marcando tu forma de percibir, sentir, pensar y hacer, afrontando retos, conflictos, problemas y a la vez disfrutando de estos encuentros que nos permiten aprender de la experiencia compartida. Esto implica un ejercicio de humildad y de conocimiento personal sobre nuestros propios límites, de nuestras capacidades y habilidades, de reconocimiento de nuestras debilidades y de cómo todos estos aspectos influyen en nuestra práctica profesional. He aprendido que no podemos disociar nuestro ser personal y profesional, sino que aprender implica poder integrar, incorporar y hacerse propio el conocimiento para poder tener una voz propia que nos identifique. Velar por un trabajo responsable y excelente no implica hacerlo siempre bien, sino saber pedir ayuda al compañero o compañera, tener capacidad autocrítica y cuestionarse en cada acción educativa o terapéutica qué más podría haber hecho para este caso o situación en particular.

Qué sencillo parece aprender cuando todo está configurado para que así sea. Aprender en el niño con TEA implica pasar por retos constantes dada la fragilidad que presenta su proceso de estructuración psíquica, limitada por constantes interrupciones que no le permiten integrar, comprender y aprender, en diferentes grados de gravedad, de la experiencia relacional compartida. Comparto esta reflexión porque en el tratamiento con el niño con TEA hay un trabajo específico en el proceso, como yo lo llamo, de construcción de sí mismo. Me imagino cómo en el proceso de desarrollo cerebral del niño, diseñado y programado para poder entrar en contacto y relación con su cuidador y su entorno, surgen fallas que están obstaculizando este proceso de interacción saludable. Como le digo

a las familias, nuestra función es poder ir desgranando de una manera minuciosa y sensible cada uno de los elementos que implican ese proceso de vinculación y estructuración psíquica, cómo ayudar a organizar y reorganizar esa máquina de pensar propia, individual y diferenciada teniendo en cuenta las particularidades y desviaciones que presenta la persona con defensas de tipo autista. En mi trabajo, es fundamental el ejercicio de identificar, separar, diferenciar, organizar, dar sentido, representar de forma constante y sensible con el fin de disminuir el sentimiento de angustia y vacío que implica la falta de conciencia de ser en relación a sí mismo, a los demás y al entorno. Cuanto más elevada es la gravedad de la sintomatología, mayor esfuerzo implica este trabajo. La satisfacción se da cuando, en una sesión, el momento de juego relacional se desarrolla experimentando el deseado disfrute compartido de una manera aparentemente espontánea. De repente, surgen miradas con valor comunicativo, gestos que implican intercambio, reciprocidad y deseo de compartir, objetos que representan o ausencia de estos porque el lenguaje ya empieza a cobrar sentido. Estos cambios en el juego nos permiten ir valorando una progresión en las capacidades intersubjetivas como marcador positivo en el proceso evolutivo.

Descubrir el autismo fue un antes y un después para mí. Siempre tengo la imagen del primer día que me atreví a poder observar a un grupo de niños y niñas con autismo en un taller que se llevaba a cabo en una asociación de familiares de personas con enfermedad mental de mi isla natal, Ibiza. Digo atreví porque me parecía un gran reto poder llevar a cabo el taller de música que me proponían desde hacía tiempo con personas con autismo. Necesité muchos meses para decidirme debido a mi inexperiencia y por la responsabilidad que suponía asumir dicho taller, pero no tardé más de cinco minutos en sentir que lo que estaba experimentando ese primer día iba a ser importante en mi carrera profesional. Lo primero que hice fue quitarme los zapatos. Como para todos los que estábamos allí, era la rutina antes de empezar la sesión de juego. Interpreté que quitárme-

los suponía la oportunidad de ponerme el calzado invisible que me permitía estar en ese lugar y en ese momento, entrar en ese mundo desconocido para mí que me despertaba tanta curiosidad y respeto a la vez. Me dejé llevar, fluí con lo que yo tenía y eso me daba seguridad: sensibilidad, ganas de aprender y compañía de profesionales especializados que me ayudarían a entender lo que tuviera que entender.

Por mi experiencia personal, intuía que el hecho de poder expresar los estados emocionales a través de la música, sin decir ni palabra, sin duda podría ser una herramienta muy valiosa para trabajar con personas que, por su condición y dificultad para entrar en comunicación y contacto con el otro, carecían de lenguaje verbal. Así empezó mi trabajo y desarrollo profesional como musicoterapeuta. En la práctica como maestra, cuidadora, terapeuta, me fui dando cuenta que lo importante no es lo que haces, sino el sentido que tiene lo que haces en tu proceso de desarrollo, aprendizaje y crecimiento. Si no es la música, es cualquier objeto, movimiento, o acción que parta del niño o niña con TEA como elemento de relación. El reto ante elementos que están presentes, pero sin un contenido simbólico que les represente como medio de interacción o de juego, era ser capaz de poder transformar ese objeto, sin un sentido compartido, en momentos de sincronía, contacto, disfrute y función relacional. De ahí me remito a la importancia de desarrollar y comprender las funciones parentales como base fundamental del desarrollo de la persona. Funciones materna y paterna como forma de empatizar favoreciendo el desarrollo de las capacidades intersubjetivas, dando sentido y respuesta a las necesidades fisiológicas y psicoafectivas necesarias para poder crear un vínculo de seguridad. Pasar de un estado de simbiosis y fusión a crear espacios y objetos transicionales que permiten la separación y la diferenciación y una exploración más allá de esta relación dual que nos permita acceder al mundo social. La importancia de la función simbólica ligada a estos procesos de representación del objeto cuidador. Cómo hacer presente lo ausente, la

conciencia de sí mismo y del otro. Conseguir una ansiedad de separación saludable, tanto en la percepción de la falta como en la aceptación y regulación de esta, gracias al acceso a representaciones mentales que irán favoreciendo la organización del pensamiento y el desarrollo del lenguaje.

