



el amor autista

Pasión, afecto, amistad y espiritualidad autistas

ERNESTO REAÑO

CAPTÍTULO III

STORGÉ (στοργή) AUTISTA

Un enfant n'a jamais les parents dont il rêve.

Seuls les enfants sans parents ont des parents de rêve.

(Un niño nunca tiene a los padres con los que sueña.

Solo los niños sin padres tienen padres de ensueño.)

—BORIS CYRULNIK, *Les nourritures affectives*

En la sección anterior mencionamos las expectativas y ensoñaciones que surgen cuando un hijo está por nacer. Decíamos que uno sueña con un hijo (neuro)típico porque nadie nos enseña a desear lo distinto, porque no hemos aprendido a amar más allá de la semejanza; y, fuera de ella, tememos y rechazamos.

Andrew Solomon³⁹ nos ofrece una visión sobre la paternidad y lo filial, sobre su relación con los «extremos» con los que el azar puede encontrarla o, más bien, enfrentarla.

¿Qué es ser padre o madre? ¿Y quién es, finalmente, el hijo frente a la diversidad?

Solomon explora esta pregunta a partir del vínculo paterno-filial ante condiciones vivencialmente extremas en nuestra sociedad. ¿Cuál es el hilo conductor entre tener un hijo sordo, autista, esquizofrénico, «genio», enano, «discapacitado», transexual, nacido de una violación o criminal?

La siempre probable diversidad —la existencia de esas situaciones y de esos seres juzgados como «desviados» de la norma— puede ser, si estamos dispuestos a ello, una vía para explorar lo humano más allá de los llamados «amores incondicionales» que,

39 Andrew Solomon, *Lejos del árbol: historias de padres e hijos que han aprendido a quererse* (Madrid: Debate, 2014).

como suele creerse, el vínculo otorga por el solo hecho sanguíneo.

Ser padre es reconocerse extraño ante los ojos de un hijo para quien también lo somos. Y desde ese extrañamiento, comprender la realidad: ni existe el padre del ensueño ni el hijo soñado.

Ambos son sujetos arrojados a una realidad donde deben —si deciden amarse— comprenderse ya no desde la imaginación y el anhelo, ya no desde un molde, sino desde la vida cotidiana, desde este mundo donde existen cosas, seres, ruidos y palabras.

Se necesita dar un paso hacia atrás. Intentarlo —arriesgarse a adoptar cierta perspectiva— puede revelar también al otro nuestra necesaria «imperfección»; una compartida, humana, que entraña la posibilidad de descubrir al ser que nuestros sueños nublan e impiden hallar: la persona singular, viva, real, que nos negamos a re-conocer.

En todas sus dimensiones, este intento —hecho de historia, de relatos, de silencios y de gestos— ha sido buscado por padres e hijos a través de los siglos.

Storgé: el amor que cuida

Es natural que un padre sienta empatía por su hijo. Es natural que un niño necesite de sus padres; eso es lo que Lewis llamaba «amor necesidad»⁴⁰: un amor nacido de la carencia, del deseo de algo que no se tiene.

Un infante necesita de un cuidador para sobrevivir, no solo físicamente, sino también afectiva y emocionalmente. Nacemos indefensos, orientados al cuidado; somos los mamíferos con mayores necesidades de apego y también de aquello únicamente humano, nacido de nuestra capacidad para crear conceptos: nacemos necesitados de *amor*. Lo necesitamos sostener un equili-

40 C. S. Lewis, *The Four Loves* (London: Geoffrey Bles, 1960).

brio —presente y futuro— de nuestro psiquismo, de la confianza que nos atrevamos a otorgar a los demás y a la vida.

Apego, en nuestra lengua, es sinónimo de afecto, de una inclinación natural hacia alguien o algo. En latín, proviene de *ad* (*hacia*) y del verbo *picare*, que significa *pegar* o, más precisamente, *untar con pez*, siendo esta una sustancia pegajosa.

Así, el apego no es solo una simple inclinación: se trata de un vínculo emocional forjado con intensidad —estar pegado—, y así ha sido entendido en la etología y en la psicología.

Bowlby, la etología y la teoría del apego

John Bowlby⁴¹ fue el fundador, si se quiere, de la llamada «teoría del apego». Psicoanalista en sus orígenes, logró formular una teoría del desarrollo infantil que representó una clara superación tanto del psicoanálisis ortodoxo como del conductismo, escuelas dominantes a mediados del siglo XX.

Para este autor, «la conducta de apego es cualquier forma de conducta que conduce a una persona a mantener o lograr proximidad con otro individuo claramente identificado, que es percibido como más capaz de afrontar el mundo».⁴²

Konrad Lorenz⁴³, considerado el «padre» de la etología, formuló la teoría de la impronta (*imprinting*). Esta es un proceso de aprendizaje observado en algunas especies —especialmente

41 John Bowlby, *Attachment and Loss*, Vol. 1: Attachment (New York: Basic Books, 1969).

42 «Attachment behavior is any form of behavior that results in a person attaining or maintaining proximity to some other clearly identified individual who is conceived as better able to cope with the world».
— John Bowlby, *Attachment and Loss*, Vol. 1: Attachment (New York: Basic Books, 1969), 39.

43 Konrad Lorenz, *Evolution and Modification of Behavior* (Chicago: University of Chicago Press, 1965).

en aves nidífugas, como patos y gansos— mediante el cual el animal recién nacido establece un vínculo duradero con el primer ser que aparece frente a él. Lo seguirá e incorporará de este todo lo necesario para su supervivencia. Habitualmente, ese ser es la madre.

Lorenz demostró que un ganso recién nacido podía seguirlo a él como si fuera su madre, siempre que fuera lo primero que veía al salir del cascarón (mientras él vestía unas botas altas). La impronta, entonces, no es simplemente una cuestión de necesidad —por ejemplo, de alimento—, ni está condicionada: está biológicamente programada.

La impronta tiene una serie de características clave, a saber:

- Período crítico: un tiempo específico posterior al nacimiento durante el cual puede desarrollarse. En gansos, por ejemplo, ocurre entre las 13 y 16 horas de vida.
- Irreversibilidad: una vez establecida, tiende a ser duradera, y resulta sumamente difícil reemplazar al objeto de impronta.
- Independencia del refuerzo: no depende de mecanismos de aprendizaje como recompensas o castigos, ni de refuerzos positivos o negativos; basta con la exposición al estímulo durante el período crítico.
- Especificidad del estímulo: no cualquier objeto activa la impronta; debe presentar ciertas características, como movimiento, forma o sonido similares a los de su propia especie.