Desde mi práctica, he experimentado momentos y situaciones que me han permitido comprender, gracias al acompañamiento y trabajo supervisado y conjunto con el equipo, estados corporales y psicoafectivos proyectados por la persona con TEA que manifestaban sentimientos de angustia importante en el proceso de separación y diferenciación, siendo un elemento fundamental en la intervención. Según cómo se va configurando este proceso, la evolución del funcionamiento autista experimenta cambios que van desde estructuras muy deficitarias a formas clínicas que permiten el desarrollo de las capacidades básicas para el desarrollo de la personalidad, precisando en cualquier caso de un entorno sensible que procure interacciones que faciliten su evolución y bienestar. En este sentido, es muy importante tener un conocimiento del autismo más allá de la sintomatología y los criterios diagnósticos, valorando los aspectos estructurales que van conformando el desarrollo psíquico y conformando las bases de la personalidad para ajustar la intervención a cada paciente.

En mi práctica profesional, he ido desarrollando estrategias de intervención basadas en la capacidad de maternaje, el juego y la integración sensorial comprendiendo las dificultades en estas áreas en cada una de las evoluciones clínicas del funcionamiento autista y cómo influyen en su capacidad de interacción con el entorno, con los demás y en el desarrollo de sus capacidades adaptativas. Para ello, es fundamental que el adulto cuidador pueda dedicar un tiempo a prestar atención, sentir y experimentar en el aquí y ahora las sensaciones y respuestas corporales propias, desarrollando nuestra capacidad de mentalización y autorregulación en nuestra labor de cuidar, sobre todo cuando atendemos a niños y niñas con autismo. Nuestro cuerpo y nuestras emociones y cómo estos factores van a

poder estar presentes en la relación con un otro con dificultades para poder entrar en sintonía relacional, así como con sentimientos de angustia y estrés y/o ansiedad constantes, en mayor o menor medida, son un elemento importante en nuestro trabajo. La intervención desde lo sensoriomotriz, el diálogo y la danza que se establece desde lo corporal y lo sensitivo nos irá marcando esta forma de conexión y desconexión tan presente en el autismo, siendo nuestra función el poder ir regulando la cantidad de estímulos que permitan ir integrando experiencias percibidas como invasivas, negativas o anti-relación, en experiencias relacionales saludables que favorezcan el desarrollo de las capacidades intersubjetivas necesarias para el proceso evolutivo.

PINCELADAS DE LA INTERVENCIÓN A PARTIR DEL JUEGO

Hablar de niños es hablar de juego y el juego es un bien y un derecho que todos los niños y niñas deben poder experimentar siendo un factor de salud y bienestar, con lo que la forma de jugar y explorar los objetos y el entorno también va a ser fundamental en el trabajo con la persona con TEA. En función del momento evolutivo y el funcionamiento, el juego irá pasando por diferentes fases, siendo fundamental organizar las dinámicas que favorezcan la consciencia de sí mismo y del otro, el proceso de diferenciación y separación, la capacidad de representación y simbolización, el juego imaginativo, etc.

Como mencionaba anteriormente, un factor fundamental es la capacidad de vinculación. El espacio se va creando de manera conjunta permitiendo la exploración, el movimiento y el descubrimiento, favoreciendo encuentros agradables y deseados, así como desencuentros que deberán ser percibidos, escuchados y reparados. Es importante que el terapeuta esté atento a percibir y dar sentido a una forma de expresión sin voz, confusa o sin orden. A poder regular los momentos de interacción con los momentos de aislamiento. Poner en palabras aquello que el niño ve, escucha, puede estar sintiendo, ayudando a conectar y percibir estímulos

que parecen inconexos y que carecen de una comprensión compartida. Muchas veces entramos desde una interacción no verbal haciendo más hincapié en la conexión y comunicación sensoriomotriz. Escuchar desde el sentir y poner en palabras para compartir lo que nos hacen saber las acciones del niño o niña con TEA es un posicionamiento constante y muy valioso en el proceso terapéutico y en el cuidado y atención a estos niños. Ofrecer un espacio de seguridad, donde los límites se van descubriendo y haciendo conscientes cuando pueden ser percibidos de manera saludable. La contención de la frustración y la capacidad de reparar momentos de angustia serán posibles cuando el vínculo de seguridad se va construyendo de manera saludable. Esto implica un adulto accesible, capaz de sostener sin juzgar y de contener sin miedo cuando se experimentan dichos momentos de angustia, frustración o agresividad al experimentar cambios en el proceso no solo con el niño, sino también con la familia. A su vez, es importante el sostén del profesional o cuidador por parte del entorno, siendo necesario tener una red de cuidados que permitan ir elaborando y modulando la carga emocional que implica el trabajo y cuidado de las personas con trastornos mentales graves.

El juego psicomotriz será muy importante en la intervención, sobre todo teniendo en cuenta las dificultades en la integración sensorial y la falta de conexión mente-cuerpo que se manifiesta por esta falta de reconocimiento de sí mismo en el niño con TEA. De ahí que el juego de maternaje que favorezca el diálogo tónico-postural y la sintonía psicoafectiva va a ser primordial en el juego. La propiocepción, el movimiento, la voz, la mirada se irán entrelazando para poder promover la integración de experiencias relacionales de manera significativa.

El espacio libre de juego puede ser muy angustiante para el niño con TEA entrando en momentos de acciones repetitivas, movimientos sin una intención lúdica ni comunicativa, observando una elevación de ansiedad o estados de desconexión con el entorno que limitan la interacción y el disfrute de la experiencia compartida. Ante esta situación, el deseo



Aprender en el niño con TEA implica pasar por retos constantes dada la fragilidad que presenta su proceso de estructuración psíquica, limitada por constantes interrupciones que no le permiten integrar, comprender y aprender, en diferentes grados de gravedad, de la experiencia relacional compartida.

del cuidador puede ser el de limitar estas conductas sin tener en cuenta lo que significan para el niño. Nuestro trabajo será observar y respetar dichas conductas, las cuales forman parte del paciente. Reconocerlas es reconocerle a él o a ella, aspecto fundamental en el tratamiento terapéutico. Transformar estas formas defensivas en momentos de encuentro que cada vez pueden ser más sostenidos y durables en el tiempo promoviendo el bienestar. Imitar, poner en palabras, hacer descripciones lúdicas, repetir, dar sentido, disfrutar...

A partir de este juego más mimético y repetitivo, buscamos esa conexión y momentos de disfrute que favorecerán la incorporación de variantes, factores sorpresa, diferencias que poco a poco van a poder ser tolerables y reconocidas. En este momento, hay una mayor tolerancia en la reciprocidad en el juego, aumenta la atención conjunta y una mayor intención de comunicar al otro. En esta fase del juego, valoro el juego como una danza que se establece entre la proximidad y la distancia, donde la ausencia empieza a ser percibida y que el juego de buscar o ser buscado empieza a tener una función lúdica y representativa importante.

La presencia del otro y el acompañamiento en los momentos de juego son aspectos muy importantes para poder favorecer cambios significativos. En muchos casos, las propuestas del otro pueden verse rechazadas debido a esas dificultades para poder integrar de manera saludable lo que viene de fuera. Aquí las palabras del adulto y el juego en paralelo, acompañados con nuestras acciones, pero sin ser invasivos, van a poder ser toleradas gracias a ese sostén. El niño con TEA suele investir al otro de manera parcial, fragmentada. Mirada periférica que nos va teniendo en cuenta y que, poco a poco, se transformará en una mirada conjunta y de encuentro. En otros casos, el juego se convierte en un mimetismo que de la misma manera implica un no ser o un no estar con el otro, sino un ser y estar a través del otro. Experimentas un estado fusional y, en ese *somos uno*, valoro la importancia de trabajar desde el espejo, el cuerpo, el contacto, el movimiento, la propiocepción y los sentidos. Tenemos conexión, pero no hay reciprocidad, no hay diferenciación. Estamos en un punto de partida para reorganizar a nivel psicoafectivo el proceso de vinculación, experimentar y facilitar, en la medi-

da que se pueda, un proceso de diferenciación y separación saludable.

Hablar del juego y sus posibilidades terapéuticas es un tema extenso, a pesar de lo cual he dejado expuestos algunos aspectos que sin duda marcan la intervención. Para concluir, me gustaría señalar la importancia de no caer en formas muy instrumentales de intervención, poniendo el foco en las posibilidades del niño con TEA de hacer cambios internos significativos cuando se encuentra con entornos cuidadores sensibles que comprenden su funcionamiento y necesidades. Por otro lado, apuntar que las sesiones de juego se deben realizar siempre con la familia, favoreciendo modelos interactivos que promuevan la relación y el disfrute compartido con los padres. A su vez, es muy importante ir elaborando y compartiendo con ellos lo que vamos entendiendo, realizando intervenciones que les ayuden a entender, comprender y reorganizar formas más saludables de interacción que promuevan el bienestar y desarrollo siendo nuestro fin crear espacios de confianza y seguridad para poder ofrecer respuestas terapéuticas adaptadas a cada caso y momento evolutivo.

LOS ASPECTOS SOCIALES: FAMILIA Y ESCUELA

El trabajo terapéutico con la familia como agente principal del proceso de socialización es fundamental en la intervención con el niño con TEA. Acompañar, ayudar a entender y aceptar lo que implica el diagnóstico es una función básica para favorecer un desarrollo lo más saludable posible. Muchas veces, lo que implica el contexto social para una familia que tiene un hijo o hija con TEA conlleva también una barrera a la hora de integrarse o interactuar con otras familias. En este sentido, a veces podemos observar cómo a la salida de la escuela las familias experimentan angustia y tristeza al ver que mientras otros niños se encuentran en el patio, en la plaza o en el parque disfrutando del juego y de estar juntos, ellos necesitan marcharse para evitar ver a su hijo corriendo sin sentido o con una angustia que se manifiesta con alteraciones de conducta que les hacen sentir ver-

güenza o desesperación. Como resultado de estos estados emocionales, surge el aislamiento, la falta de conversación con las familias de los compañeros, es decir, lo social termina dentro del recinto escolar. En nuestro trabajo, el hecho de poder cambiar este aspecto es importante, siendo fundamental la coordinación familia-terapeuta-escuela para poder fomentar la integración social y el cuidado de este aspecto en la medida de lo posible fuera del colegio.

El cuidado social del niño con TEA implica también el cuidado a los agentes socializadores del mismo, es decir, familia, escuela, grupo de amigos. Para ello, es fundamental el trabajo conjunto y promover grupos de encuentro con otras familias, espacios de juego con hermanos, incluso con amigos y compañeros del colegio que promuevan el cuidado y la integración social.

En cuanto al grupo de hermanos, quiero hacer una mención especial, dado que es muy importante su atención dentro del proceso terapéutico con la familia. Son niños que experimentan y sufren situaciones complejas en un contexto donde sus cuidadores referentes prodigan una atención específica e intensa al niño con TEA; por eso, dentro del trabajo que se propone, se realizan encuentros y sesiones específicas individuales o en grupo en las que se pueda expresar y elaborar lo que es para ellos tener un hermano/a con TEA.