Siguiendo a Lorenz, durante este período sensible, el animal joven forma un vínculo con el primer estímulo móvil que percibe —un vínculo que afectará su conducta por el resto de su vida.⁴⁴

44 Konrad Lorenz, *King Solomon's Ring: New Light on Animal Ways*, trans. Marjorie

Este es el punto crucial para la teoría del apego de Bowlby: el apego no se adquiere por mecanismos de recompensa, sino que constituye una predisposición biológica, similar a la impronta, aunque con diferencias. La visión freudiana o conductista, imperante en su época, no tenía mucho sentido para Bowlby; el trabajo de Lorenz, en cambio, sí.⁴⁵ Para él, el fenómeno de la impronta proporciona un modelo importante de cómo podrían desarrollarse los comportamientos de apego. Sin embargo, en los seres humanos, señala, el proceso es más gradual y más flexible.⁴⁶

Estas diferencias pueden agruparse de la siguiente manera:

- No existe un período crítico tan rígido como en otras especies, sino más bien un período sensible durante el cual el apego tiende a consolidarse.
- El vínculo humano presenta un desarrollo más flexible y emocionalmente complejo.
- En los seres humanos, el afecto debe explicitarse mediante las formas de comunicación del cuidador, a través de la sensibilidad puesta en el proceso.

Una de las grandezas de Bowlby fue adaptar, a partir del concepto de impronta, la idea de un vínculo afectivo temprano con valor evolutivo adaptativo. Las conductas asociadas a dicho vínculo —como el llanto, la sonrisa o la búsqueda de proximidad— están biológicamente programadas para procurar protección y garantizar la supervivencia.

Kerr Wilson (London: Methuen, 1952; orig. publ. 1937).

45 Joan Stevenson-Hinde, «Attachment Theory and John Bowlby: Some Reflections,» *Attachment & Human Development* 9, no. 4 (2007): 337–342, 339.

46 Bowlby, *Attachment and Loss*, Vol. 1.

Bowlby postula y fundamenta un sistema de comportamiento de apego: un sistema motivacional independiente de otros, que se activa ante señales de peligro o separación, y que impulsa la búsqueda de una figura que brinde seguridad, una figura de apego.

«Bowlby postuló un ‘sistema de comportamiento de apego’ como un sistema motivacional que surge por derecho propio, independiente de otros sistemas como el hambre o el sexo».⁴⁷

Ainsworth y la situación extraña (*Strange situation procedure*)

Mary Ainsworth fue una psicóloga estadounidense que, en la década de 1970, desarrolló un diseño experimental para respaldar la teoría del apego: el procedimiento de *la situación extraña*.

Este experimento consta de una secuencia de ocho episodios breves (de aproximadamente tres minutos cada uno), en los que se expone a un niño —de entre 12 y 18 meses de edad—⁴⁸ a situaciones de separación y reencuentro con su figura de apego, en un entorno desconocido. El objetivo era observar las conductas del niño ante el estrés generado por la presencia de un extraño, la separación de su cuidador y el posterior reencuentro.

La secuencia propuesta fue la siguiente:

1. Entrada conjunta. La madre y el niño ingresan juntos a la sala. El niño puede explorarla libremente en presencia de su madre.
2. Exploración inicial. El niño explora los juguetes dispuestos,

47 Joan Stevenson-Hinde, «Attachment Theory and John Bowlby: Some Reflections,» 339.

48 «La Situación Extraña es adecuada para infantes de entre 12 y 18 meses de edad, una etapa en la que las conductas de separación y la ansiedad ante extraños son fácilmente observables». Mary D. S. Ainsworth, Mary C. Blehar, Everett Waters, y Sally Wall, *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978).

con la madre presente. Aquí puede observarse cómo ella funciona como base segura.

3. Entrada del extraño. Un extraño entra en la sala, conversa con la madre y se acerca al niño. Se observa la reacción del niño ante su presencia.
4. Primera separación. La madre sale de la habitación y el extraño intenta interactuar con el niño. Se observa el nivel de ansiedad y si el niño busca, o no, consuelo en el extraño.
5. Primer reencuentro. La madre regresa y consuela al niño, si es necesario. El extraño se retira. Se observa la conducta durante la reunión.
6. Segunda separación. La madre vuelve a salir y el niño queda solo. Este suele ser el episodio más estresante.
7. Reingreso del extraño. El extraño entra nuevamente e intenta interactuar y consolar al niño.
8. Segundo reencuentro. La madre retorna y el extraño se retira. Se evalúa el comportamiento del niño durante la reunión y el restablecimiento gradual del equilibrio emocional.

Ainsworth buscaba evaluar cuatro tipos de comportamiento:

1. Búsqueda de proximidad.
2. Mantenimiento del contacto.
3. Resistencia al contacto o al consuelo.
4. Evitación del contacto.

En base a lo observado, estableció tres tipos de apego, a los cuales posteriormente se añadiría uno más:

- **Apego seguro.** El niño explora libremente el ambiente en presencia de la madre. Se angustia cuando se separan y se calma al reencontrarse.
- **Apego inseguro-evitativo.** El niño evita o ignora al cuida-

dor, muestra poca angustia durante la separación y evita el contacto en la reunión.

- **Apego inseguro-ambivalente/resistente.** El niño se muestra muy angustiado ante la separación, busca contacto en la reunión, pero lo mezcla con resistencia o enojo.
- **Apego desorganizado.** Este fue añadido por Mary Main y Judith Solomon⁴⁹. El niño evidencia conductas contradictorias, congelamiento o miedo hacia el cuidador. Es común en niños que han vivido —o viven— experiencias traumáticas.

«A Mary Ainsworth le debemos la introducción en la teoría del apego del concepto de base segura, el procedimiento de la Situación Extraña y el uso de métodos observacionales para evaluar la interacción madre-bebé en contextos naturalistas».⁵⁰

El bebé usa a la madre como una base segura desde la cual explora el entorno.⁵¹

Este concepto contiene los siguientes elementos clave:

1. **Exploración activa:** el niño explora con libertad cuando percibe que su cuidador está cerca y le es accesible.
2. **Referencia constante al cuidador:** el niño monitorea, incluso cuando se aleja, la presencia del cuidador a través de miradas o vocalizaciones.
3. **Refugio ante la amenaza:** cuando el niño siente miedo, sobreestimulación o daño, busca al cuidador para ser consolado o curado.

49 Mary Main y Judith Solomon, «Discovery of an Insecure-Disorganized/Disoriented Attachment Pattern,» en *Affective Development in Infancy*, ed. T. Berry Brazelton y Michael W. Yogman (Westport, CT: Ablex, 1986), 95–124.

50 John Bowlby, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* (New York: Basic Books, 1988).

51 Ainsworth et al., *Patterns of Attachment*.

4. Regulación emocional y autonomía: tener al cuidador como base segura facilita el desarrollo de la autonomía. El niño internaliza la confianza básica: esa seguridad transmitida por el cuidador que permite explorar el mundo y las relaciones con los demás.

Cuando el apego es seguro, cuando el cuidador es una base segura, el niño puede atreverse a confiar en la certeza de encontrar, cuando regrese, a su cuidador. Aquí emerge lo que Erik Erikson denominó *confianza básica*.⁵²

«El primer logro social del infante, del cual dependen todos los demás, es el desarrollo de un sentido de confianza básica».

Si el niño recibe un cuidado consistente, sensible y predecible —es decir, si puede confiar en el afecto y la presencia de su figura o figuras de apego—, internalizará la idea de que el mundo es también predecible, confiable y seguro. Este descubrimiento acontece durante el primer año de vida.

Caso contrario, el niño desconfiará de sus cuidadores, de su entorno y, con el tiempo, de los demás y del mundo. Del valor mismo de la vida, en suma.