PARA TERMINAR: CONSIDERACIONES DEL PROYECTO SYNAPTIA

Nuestro modelo asistencial en la valoración y tratamiento del niño o niña con TEA y su familia surge hace más de diez años con la inquietud y deseo de personas con conocimientos de diferentes disciplinas que se unen con un único propósito: tener una comprensión integral sobre la persona con autismo y poder ofrecer una valoración y tratamiento individualizados que den respuesta a las necesidades particulares de cada niño/a y su familia. En nuestros inicios, el proyecto se empieza a desarrollar en Ibiza, pero desde hace 7 años ofrecemos nuestros servicios en Barcelona y, actualmente, también en Madrid.

Para ello, ha sido necesario ir configurando un equipo multidisciplinar de profesionales para poder ir dando respuestas a la diversa sintomatología que presentan las personas con Trastorno del Espectro Autista, pudiendo realizar en un mismo servicio las derivaciones necesarias para adecuar la intervención a las necesidades de cada paciente. A continuación, exponemos los servicios médicos y terapéuticos de los que disponemos para la atención en la salud física y mental.

Servicios médicos:

- Pediatría y Neuropediatría
- Psiquiatría infanto-juvenil
- Genética
- Especialidades pediátricas en gastroenterología, alergología, etc.
- Nutrición
- Foniatría

Servicios terapéuticos:

- Psicología
- Psicopedagogía
- Logopedia
- Neuropsicología
- Fisioterapia pediátrica
- Psicomotricidad
- Terapia ocupacional
- Unidad específica de trastornos del aprendizaje
- Grupos terapéuticos: psicomotricidad relacional, habilidades de juego e interacción social, arteterapia, musicoterapia, intervención grupal sobre la comprensión de los TEA para niños, adolescentes y familias

Procedimiento de intervención

Primera visita de orientación. Esta visita nos permite poder analizar el motivo de consulta, acoger las necesidades y preocupaciones de la familia y establecer un plan de intervención que se adecue a las necesidades de cada caso. Tras esta consulta, se realizarán las derivaciones correspondientes, asegurando el seguimiento de un profesional de referencia que acompañará y dará continuidad al proceso dentro de nuestro servicio.

Proceso de valoración diagnóstica. Se establece realizar un proceso de valoración cuyos encuentros variarán según

el momento evolutivo y las necesidades del paciente y su familia. En este proceso es importante conocer el funcionamiento del niño o niña, su historia clínica y evolutiva, los procesos de vinculación y el análisis del sistema defensivo que ha ido desarrollando el paciente. Para ello es importante el trabajo con el niño, así como conocer el funcionamiento con la familia y la escuela en el caso de estar escolarizados. La evaluación pretende recoger toda la información posible sobre las capacidades cognitivas y personales del paciente, usando tanto pruebas psicométricas y estandarizadas como el análisis de la capacidad de juego, interacción y conducta. A su vez, cuando sea posible y necesario, se realizarán valoraciones neuropsicológicas que permitan conocer posibles dificultades de aprendizaje y complementar el trabajo relacional y social con la reeducación y el trabajo escolar.

Visita de devolución de informe. Esta visita es fundamental para poder exponer a la familia el análisis de la información obtenida en el proceso de evaluación, así como poder acompañar en el proceso de comprensión y aceptación del diagnóstico. En nuestra opinión, es fundamental valorar el estado de la familia para poder ir elaborando el diagnóstico de manera conjunta, siendo básica su aceptación para favorecer el proceso de mejora e integración social.

Indicación de tratamiento. Si el paciente no ha sido derivado de manera directa por el pediatra o neuropediatra, tras la valoración o durante el mismo proceso se indica realizar una visita de valoración por parte de un neuropediatra de referencia que llevará el seguimiento del proceso evolutivo. Si es necesario, también se derivará a psiquiatría para realizar un abordaje más específico ante posibles comorbilidades relacionadas con la salud mental en el TEA que puedan influir en el bienestar y control conductual del paciente. En función del proceso evolutivo y las necesidades del paciente, el tratamiento se puede realizar en coordinación desde psicología con otra especialidad terapéutica (logopedia, psicomotricidad...).

Control y seguimiento evolutivo. La familia y el niño recibirán un seguimiento evolutivo por parte de la dirección del servicio para poder ir evaluando la progresión según el proceso terapéutico indicado, realizando las modificaciones que se consideren necesarias para ir ajustando la intervención terapéutica a las necesidades del paciente y su familia. Además, se irán realizando los controles médicos según su indicación y/o necesidades específicas que se den durante el proceso.

Coordinación con los centros escolares u otros servicios externos. La coordinación con la escuela u otros entornos de cuidado o trabajo terapéutico del niño serán fundamentales para poder unificar una mirada compartida que vaya dando respuestas complementarias y adecuadas a las necesidades propias de cada contexto para la mejora del paciente, alumno, compañero, amigo en dicho contexto en particular y en su desarrollo personal y adaptativo en general. Además, el asesoramiento profesional hacia los cuidadores y maestros es fundamental para poder acompañar en el proceso de formación y cuidado necesario para poder hacer intervenciones adecuadas y específicas a cada caso.

El trabajo con la familia. La intervención siempre se va a considerar de manera conjunta con la familia y en coordinación con los demás contextos donde se desarrolla el niño.

Principios del Modelo

- Atención psicoterapéutica basada en la relación y el vínculo como medio favorecedor del cambio y del aprendizaje.
- Las dificultades se comprenden dentro de un proceso evolutivo cambiante, donde la relación implica cambios significativos en la estructuración psíquica que favorezcan evoluciones del funcionamiento autista cada vez más saludables en la organización de la personalidad del paciente.
- Comprensión integral de la persona que implica la coordinación e integración de las medidas

médicas, psicoterapéuticas y pedagógicas para ofrecer respuestas personalizadas y adaptadas a cada caso y favorecer su autonomía.

- **Intervención conjunta con la familia.** Las dificultades deben entenderse dentro del contexto relacional del niño/a siendo importante comprender el desarrollo del vínculo, la comunicación y la interacción entre los cuidadores primarios y sus hijos/as.
- **Evaluación y seguimiento en el área médica, psicológica y neuropsicológica** que nos permita dar respuestas adaptadas a las necesidades particulares de cada caso en la intervención y tratamiento en los diferentes ámbitos del desarrollo.
- **Acompañamiento familiar y a hermanos y hermanas** para promover factores de salud y atender aspectos sociales particulares de cada caso.
- **Seguimiento y asesoramiento escolar** para poder ofrecer estrategias terapéutico-educativas que promuevan la integración social y la adaptación escolar.

Nuestro compromiso

Lo más importante del modelo es la capacidad empática y la mirada sensible y cuidadosa hacia el niño y su familia. El profesional que mira con amor, cariño, sin juzgar lo que ve, atendiendo a lo que siente y lo que va entendiendo de la relación con el niño y la familia para poder favorecer la interacción y la comunicación con el otro. Observar y sentir, sentir para conectar, conectar para disfrutar, disfrutar para conocer y conocer para ayudar.

Tras este proceso de vinculación, lo importante es saber cómo vamos a estimular, reparar y favorecer el desarrollo de las habilidades y capacidades personales y cognitivas necesarias para su crecimiento, aprendizaje y autonomía. No basta con la observación, la relación implica un proceso dinámico donde se van a realizar cambios en función de nuestra intervención. Vamos a tejer una red de cuidados que se manifiestan a partir de

una planificación de objetivos, unos objetivos de intervención en cada uno de los contextos de desarrollo del niño y su familia, que serán la guía para poder hacer un seguimiento y adaptarnos a las necesidades evolutivas durante el proceso de intervención.

La responsabilidad, la humildad y la excelencia. Un modelo que exige que en cada acción terapéutica nos preguntemos qué más podríamos haber hecho. Cuestionarnos nos hace aprender de cada familia, de cada paciente. Ser humildes en cuanto a que no tenemos todo el saber, pero contamos con una estructura profesional que puede ayudarnos a solventar las inquietudes y necesidades que nos permitan avanzar y seguir ayudando en el proceso terapéutico.

La seguridad de una estructura y un equipo multidisciplinar. El modelo trabaja para ir creando estructuras profesionalizadas de especialidades médicas y terapéuticas que ayuden en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Desde los avances de las neurociencias, la genética y la comprensión psicopatológica del autismo nos permiten ofrecer tratamientos individualizados y personalizados, haciendo hincapié en la calidad relacional y el acompañamiento a la familia y al niño en los diferentes contextos en los que se desarrolla.

El trabajo personal. Como hemos mencionado, en el modelo es importante que el terapeuta disponga de su análisis personal como medida de cuidado y a la vez de conocimiento de sus capacidades personales y psicoafectivas tan necesarias para su rol profesional.

La formación y la supervisión continuada. Es importante para el equipo contar con encuentros entre profesionales para poder supervisar e ir realizando una formación continuada desde profesionales del propio servicio a supervisores externos que nos ayuden a desarrollar, pensar y reflexionar sobre las estrategias de intervención más adecuadas en cada caso.

NUESTRA APORTACIÓN A LA EDUCACIÓN INFANTIL

Nuestro servicio cuenta con el Proyecto Olorien, un proyecto educativo que

estamos desarrollando en tres centros infantiles de Barcelona en la etapa de 0 a 3 años, cuya mirada y cuidado parte de nuestra metodología relacional, el acompañamiento al proceso de crianza y al diseño de un programa terapéutico-educativo que nos permita atender de manera especializada y sensible a niños y niñas que presenten alguna dificultad en su desarrollo. Partiendo de la idea de que nunca es demasiado pronto para intervenir y la importancia de la detección precoz de signos de alarma que puedan limitar el proceso evolutivo y el bienestar de los más pequeños, estamos ante un proyecto que esperamos poder disfrutar y consolidar, valorando que el papel de la escuela en edades tempranas es una necesidad social y se precisan de espacios comprometidos con el bienestar emocional en una etapa primordial del desarrollo en el niño. ●

BIBLIOGRAFÍA

Larbán, J. (2008). Guía para la prevención y detección precoz del funcionamiento autista en el niño/a, en su primer año de vida. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 45/46.

Larbán, J. (2012). *Vivir con el autismo, una experiencia relacional*. Barcelona: Octaedro.

Larbán, J. (2016). Hacia una concepción integradora del autismo. *Psicopatología y salud mental*, 17.

Larbán, J. (2022). Evolución clínica del funcionamiento autista en el niño. *Revista de psicoterapia psicoanalítica relacional INDE, Nº 5- Psicopatología en la infancia y la adolescencia*.

Lecannelier, A. F. (2019). *AMAR – Atención – Mentalización – Automentalización – Regulación. Modelo de intervención en infantes de 0 a 6 años*. Madrid: Prismática.

Manzano, J. (2010). El espectro del autismo hoy: un modelo relacional. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 50.

Torras de Beà, E. (2006). El trastorno autista: una perspectiva actual. *Psicopatología y salud mental*, 8.