De la teoría del apego hemos aprendido no solo sobre los aciertos y desaciertos en el cuidado durante la infancia. Sabemos que una desconfianza básica, gestada durante ese primer año de vida —y más aún si el descuido se prolonga—, puede ensombrecer la existencia como una marca duradera. Del tipo de apego que hayamos desarrollado dependerá, en gran medida, la calidad de nuestros vínculos futuros.

52 Erik H. Erikson, *Childhood and Society* (New York: Norton, 1950).

Estilos de apego

Los investigadores Cindy Hazan y Phillip R. Shaver⁵³ identificaron, a partir de los estilos de apego desarrollados por Ainsworth, tres estilos de vinculación en la adultez: seguro, evitativo y ambivalente, aplicables a las relaciones amorosas. Esta clasificación ha sido corroborada mediante estudios longitudinales que siguen a los individuos desde la infancia hasta la adultez, observando cómo los estilos de apego temprano pueden predecir la calidad de sus vínculos románticos futuros. Desarrollar un estilo de apego seguro en la infancia predice relaciones adultas con mayor nivel de satisfacción y estabilidad.⁵⁴

R. Chris Fraley y Phillip R. Shaver⁵⁵ realizaron estudios naturalistas en aeropuertos para analizar el apego en la etapa adulta. El objetivo fue observar cómo funciona el sistema de apego en situaciones reales, fuera del laboratorio y en contextos emocionalmente significativos.

Para ello, observaron separaciones de parejas en aeropuertos, codificando conductas como evitación, protesta o búsqueda de consuelo. Estos comportamientos fueron luego comparados con los resultados de cuestionarios de estilos de apego respondidos previamente.

- Las personas con apego seguro mostraron mayor cercanía

53 Cindy Hazan y Phillip R. Shaver, «Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process», *Journal of Personality and Social Psychology* 52, no. 3 (1987): 511–524.

54 Jeffrey A. Simpson, W. Andrew Collins, Sharon Tran y Katie C. Haydon, «Attachment and the Experience and Expression of Emotions in Romantic Relationships: A Developmental Perspective», *Journal of Personality and Social Psychology* 92, no. 2 (2007): 355–367.

55 R. Chris Fraley y Phillip R. Shaver, «Airport Separations: A Naturalistic Study of Adult Attachment Dynamics in Separating Couples», *Journal of Personality and Social Psychology* 75, no. 5 (1998): 1198–1212.

- física, contacto emocional y una mejor - regulación afectiva.
- Las personas con apego ansioso evidenciaron una alta ansiedad, protesta o hipervigilancia.
 - Las personas con apego evitativo tendían a suprimir o negar su malestar, minimizando la importancia de la despedida.

Empleando el método de muestreo de experiencias (*Experience sampling method*), en el cual los participantes reportan en tiempo real sus emociones, pensamientos y conductas a lo largo del día, Fraley⁵⁶ ha podido evaluar la activación del apego en la vida cotidiana. Los resultados de sus investigaciones muestran cómo el apego influye en la reactividad emocional incluso ante microeventos. También evidencian que las personas con apego ansioso tienden a interpretar de forma negativa las interacciones con su pareja, incluso cuando estas son neutrales, mientras que quienes presentan apego seguro manifiestan una mayor resiliencia emocional.

Los estilos de apego pueden cambiar o estabilizarse con el tiempo. Fraley ha demostrado, en estudios longitudinales, que si bien el estilo de apego es relativamente estable, puede modificarse a partir de experiencias nuevas y significativas, tales como un proceso terapéutico o una relación de pareja segura. Como señala el autor: «Las orientaciones de apego deben entenderse mejor como tendencias probabilísticas que como rasgos fijos».⁵⁷

Como aporte metodológico, Fraley junto con Niels G. Waller

56 R. Chris Fraley, Attachment Theory Research Lab, Department of Psychology, University of Illinois, consultado el 1 de octubre de 2025, <https://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/>.

57 Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151.

y Kelly A. Brennan⁵⁸, desarrollaron la *Experiences in Close Relationships Scale* (ECR), una de las escalas más utilizadas en la investigación sobre apego adulto. Esta evalúa dos dimensiones clave:

- Ansiedad por el apego: temor al abandono, hipervigilancia afectiva.
- Evitación del apego: malestar con la intimidad, autosuficiencia emocional.

Cómo nos relacionamos con el otro puede explicarse, en gran parte, por el tipo de vínculo de apego gestado en la infancia. Esta forma de vincularnos está mediada, además, por el tipo de personalidad temprana, la cual también puede comprenderse a la luz de los vínculos y las experiencias afectivas iniciales. Como señalan Phillip R. Shaver y Mario Mikulincer: «Los patrones de apego son predictores significativos de los rasgos de personalidad en la adultez, particularmente del neuroticismo y la amabilidad».⁵⁹

Los cinco grandes factores de la personalidad

Uno de los modelos más validados en psicología para explicar la personalidad es el de *Los Cinco Grandes Factores de Personalidad* —conocido también como *Big Five* o *modelo OCEAN*—. Este describe la personalidad en términos de cinco dimensiones amplias y continuas, identificadas mediante análisis factoriales a gran escala desde mediados del siglo XX. No obstante, la for-

58 R. Chris Fraley, Niels G. Waller y Kelly A. Brennan, «An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment,» *Journal of Personality and Social Psychology* 78, no. 2 (2000): 350–365.

59 Phillip R. Shaver y Mario Mikulincer, «Attachment-Related Psychodynamics,» *Attachment & Human Development* 4, no. 2 (2002): 133–161.

mulación sistemática y su validación empírica moderna fueron desarrolladas por los psicólogos Paul T. Costa Jr. y Robert R. McCrae, como parte de su trabajo con la *escala NEO-PI (Neuroticism–Extraversion–Openness Personality Inventory)*.⁶⁰

Estos cinco factores son los siguientes (vale la pena aclarar que describe a la población general o típica, no a la neurodivergente y menos a la autista):

Apertura a la experiencia (*Openness to experience*): se relaciona con la curiosidad, la imaginación y la apertura mental. Cuando se da de modo positivo, la persona muestra interés por nuevas ideas, emociones complejas y experiencias inusuales. Cuando es baja, se experimenta una mentalidad cerrada al cambio, más concreta y convencional.

Responsabilidad / Escrupulosidad (*Conscientiousness*): asociada con la organización, la disciplina y la fiabilidad. En niveles altos, se observa una tendencia a ser metódico, cuidadoso y con orientación hacia metas. En niveles bajos, se asocia con impulsividad, desorganización y descuido.

Extraversión (*Extraversion*): relacionada con la sociabilidad, la energía y la asertividad. Una puntuación alta se vincula con facilidad para la interacción social, la búsqueda de estímulos y el entusiasmo. Una puntuación baja indica una tendencia intro-

60 Paul T. Costa y Robert R. McCrae, *The NEO Personality Inventory Manual* (Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985).

Robert R. McCrae y Paul T. Costa, «Validation of the Five-Factor Model of Personality across Instruments and Observers,» *Journal of Personality and Social Psychology* 52, no. 1 (1987): 81–90.

vertida, caracterizada por la reserva y la preferencia por entornos tranquilos.

Amabilidad (*Agreeableness*): en consonancia con la empatía, la cooperación y la calidez. Una alta puntuación supone una mayor confianza, altruismo y búsqueda de armonía interpersonal. Una puntuación baja se asocia con competitividad, desconfianza y cinismo.

Neuroticismo (*Neuroticism*): se refiere a la relación entre la estabilidad emocional y la vulnerabilidad afectiva. Una alta puntuación implica mayor ansiedad, irritabilidad, tristeza e inestabilidad emocional. Las puntuaciones bajas se relacionan con la calma, la resiliencia y el equilibrio emocional.

El desarrollo de experiencias seguras en la infancia —la confianza en un vínculo sólido de cuidado, es decir, el apego seguro— se relaciona, dentro de estos cinco factores, con una mayor tendencia hacia la amabilidad, la estabilidad emocional (neuroticismo bajo) y la extraversión. Estas personas tienden a establecer vínculos íntimos saludables, con adecuada empatía y autonomía afectiva.

Un apego ansioso-ambivalente, en cambio, se asocia con un mayor nivel de neuroticismo, baja estabilidad emocional y baja autoestima. Estas personas suelen manifestar preocupación constante por el abandono, una búsqueda reiterada de validación externa y una marcada dependencia afectiva.

El apego evitativo se relaciona con una personalidad caracterizada por menor amabilidad, menor extraversión y una actitud defensiva persistente. Estas personas tienden a suprimir sus emociones, evitar la intimidad y sostener una autosuficiencia rígida.

El estilo de apego temprano también está asociado con la vulnerabilidad a diversos trastornos psicológicos, en función del grado de seguridad emocional, capacidad de mentalización y regulación afectiva desarrolladas.

El **apego desorganizado** representa un patrón de riesgo significativo, ya que puede subyacer a trastornos disociativos, trastorno límite de la personalidad, trauma complejo y conductas autolesivas. Para el infante que ha desarrollado este tipo de apego, el cuidador representa simultáneamente una fuente de consuelo y de miedo, generando una disonancia irresoluble en la mente infantil.

«El apego desorganizado en la infancia predice la disociación y rasgos borderline en la adolescencia y la adultez».⁶¹

El **apego ansioso** conlleva un riesgo elevado de desarrollar trastornos de ansiedad (como ansiedad generalizada, fobias o ataques de pánico), depresión mayor y relaciones marcadas por la codependencia emocional.

Se asocia con una hiperactivación del sistema de apego ante amenazas percibidas hacia la seguridad relacional, es decir, ante el miedo a la separación, el abandono, el rechazo o la distancia emocional.

Como señalan Mikulincer y Shaver⁶², los adultos con apego ansioso son más propensos a la desregulación emocional, el pensamiento rumiativo y la vulnerabilidad depresiva.

Por su parte, el **apego evitativo** puede asociarse con trastornos de la personalidad tipo esquizoide, ciertos subtipos del

61 Karlen Lyons-Ruth, Jean-François Bureau, Brian Holmes, M. Ann Easterbrooks y Nicole H. Brooks, «Borderline Symptoms and Hostility in Young Adulthood: A Prospective Study of Disorganized Attachment», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45, no. 4 (2006): 564–572.

62 Mikulincer y Shaver, «Attachment-Related Psychodynamics».

trastorno narcisista, alexitimia y trastornos por consumo de sustancias como formas de autorregulación.

Se caracteriza por el uso de estrategias de inhibición emocional y la negación de necesidades afectivas.

Tipo de apego en la infancia	Características de personalidad en la adultez	Posibles psicopatologías
Seguro	Alta autoestima, regulación emocional, confianza en relaciones, empatía, autonomía.	Bajo riesgo; mayor resiliencia emocional.
Ansioso-ambivalente	Baja autoestima, necesidad constante de aprobación, ansiedad interpersonal, hipervigilancia afectiva.	Trastornos de ansiedad, depresión, dependencia emocional, trastornos somatomorfos.
Evitativo	Aparente autosuficiencia, evitación de la intimidad, dificultad para expresar emociones, tendencia a la supresión afectiva.	Trastornos de personalidad evitativa o narcisista (subtipos), alexitimia, consumo problemático.
Desorganizado	Identidad inestable, dificultad para integrar emociones, confusión relacional, miedo al rechazo combinado con deseo de proximidad.	Trastorno límite de la personalidad, trastornos disociativos, trauma complejo, TCA graves, autolesiones.

Tabla: Relación entre tipo de apego infantil, personalidad adulta y trastornos mentales.

Las personas con apego evitativo tienden a suprimir la afectividad, evitar la intimidad y pueden utilizar estrategias desactivadoras incluso en situaciones de crisis.⁶³

Kanner, Bettelheim y la culpabilidad de los cuidadores

Es importante señalar que, si bien la teoría del apego se enmarca dentro de una perspectiva psicoanalítica, se aparta significativamente de los postulados clásicos del psicoanálisis. Esta distinción resulta crucial cuando hablamos del autismo, pues durante mucho tiempo esta condición fue interpretada —desde diversas corrientes de esa pseudociencia— como un *trastorno del vínculo afectivo*; es decir, se atribuía el origen del autismo a fallos en la formación de un apego adecuado.

La culpabilidad recaía, naturalmente, sobre las madres: *madres refrigeradoras, esquizofrenógenas*, carentes de un *pecho bueno* (primando uno *malo*), entre otros absurdos postulados.

Conviene recordar que esta calamidad se originó, en buena medida, a raíz de un desafortunado artículo de Leo Kanner,⁶⁴ en el que se sugería que las características autistas eran producto del estilo de crianza de los padres.

«Desde el comienzo, los niños estuvieron expuestos a una frialdad parental, a la obsesividad, y a un tipo mecánico de atención únicamente orientada a las necesidades materiales. [...] Se los dejó cuidadosamente en refrigeradores que no se descongelaban».⁶⁵

63 Mary Dozier y Spring W. Lee, «Discrepancies between Self- and Other-Report of Psychiatric Symptomatology: Effects of Dismissing Attachment Strategies,» *Development and Psychopathology* 7, no. 1 (1995): 217–226.

64 Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(3), 416–426.

65 Leo Kanner, en su célebre artículo de 1949, escribió: «Hay otro hecho que

El psicoanalista Bruno Bettelheim retomó esta desafortunada impresión para desarrollar la noción de las llamadas *madres refrigeradora*, llevándola hacia un extremo clínicamente irresponsable.