Torras de Beà, E. (2016). Entrevista a Eulàlia Torras de Beà. *Temas de psicoanálisis*, 6.

Winnicott, D. W. (2009). *Realidad y juego*. Gedisa.

“Clínica del significado. El vértice Bion/Meltzer”¹

Carlos Tabbia

Argentina (2021). Ed. Asociación Psicoanalítica Argentina

– Maria Cristina Betrian i Piquet –

Psicoanalista (SEP-IPA). Psicóloga clínica. Psicoterapeuta. Miembro de l'ACPP. (Barcelona, España)



El libro que aquí reseñamos nos presenta de entrada una imagen, un óleo de Remedios Varo, “Mujer saliendo del psicoanalista”. Una bella y simbólica representación del resultado de un proceso psíquico, el de alguien que ha pasado por una experiencia psicoanalítica de la que sale transformado y se deshace con una mano de lo que en otro tiempo formó parte de ella y ya no le vale, mientras que con la otra mano sostiene una cesta con las herramientas que ha seleccionado para continuar su vivir.

En sus cuatrocientas cuarenta y dos páginas, Carlos Tabbia nos entrega un libro que, inspirado en el poema de Konstantino Kavafis, “Viaje a Ítaca”, una de las muchas metáforas que nos acompañarán en la lectura, nos da la oportunidad de visitar o revisitar muchos puertos de la clínica psicoanalítica. El autor nos ofrece un viaje por temas de amplio alcance, presentados en capítulos, buena parte de los cuales fueron escritos y publicados en diferentes momentos, temas muy atrayentes para los que hacemos del interés por la psique nuestro oficio, como pueden ser los siguientes:

Estructura de la personalidad, realidad psíquica, negación de la realidad psíquica, diferentes tipos de identificación, identidad, inmadurez, oposición a la situación analítica, percepción, pensamiento, significado, génesis del significado, intimidad, elementos para una nosología postkleiniana, el destino de la preconcepción, vértice, imaginación, intuición, estados de la mente, aislamiento, aburrimiento del adolescente y del analista, fanatismo, bondad apasionada, atmósfera, sobre el amor, escribir con el cuerpo, temor a la introyección y a la locura, manipular con la pasividad, labor del psicoanalista, el analista frente a funcionamientos protomentales, los valores, fe, creencias, intuición... y otros.

En cada puerto se nos invita a pensar. Pensar en torno a la clínica, pensar conceptos teóricos psicoanalíticos y recursos técnicos en la línea de Freud, Klein, Bion, Meltzer, “Los cuatro jinetes del descubrimiento de la vida mental”, como los llama Tabbia, todo ello acompañado y potenciado por múltiples referentes culturales *ad hoc* pertenecientes a distintos campos de la experiencia y del saber humano.

El libro trata de la labor del psicoanalista que “se encuentra ante la ingente tarea de hacer surgir un sujeto pensante y libre” y el propósito central del autor es el estudio del significado que nos constituye como sujetos. La significación para el psicoanálisis, como para la lingüística y la filosofía, es uno de los problemas más difíciles. Tabbia comparte con nosotros la aproximación a la captura del significado desde un vértice, el de Wilfred R. Bion y Donald Meltzer, que es la clínica

de la búsqueda de los procesos que promueven significado.

El hecho de *generar significado*, desde el vértice psicoanalítico elegido, se crea en la vida onírica, en la observación de hechos clínicos libres de interpretación -puerta de entrada y base sobre la que se asienta todo posible conocimiento- en relación con el nombrar/asignar nombres a los hechos, en el describir-interpretar en la relación transferencia-contratransferencia, con un analista con las adecuadas funciones parentales y psicoanalíticas.

Como expone Tabbia en este libro, “la significación cabalga entre los hechos a nombrar y los nombres a asignarles”, cuyo significado llega al observador como una intuición que surge de comprender lo que está pasando. La clínica de los procesos que generan significado depende fundamentalmente de la labor del psicoanalista, de la que Tabbia expone distintas facetas implicadas. Presenta, entre otras, el papel de la disponibilidad mental del analista, de la actitud psicoanalítica, la fe bioniana, las creencias, la intuición, el analista frente a funcionamientos protomentales del paciente y también propios.

Dentro de todo el marco planteado por el autor, la observación ocupa -directamente o de trasfondo- un lugar de primer orden. Encontraremos que parte del libro aborda el estudio de la difícil y laboriosa preparación para desempeñar la función de observador, de la que deriva la función que intuye los significados. Tabbia se formula la pregunta que el artista Antoni Tàpies propone en un breve texto: *¿cómo hacer para mirar limpiamente, sin querer encontrar las cosas que nos han*

de la búsqueda de los procesos que promueven significado.

de la búsqueda de los procesos que promueven significado.

de la búsqueda de los procesos que promueven significado.

de la búsqueda de los procesos que promueven significado.

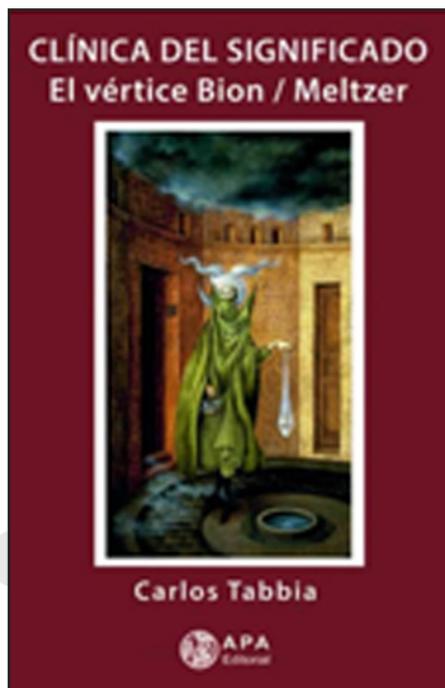
¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en catalán.

dicho que debe haber, sino simplemente lo que hay? Y recoge la respuesta-invitación que hace el artista: “jugar, jugar al juego de mirar”, un mirar atento que empuja a pensar.

Tabbia emplea el método del registro y la descripción de casos particulares propios de la línea psicoanalítica abierta por los “cuatro jinetes” y profundizada por otros muchos analistas, como H. Segal, D. W. Winnicott, W. R. Money-Kyrle, E. Bick, L. Grinberg..., una línea coincidente con el pensamiento de numerosos autores de campos más allá del psicoanálisis que forman parte del contenido del libro.

Si del extenso contenido del libro tuviera que destacar un solo punto, este sería las generosas y continuas ilustraciones clínicas de la experiencia personal del autor con sus pacientes, así como el hecho de compartir con nosotros la visión que Donald Meltzer transmite en el espacio de supervisión.

Con la transcripción “literal” de fragmentos de las sesiones y palabras de Meltzer en la supervisión, Tabbia es totalmente coherente con el vértice que expone y con los contenidos que aborda a lo largo de su libro. Él, que trata el pensamiento, la intimidad, la atmósfera, el intuir, nos abre la puerta al pensamiento de su referente directo, Meltzer, y a un espacio tan íntimo como es el de la su-



pervisión. Adentrándonos en la lectura de este doble registro clínico (sesión y supervisión de la sesión) podemos intuir, “participar” de la atmósfera en la que se van desarrollando los procesos de pensar, en cómo se va entendiendo qué ocurre entre paciente y analista, entre analista y supervisor y cómo van surgiendo enfoques y recursos técnicos.

Quisiera mencionar también el hecho de que hay un capítulo dedicado al

aburrimiento, un estado mental poco estudiado en la bibliografía psicoanalítica y del que aquí encontramos una ilustración clínica del autor, la supervisión que hizo Meltzer y el enfoque terapéutico que se deriva en el espacio de supervisión. Pero Tabbia no sólo aborda el aburrimiento en los pacientes y, más específicamente, en el adolescente, también realiza un análisis del aburrimiento del analista.

En mi opinión, este es un libro para ser visitado, leído “sin prisa, con tiempo”, como dice Tabbia refiriéndose al psicoanálisis, frente a las consignas de la prisa de hoy en día. Como se nos sugiere con la “Mujer saliendo del psicoanalista” de la cubierta, su lectura permite ir captando las herramientas teórico-técnicas seleccionadas, fruto de la praxis del autor con los pacientes, con sus maestros y, especialmente, de su experiencia y vinculación con el doctor Donald Meltzer en seminarios y supervisiones, compartidos con compañeros del Grupo Psicoanalítico de Barcelona y que, según Tabbia, transformó su perspectiva clínica, que el autor comparte y que nos puede ser útil a nosotros, los lectores.

Carlos Tabbia nos presenta un vértice psicoanalítico, una oportunidad para pensar, un acercamiento para aquellos a los que nos atrae la psique humana y pretendemos adentrarnos en su oceánico y misterioso territorio. ●

“Love on the Spectrum / El amor en el espectro autista”¹

Serie emitida por Netflix, 2019-2021

– Susanna Olives Azcona –

Psicóloga sanitaria. Psicoterapeuta.
CDIAP Granollers.
(Sant Cugat del Vallès, España)



En los últimos años, el autismo y las personas que están dentro del espectro del autismo han visto crecer considerablemente la visibilización de su condición, a menudo a través de personajes de ficción, tanto en la literatura, el teatro como en el mundo audiovisual. En ocasiones con acierto, otras de forma caricaturesca o humorística, a veces desde el drama, con rigor o con licencias creativas, pero en todo caso, esa visibilización ha otorgado a las personas que sufren un trastorno dentro del espectro del autismo un lugar en el imaginario colectivo donde se las reconoce como personas con dificultades importantes para relacionarse y entender las relaciones interpersonales, más allá de características menos definitorias.

Un ejemplo lo tenemos en el *reality* australiano emitido por Netflix del año 2019 *Love on the Spectrum*, serie de dos temporadas de nueve capítulos donde siete adultos jóvenes diagnosticados de TEA participan en un grupo de citas con el afán de encontrar una pareja afectiva. En el año 2022, apareció la versión *Love on the Spectrum U.S.* con idéntico formato y perfil de los participantes, todos ellos personas con un alto nivel de funcionalidad, con trabajo y/u ocupación,

con un reducido, pero sólido, círculo de amistades y vínculos y con familias de origen que les ofrecen apoyo económico y emocional. Todas ellas, no obstante, con graves dificultades para establecer relaciones de intimidad emocional y física aunque con un gran deseo de ser capaces de ello.

El formato cuenta con la figura de una terapeuta que, a partir de técnicas conductistas, da pautas a los participantes sobre cómo interesarse por las cosas de los demás, sin ser intrusivos ni indiscretos, manteniendo una actitud de escucha activa, investigar con discreción qué cosas tienen en común, les insta a aceptar la diferencia de intereses, a comunicar el tipo de interés que nos despierta el otro, si amistoso o romántico... Una retahíla de imposibles a priori, como pretender hacer bailar a dos bailarines que escuchan en su cabeza canciones diferentes, inevitable pisarse o alejarse invadidos por la extrañeza de no poder intuir el próximo paso del otro, sin poder ajustar el ritmo

ni tomar distancia sin huir del todo, peleándose entre la fantasía de simbiosis perfecta y la diferenciación extrema, donde la ansiedad aparece de manera implacable y a menudo lleva a terminar la cita de manera precipitada.