En su libro *La fortaleza vacía*, sentencia directamente a los cuidadores: «El factor precipitante del autismo infantil es el deseo de los padres de que su hijo no exista»⁶⁶ y, de forma aún más lapidaria, responsabiliza a las madres:

«Toda mi vida he trabajado con niños cuyas vidas fueron destruidas porque sus madres los odiaban».⁶⁷

Posteriormente, Bettelheim dirigiría la *Orthogenic School* de la Universidad de Chicago, una institución asilar para niños diagnosticados con «psicosis infantil» o autismo. La idea era alejar a los niños de sus padres —considerados los causantes del autismo— para, a través de una «terapia institucional», corregir el supuesto desorden afectivo, permitiéndoles reconstruir sus vínculos mediante una reparentalización ejercida por los terapeutas.⁶⁸

resalta de forma prominente. En todo el grupo, hay muy pocos padres y madres realmente afectuosos. [...] Los niños estuvieron expuestos desde el comienzo a una frialdad parental, obsesividad y una atención mecánica solo a las necesidades materiales. [...] Se los dejó cuidadosamente en refrigeradores que no se descongelaban. Su soledad parece ser un acto de apartarse de tal situación para buscar consuelo en la soledad». Véase Leo Kanner, «Problems of Nosology and Psychodynamics in Early Childhood Autism,» *American Journal of Orthopsychiatry* 19, no. 3 (1949): 425.

66 Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self* (New York: Free Press, 1967), 125.

67 Bruno Bettelheim, *The Uses of Enchantment: The Meaning and Importance of Fairy Tales* (New York: Knopf, 1976), 311.

68 Bruno Bettelheim fue denunciado tras su muerte por exalumnos, colegas y periodistas por maltrato emocional, físico y abuso de poder durante su dirección de la Orthogenic School. Se cuestionaron también sus credenciales académicas y su modelo terapéutico basado en una teoría del autismo sin respaldo empírico. El periodista Richard Pollak documentó estas controversias en su biografía

Si bien estos tiempos pueden parecer lejanos, aún resuena el lugar del vínculo y del afecto como elementos sospechosos en torno al autismo. Estas ideas emergen, muchas veces, desde teorías contemporáneas sobre el trauma complejo. Uno de sus exponentes más conocidos —autor best seller y figura frecuente en redes sociales— es Gabor Maté.⁶⁹ Suyas son afirmaciones como la siguiente:

«El autismo no es una enfermedad ni un trastorno genético heredado. Es un conjunto complejo de trastornos que reflejan el intento del niño de lidiar con las limitaciones y tensiones del entorno».

Si bien Maté ha intentado —acaso con éxito— ofrecer una lectura compasiva y esperanzadora sobre la superación del trauma, vuelve a colocar el foco en los padres, revictimizando a las familias y resucitando el estigma del autismo como un trastorno ambiental.

Autismo y trauma infantil

Existen dos formas de trauma infantil catalogadas tanto en el DSM-5-TR como en la CIE-11: el *Trastorno de Apego Reactivo* y el *Trastorno de Relación Social Desinhibida*. Ambos suelen confundirse con el autismo y constituyen entidades diagnósticas fundamentales a considerar en la etapa infantil para un adecua-

crítica *The Creation of Dr. B*, donde lo describe como un personaje autoritario, mitómano y dañino para los niños a su cargo. Hoy Bettelheim es considerado una figura ejemplar del impacto negativo que puede tener la clínica sin evidencia y la patologización basada en prejuicios. Véanse: Richard Pollak, *The Creation of Dr. B: A Biography of Bruno Bettelheim* (New York: Simon & Schuster, 1997); y Chloe Silverman, *Understanding Autism: Parents, Doctors, and the History of a Disorder* (Princeton: Princeton University Press, 2012).

69 Gabor Maté, «Autism Is the Child of Social Disconnection,» *Dr. Gabor Maté* (s.f.), <https://drgabormate.com/autism-child-social-disconnection/>.

do diagnóstico diferencial.⁷⁰

Si bien es posible encontrar una trágica coocurrencia entre el autismo y diversas formas de trauma en la infancia debemos, como primer paso, diferenciarlas con claridad antes de suponer una posible intersección.

Tanto los niños autistas como aquellos que presentan trauma y trastornos relacionados con el estrés pueden compartir ciertos retos en la interacción social: dificultades en la comunicación no verbal (especialmente en el contacto ocular), conductas sociales atípicas o afecto positivo reducido. En particular, los niños con *Trastorno de Apego Reactivo* o *Trastorno de Relación Social Desinhibida* presentan dificultades relacionales asociadas a la distancia emocional, desinhibición social o una afectividad superficial.⁷¹

Sin embargo, aunque puedan parecer similares, el origen de estas manifestaciones es marcadamente distinto.

En el caso del autismo, se trata de una condición del neurodesarrollo, de base genética, donde el estilo de procesamiento monotrópico —caracterizado por la atención al detalle, la búsqueda de patrones y la focalización intensa— configura un tipo particular de vínculo socioafectivo. Este se basa menos en la

70 Justamente, de esto trata el capítulo 5, «The Challenge and Importance of Differentiating Trauma and Stress-Related Disorders from Autism Spectrum Disorders,» incluido en la obra editada por Fogler y Phelps, que aborda en profundidad la necesidad clínica y conceptual de distinguir entre las manifestaciones del trauma y las condiciones del espectro autista, evitando confusiones diagnósticas que pueden tener consecuencias terapéuticas graves. Véase: Ruth A. Phelps, «The Challenge and Importance of Differentiating Trauma and Stress-Related Disorders from Autism Spectrum Disorders,» en *Trauma, Autism, and Neurodevelopmental Disorders: Integrating Research, Practice, and Policy*, eds. J. M. Fogler y R. A. Phelps (Cham: Springer International Publishing, 2018), 77–92.

71 Phelps, «Differentiating Trauma and Autism,» 85.

atención conjunta típica y más en la cooperación estructurada a través de intereses compartidos, con formas de comunicación y reciprocidad propias.

Por el contrario, en los trastornos del apego, las dificultades en la vinculación —ya sea por inhibición o por desinhibición— tienen su origen en experiencias relacionales adversas tempranas, en contextos donde ha predominado la negligencia, la falta de sensibilidad o la disrupción sostenida en el cuidado. Es decir, son condiciones adquiridas, consecuencia de la exposición a estrés temprano severo.

Mientras que en el autismo se nace con un perfil neurológico atípico, en los trastornos del apego las alteraciones en la interacción son producidas por el entorno. Y si bien ambas condiciones pueden coexistir, es indispensable no asumir esta posibilidad de forma automática. Los trastornos del apego, a diferencia del autismo, son potencialmente remontables con entornos seguros, apoyo vincular consistente y trabajo psicoterapéutico adecuado.

Cuadro comparativo: Autismo, Trastorno Reactivo del Apego y Trastorno de Desinhibición Social.

Aspecto	Autismo	Trastorno reactivo del apego	Trastorno de desinhibición social
Origen	Neurobiológico, con base genética	Psicosocial: negligencia o privación extrema en el entorno	Psicosocial: negligencia grave, múltiples cambios de cuidadores
Edad de inicio	Antes de los 3 años	Antes de los 5 años	Antes de los 5 años
Relación con figuras de apego	Vínculo con expresión atípica	Marcada ausencia de vínculo afectivo	Vínculos inestables, no selectivos
Conducta social	Interacción social atípica; búsqueda de conexión de forma no convencional	Retraimiento emocional, indiferencia relacional	Búsqueda indiscriminada de contacto con extraños
Respuesta al consuelo	Puede buscar consuelo, aunque de modo idiosincrático	No busca ni responde al consuelo	Busca contacto con cualquiera, sin discriminación
Juego simbólico	Parcial o ausente, por estilo cognitivo estructurado	Puede estar ausente o interrumpido por trauma	Puede desarrollarse pero suele estar afectado
Causa principal	Neurodesarrollo atípico	Falta de apego por negligencia temprana	Falta de discriminación en figuras de apego
Estabilidad del cuadro en el tiempo	Estable en el tiempo; se modifica, no desaparece	Puede mejorar con intervención relacional adecuada	Puede mejorar parcialmente con estabilidad relacional

El autismo y las formas de trauma

En los últimos años —sobre todo gracias a los testimonios de personas autistas en primera persona, difundidos a través de redes sociales— la investigación ha comenzado a reparar en la dramática coocurrencia entre las distintas formas de trauma y la vida autista.

Trauma proviene del griego τραῦμα (*traûma*) y significa «herida». En su origen, aludía a lesiones físicas. En el campo psicológico, en cambio, el trauma designa la respuesta emocional ante un episodio altamente estresante o violento.

Casi todos los autistas han experimentado alguna forma de abuso (físico, psicológico, sexual, financiero, etc.),⁷² y muchos son conscientes de ello solo años después. Todos han soportado, de manera sostenida, colapsos en distintos momentos de sus vidas (*burnout*, *meltdown*, *shutdown*). Muchos conviven con la depresión y el estrés. Y no pocos llegan a la vida adulta viviendo —o sobreviviendo— a un Trastorno de estrés postraumático (complejo).

Un adulto autista es, por trágica definición, un sobreviviente.

Las cifras estadísticas son contundentes y no dejan margen para una realidad más sombría:

72 Por ejemplo, la campaña «Careless» llevada a cabo en Inglaterra por la *National Autistic Society* reveló que el 49 % de los adultos autistas reportó haber sido abusado por alguien que consideraban amigo, y el 44 % afirmó evitar salir de casa por miedo al acoso o abuso. A ello se suma la alarmante cifra de que nueve de cada diez mujeres autistas han sido víctimas de violencia sexual, según datos publicados recientemente: Fanny Cazalis, Elena Reyes, Stéphanie Leduc y David Gourion, «Evidence That Nine Autistic Women out of Ten Have Been Victims of Sexual Violence,» *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 16 (2022): Article 852203. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.852203>.

Abuso infantil

- Abuso físico, emocional o sexual generalizado: afecta aproximadamente al 16 % de los niños autistas, una cifra considerablemente más alta que en la población general.⁷³
- Abuso sexual: se estima que hasta el 40 % de los niños y adolescentes autistas han sido víctimas.⁷⁴

Bullying

- Un 47 % de niños autistas ha experimentado acoso escolar.
- El 13 % ha sufrido ciberacoso.
- Otros estudios elevan la tasa de victimización por bullying hasta un 84 %.⁷⁵

Riesgo relativo de abuso

- Niños autistas sin discapacidad intelectual: 1,86 veces más riesgo de ser reportados por abuso.
- Con discapacidad intelectual: 2,35 veces más riesgo.
- Ingreso al sistema de acogida (*foster care*): de 2 a 3 veces más frecuente en niños autistas.⁷⁶

73 Kennedy Krieger Institute, *Abuse and PTSD in Children with Autism* (Baltimore, MD: Kennedy Krieger Institute, 2018), <https://www.kennedykrieger.org>.

74 Naama Haruvi-Lamdan, Daphna Horesh y Ofer Golan, «Trauma and Autism Spectrum Disorder: Co-Occurrence, Gaps in Research, and Potential Shared Mechanisms,» *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 16 (2022): Article 852203.

75 Kennedy Krieger Institute, *Abuse and PTSD*, 2018.

76 Evelien Lobregt-van Buuren, Marieke Hoekert y Bram Sizoo, «Child Maltreatment in Autism: A Review of Risk and Protective Factors,» en *Autism Spectrum Disorders – Advances at the End of the Second Decade of the 21st Century*, ed. Michael Fitzgerald (Brisbane: Exon Publications, 2021), 177–192.

Abuso en la adultez

- Violencia sexual: entre el 7,7 % y el 64 % de los adultos autistas han sido víctimas.
- Violencia física: tasas que varían entre el 8 % y el 60 %.
- Abuso emocional y psicológico: entre el 22 % y el 70 %, incluyendo humillación, negligencia y manipulación.⁷⁷
- Victimización en incidentes policiales: en reportes de violencia doméstica, el 28 % de las personas autistas adultas figuran como víctimas principales.⁷⁸

Tipos de abuso en personas autistas

TIPO DE ABUSO	NIÑEZ AUTISTA	ADULTEZ AUTISTA
Abuso físico	≈ 16 %	8–60 %
Abuso sexual	≈ 40 %	7,7–64 %
Abuso emocional / psicológico	47–84 %	22–70 %
Ciberacoso	13 %	No disponible
Victimización reportada a policía	—	28 %

Las distintas formas de abuso —sobre todo aquellas sostenidas en el tiempo— minan progresivamente la capacidad y la disposición para confiar en los demás y en la vida.

El trauma es esa gran herida que no puede cerrarse por sí sola.

Estas cifras —si viviéramos en sociedades realmente comprometidas con el bienestar y la dignidad de todas las personas—

77 Rumball, F., Happé, F., & Grey, N. (2020). Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: Risk of PTSD diagnosis and predictive factors. *Autism Research*, 13(12), 2122–2132.

78 Weiss, J. A., & Fardella, M. A. (2018). Victimization and perpetration experiences of adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(9), 2966–2976.

deberían resultarnos impensables. Especialmente si se trata de quienes, por su discapacidad y por las múltiples intersecciones que a menudo la acompañan, requieren apoyos, ajustes razonables y protección frente a una vulnerabilidad evidente, para alcanzar una vida verdaderamente habitable.

El problema del «mal» no se reduce a la elección individual de realizar una acción consciente que dañe al otro. La sociedad normativa favorece —y en muchos casos autoriza silenciosamente— prácticas sistemáticas de deshumanización que habilitan tratar al que es percibido como distinto como alguien inferior: como un objeto, como un blanco legítimo de violencia, de desprecio, de perversión.

A grandes rasgos, existen dos formas principales de trauma psicológico:

- **Trauma de shock (también llamado trauma de choque o trauma tipo I)**⁷⁹: ocurre cuando un evento irrumpe abruptamente en la vida de la persona, desestabilizándola y deteniendo su desarrollo. Se trata de una experiencia que supera la capacidad del sistema nervioso para procesarla en el momento en que ocurre.

Si no logra ser integrada adecuadamente, puede derivar en un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

Según los criterios diagnósticos del DSM-5-TR y la CIE-11, el TEPT se caracteriza por:

79 Judith L. Herman, *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror* (New York: Basic Books, 1992).

Peter A. Levine, *Waking the Tiger: Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences* (Berkeley, CA: North Atlantic Books, 1997).