Pero en este baile desacompañado, acaban encontrando en ocasiones sus propias rarezas en el otro y en una cita de silencios incómodos y palabras superpuestas surge, como mínimo, una amistad.

Love on the Spectrum es un formato televisivo para todos los públicos, que ofrece una visión romántica de las relaciones de pareja y del enamoramiento, dibuja una pincelada de lo que puede suponer compartir espacios domésticos, pero obvia un asunto tan complejo y esencial como es el hecho de compartir sexualidad para las personas con TEA.

En todo caso, un *reality* tierno y humano que muestra el esfuerzo titánico de las personas con TEA por compartir con alguien su singular lugar en el mundo. ●



Fotograma de la serie emitida por Netflix, *Love on the Spectrum*.

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



“Un autre regard”.

Exposición de fotografías del alumnado de la Escola Moragas, por Monica Das Neves ¹

– Marta Campuzano –

Psicóloga. Directora pedagógica de la Escola Moragas de Barcelona. (Barcelona, España)

– Joan Soler –

Maestro. Gerente de la Escola Moragas de Barcelona. (Barcelona, España)

Desde la Escola Moragas estamos muy contentos de poder compartir la exposición fotográfica “Un autre regard” (“Otra mirada”) a manos de la fotógrafa Monica Das Neves, que ha sabido capturar la mirada de nuestros alumnos con una sensibilidad inigualable.

Las fotografías que conforman “Un autre regard” muestran momentos de pausa, de contemplación, de atención,



de reflexión, con una luz que capta la atención del espectador y descubre la realidad de los alumnos en el día a día. A través de estas miradas y gestos, se establece la interacción con el entorno y con los que nos rodean. El vínculo y la confianza que se crea, el respeto a cada uno de los alumnos y sus capacidades y necesidades es el que hace al alumno el protagonista de la acción educativa y nos permite trabajar juntos a familia y escuela para su crecimiento personal.

La exposición se enmarca en el 80 aniversario de nuestra escuela, por lo que, durante el curso 2020/2021, se realizaron gran parte de estas fotografías. Sin embargo, la COVID nos obligó a aplazar su exposición hasta este año.

La exposición cuenta con el apoyo del Ayuntamiento de Barcelona y del Grupo de Inclusión del Distrito de Les Corts, que este año celebra su décimo aniversario y se ha podido llevar a cabo gracias a la colaboración del Centro Comercial L'illa Diagonal. Tanto L'illa Diagonal como la sede del Ayuntamiento en el distrito de Les Corts la acogieron en sus espacios expositivos y a partir del 14 de febrero y hasta el 24 de marzo de 2023 ha estado expuesta en el espacio exterior del Centro Cívico Joan Oliver “Pere Quart”, donde se ha podido disfrutar de estas miradas fotografiadas que no dejan a nadie indiferente.

Monica Das Neves es una fotógrafa nacida en Portugal, que vivió y expuso sus primeras fotografías en París y que desde 2008 vive y trabaja en Barcelona. Desde que vino por primera vez a nuestra escuela, supimos que conectaríamos con ella y que sabría captar con la sensibilidad necesaria los instantes de nuestro día a día en la escuela Moragas.

¿Probamos a mirar con los ojos del otro? Seguro que le acompañaremos mejor.

“El primer día llegué 10 minutos antes de la hora acordada. Un técnico del centro me preguntó si quería un café, propuesta que acepté enseguida porque llovía y hacía frío. Desapareció unos minutos y volvió con café, leche y bizcochos en una bandeja que me recordó a la de mi abuela. Cuando le di las gracias sonrió y contestó “de nada, me gusta cuidar...” Esta frase sencilla me acompañó cada día que he pasado en esta escuela, como si fuera un leitmotiv común a todas las personas que trabajan en este lugar. Acompañan a los alumnos en sus luchas diarias, intentan construir un puente sólido entre dos mundos y lo hacen con una dedicación y una paciencia que no se aprende. Se adaptan al ritmo inestable y a veces caótico y me lo explican “es que no ha dormido bien”, “los días de lluvia no le sientan bien”. Tienden la mano, repiten palabras tranquilizadoras, esperan, saben dar espacio y abrazar en el momento justo. Si esta actitud se extendiera fuera de estas paredes el mundo sería totalmente distinto.”

Monica Das Neves

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

LA ESCUELA

Nuestra escuela es un centro abierto de educación especial, fundado en 1940 por el Dr. Jeroni de Moragas. Estamos constituidos en cooperativa de profesionales desde el año 1980 y tenemos establecido concierto educativo con el Departamento de Educación de la Generalitat de Catalunya.

Atendemos a alumnos entre los 3 y los 21 años con necesidades educativas especiales derivadas de discapacidad in-

telectual y Trastornos del Espectro del Autismo.

Somos una escuela pequeña, familiar y acogedora, en la que la personalización y la vinculación afectiva son el entorno facilitador para el acompañamiento en el aprendizaje y en el crecimiento personal y emocional de todos los alumnos. Nuestro compromiso es potenciar las capacidades y proporcionar apoyos para sus necesidades. Para ello, es primordial una buena complicidad con las familias

y con el entorno natural de los alumnos. Estamos convencidos de que ser agente activo en las entidades de segundo nivel facilita y garantiza esta inclusión tanto de la escuela como de los alumnos y sus familias. Formamos parte de la Federación de Cooperativas de Enseñanza de Catalunya (EscolesCoop), de la Federación de Cooperativas de Trabajo, la Agrupació Escolar Catalana (AEC) y de la Federación de entidades que atienden a personas con discapacidad en Catalunya (DINCAT). ●