1. **Exposición a un trauma:** evento(s) extremadamente amenazantes o catastróficos (abuso, accidentes graves, violencia, guerra, etc.).
2. **Síntomas principales:**
 - **Reexperimentación:** flashbacks, pesadillas, pensamientos intrusivos que irrumpen involuntariamente.
 - **Evitación:** esfuerzo por alejarse de personas, lugares, recuerdos o emociones asociadas al evento.
 - **Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo:** disociación, sentimientos de culpa, terror o desesperanza.
 - **Hiperactivación fisiológica:** hipervigilancia, sobresaltos intensos, insomnio, dificultad para relajarse.
3. **Duración mayor a un mes:** los síntomas persisten más allá del tiempo esperado de reacción al trauma.
4. **Malestar clínicamente significativo:** los síntomas interfieren en el funcionamiento cotidiano, las relaciones interpersonales o el desempeño laboral.

Sintetizando:

Reexperimentación del o los eventos traumáticos en el presente, que suele manifestarse como imágenes vívidas intrusivas, recuerdos o flashbacks; conductas de evitación; y una sensación persistente de amenaza actual, evidenciada por hiperalerta o una reacción de sobresalto exagerada.⁸⁰

80 World Health Organization, International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision) (2019), <https://icd.who.int/>.

- **Trauma complejo (también denominado trauma relacional o trauma tipo II):**⁸¹ se refiere a un trastorno psicológico que resulta de una exposición prolongada y repetida a eventos traumáticos en el marco de relaciones interpersonales, especialmente durante la infancia y la adolescencia.

A diferencia del trauma de choque, que puede ser ocasionado por un evento único e impersonal, el trauma complejo es siempre causado por alguien, nunca por algo. Su origen es relacional. No proviene de una catástrofe natural, un accidente o una «fuerza mayor», sino del daño sostenido infligido por el prójimo: padres, cuidadores, maestros, figuras de autoridad. Es, por tanto, más difícil de elaborar, más corrosivo en su efecto.

El carácter repetido, cotidiano y vincular de este trauma lo convierte en una forma especialmente letal. Cuando el daño proviene de un miembro de la familia, es más devastador que cualquier accidente o desastre, porque no hay escapatoria posible de quien debería haber sido fuente de protección. Como

81 El concepto de trauma complejo fue propuesto inicialmente por Judith Lewis Herman en su obra *Trauma and Recovery* (1992), donde lo definió como el resultado de una exposición prolongada a situaciones de victimización interpersonal, especialmente en contextos de abuso infantil, violencia doméstica o cautiverio. A diferencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) clásico, el trauma complejo implica alteraciones profundas y persistentes en la regulación emocional, la autopercepción y la capacidad de establecer vínculos afectivos. Aunque este diagnóstico ha sido reconocido en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 bajo el nombre de «Trastorno de Estrés Postraumático Complejo» (código 6B40), no ha sido incluido oficialmente en el DSM-5-TR, que continúa limitándose a los criterios del TEPT clásico, si bien contempla presentaciones disociativas y cierta sintomatología persistente. Esta diferencia ha generado críticas en la comunidad clínica por parte de profesionales que consideran insuficiente dicha representación diagnóstica en el manual estadounidense.

ha señalado Boris Cyrulnik⁸², el dolor se intensifica por el componente de traición, lo cual vulnera las bases mismas de la identidad.

El trauma complejo no solo deja heridas psicológicas profundas. Erosiona la confianza, desarticula la noción misma de seguridad y corroe la posibilidad de sentir el mundo como un lugar habitable. Cuando quienes debieron protegernos se convierten en agentes del daño, se desmorona también la fe en la vida, en los vínculos, en el otro.

Amenaza, alostasis y trauma complejo

Frente a una amenaza, el cuerpo activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), lo que induce la liberación de adrenalina, una hormona que incrementa la presión arterial y la frecuencia cardíaca, movilizando así la respuesta de lucha o huida. Si esta respuesta no puede ejecutarse —es decir, si la persona no puede escapar ni defenderse—, se activa la liberación de cortisol, una hormona vinculada a la respuesta de miedo sostenido. En este estado, el organismo redistribuye su energía, reduciendo el flujo hacia los órganos internos y priorizando el envío de recursos a los músculos y al cerebro. El cuerpo puede entrar, entonces, en un estado de anestesia fisiológica y disociación emocional, como mecanismo de adaptación frente a un posible desenlace extremo.

Cuando estas experiencias amenazantes se repiten de manera crónica, el sistema nervioso pierde la capacidad de procesarlas o descargarlas adecuadamente. El estrés se vuelve tóxico, y el orga-

82 Boris Cyrulnik, *Les vilains petits canards* (Paris : Éditions Odile Jacob, 2001), 13 : «La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents». Existe edición en español: *Los patitos feos: La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida* (Barcelona: Gedisa, 2003).

nismo permanece en un estado de hipervigilancia permanente, incapaz de retornar a la homeostasis, es decir, al equilibrio fisiológico y emocional que debería restablecerse tras la resolución de una amenaza.

En este contexto, entra en juego el concepto de *alostasis*: la capacidad del organismo para mantener la estabilidad interna mediante ajustes dinámicos frente a los desafíos del entorno. Como lo definieron Sterling y Eyer, se trata de alcanzar una «estabilidad a través del cambio».⁸³ Es decir, el cuerpo puede adaptarse a estresores que van incrementándose y sostener el equilibrio funcional. Por ejemplo, si estamos habituados a cargar cinco libros en una mochila y luego añadimos un sexto, inicialmente percibiremos el aumento de peso, pero con el tiempo nuestro cuerpo se ajustará a esa nueva carga.

Sin embargo, cuando el organismo se encuentra en un estado constante de amenaza anticipada, la *alostasis* se vuelve insuficiente. El sistema permanece crónicamente hiperactivado, sin oportunidad real de restablecer el equilibrio. Así se acumula la carga *alostática*, es decir, el costo biológico acumulado de una adaptación sostenida en condiciones adversas. Esta carga no resuelta termina desbordando la capacidad adaptativa del sistema: la *alostasis* colapsa. Este quiebre puede manifestarse como colapso emocional (depresión, disociación), síntomas físicos persistentes (dolor crónico, enfermedades autoinmunes) y alteraciones del desarrollo cognitivo y afectivo, especialmente si ocurre durante las etapas tempranas de la vida.⁸⁴

83 Peter Sterling y Joseph Eyer, «Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology,» en *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, ed. S. Fisher y J. Reason (Chichester: John Wiley & Sons, 1988), 629–649.

84 Bruce S. McEwen, «Protective and Damaging Effects of Stress Mediators,» *New England Journal of Medicine* 338, no. 3 (1998): 171–179.

El trastorno de estrés postraumático complejo no se encuentra definido en el DSM-5-TR, pero sí ha sido incorporado en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11) como una entidad diagnóstica distinta del TEPT clásico. Este trastorno se caracteriza por una respuesta severa y persistente ante experiencias traumáticas prolongadas o repetidas, particularmente aquellas que ocurren en contextos relacionales significativos, como el abuso o la negligencia en la infancia. Sus criterios diagnósticos incluyen:

1. Reviviscencia del trauma:

Presencia de recuerdos intrusivos, pesadillas, flashbacks y malestar psicológico intenso al exponerse a recordatorios del trauma (como en el TEPT clásico).

2. Evitación y sentido persistente de amenaza:

- Evitación activa de personas, lugares, conversaciones o emociones asociadas al trauma.
- Hipervigilancia crónica y sobresaltos exagerados frente a estímulos mínimos, incluso neutros.

3. Desregulación emocional crónica:

- Dificultades persistentes para modular emociones.
- Cambios de humor abruptos, impulsividad, explosiones de ira, disociación y estados de embotamiento afectivo.

4. Alteraciones en el autoconcepto:

- Autoimagen negativa y persistente.
- Sentimientos de culpa o vergüenza extrema, sensación de inutilidad, vacío o desesperanza existencial.

Bessel van der Kolk, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma* (New York: Viking, 2014).

George P. Chrousos, «Stress and Disorders of the Stress System,» *Nature Reviews Endocrinology* 5, no. 7 (2009): 374–381.

5. Dificultades relacionales profundas:

- Patrón de aislamiento emocional o social.
- Desconfianza generalizada, miedo a la intimidad, relaciones caóticas o dependientes.

Comparación entre TEPT (tipo I) y TEPT-C (tipo II)

Aspecto	TEPT (tipo I)	TEPT-C (tipo II)
Naturaleza del trauma	Evento único, puntual, abrumador	Trauma relacional repetido y prolongado
Duración/exposición	Breve o limitado en el tiempo	Crónico, acumulativo, desde la infancia
Síntomas nucleares compartidos	Revivencia, evitación, hiperactivación	Revivencia, evitación, hiperactivación
Síntomas distintivos	Flashbacks, pesadillas, sobresalto	Disregulación emocional, disociación, vergüenza tóxica
Alteraciones del yo	Mantenimiento del sentido del yo	Alteración profunda del autoconcepto
Relaciones interpersonales	Impacto secundario en vínculos	Vínculos inseguros o caóticos
Trastornos asociados	Ansiedad, depresión, insomnio	Trastornos disociativos, trastorno límite, somatización
Ejemplos típicos	Accidente, desastre natural, agresión	Abuso infantil crónico, negligencia, cautiverio
Reconocido en CIE-11	Sí	Sí
Reconocido en DSM-5-TR	Sí	No (solo como características asociadas)

Bien sabemos los autistas cómo, desde los primeros contactos sociales, nuestra experiencia de vida confluye —casi inevitablemente— con la amenaza y el miedo constantes. Las instituciones educativas, lejos de ser espacios seguros, se debaten aún entre dos paradigmas igualmente limitantes: por un lado, modelos heredados de la revolución industrial, donde la escuela se concibe como una fábrica —con timbres, exámenes estandarizados, uniformidad y vigilancia—; por otro, modelos supuestamente «inclusivos» que reducen la inclusión a la mera presencia física del niño autista en el aula, como si bastara con «estar» para pertenecer.

La falta de adecuaciones sensoriales, curriculares y de evaluación convierte el proceso educativo en un entorno de estrés continuo. Pero no es solo una cuestión de sobrecarga sensorial o de desajuste cognitivo: también lo es de afecto, de reconocimiento, de reciprocidad emocional. Nuestras formas de expresar empatía, de vincularnos, de interactuar —distintas, no deficientes— suelen ser malinterpretadas. Desde muy temprano, somos rotulados como malcriados, inadecuados, solitarios, mimados, engreídos, desafiantes o incluso «insoportables». Y esas etiquetas no provienen únicamente de nuestros pares: muchas veces son pronunciadas, explícita o implícitamente, por quienes deberían estar llamados a cuidarnos a través de la enseñanza.

La exclusión, la marginación y el acoso escolar (*bullying*) constituyen experiencias habituales para muchas personas autistas durante su etapa educativa. La exposición constante a estímulos aversivos, la falta de adecuaciones sensoriales y curriculares, y el juicio negativo sobre nuestras formas de expresión e interacción conforman un entorno sostenido de amenaza e hipervigilancia. Esta situación se prolonga, en la mayoría de los casos, durante los once años de escolaridad obligatoria. Al

egresar, no es infrecuente la presencia de síntomas compatibles con un trastorno de estrés postraumático complejo.

Este escenario no se limita al ámbito educativo. Muchos otros entornos sociales replican estas condiciones, pero en términos de horas de exposición, solo el hogar supera a la escuela. Sin embargo, tampoco el espacio doméstico garantiza seguridad. Las personas autistas deberían poder expresar su forma de ser en todos los contextos, pero si hay un entorno donde esto debiera estar asegurado, es el hogar.

En la práctica, esto no siempre ocurre. En muchos casos, las dinámicas familiares han reemplazado los vínculos afectivos por estrategias coercitivas de disciplina, que pueden incluir violencia física o verbal. Las expresiones de disgusto frente a la imposibilidad de actuar *como los demás* se transforman en mensajes que erosionan la autoestima y el sentido de pertenencia.

Son pocas las personas autistas que han tenido la oportunidad de vivir su vida desde un lugar de autenticidad. La mayoría ha debido adaptarse a un estilo de vida neurotípico, ajeno a su modo de ser. Esa adaptación forzada, cuando es sostenida en el tiempo y no contiene espacios de reparación, genera daño. El resultado es un perfil clínico marcado por la sobreexigencia, la fatiga crónica, la desregulación emocional, la desconfianza relacional y, en muchos casos, la sintomatología traumática.

Aunque este fenómeno no ha sido suficientemente investigado, los testimonios de adultos autistas, tanto en la práctica clínica como en la producción académica y activista en primera persona, señalan de manera consistente la presencia de trauma complejo como una experiencia común. Su prevención y abordaje deberían ser considerados aspectos centrales en cualquier estrategia de acompañamiento a personas autistas.

En ausencia de estudios específicos sobre trauma complejo, pueden utilizarse como aproximación los datos existentes sobre trastorno de estrés postraumático (TEPT). En la población general, su prevalencia oscila entre el 4 % y el 4,5 %. En población autista, los estudios disponibles reportan cifras entre el 32 % y el 45 %.^{85 86}

85 Faye Rumball, Francesca Happé, y Norah Grey, «Experience of Trauma and PTSD Symptoms in Autistic Adults: Risk of PTSD Development Following DSM-5 and Non-DSM-5 Traumatic Life Events,» *Autism Research* 13, no. 12 (2020): 2122–2132.

Faye Rumball et al., «Heightened Risk of Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Autism Spectrum Disorder: The Role of Cumulative Trauma and Memory Deficits,» *Research in Developmental Disabilities* 110 (2021): 103848.

Naama Haruvi-Lamdan et al., «Autism Spectrum Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder: An Unexplored Co-Occurrence of Conditions,» *Autism* 24, no. 4 (2020): 884–898.

86 El estudio que reporta la mayor prevalencia de TEPT en adultos autistas —un 66,67 %— es el de Lobregt-van Buuren et al., centrado en la viabilidad de la terapia EMDR para personas autistas con antecedentes de eventos adversos. Véase: Elske Lobregt-van Buuren, Berber Sizoo, Liesbeth Mevissen y Ad de Jongh, «Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy as a Feasible and Potential Effective Treatment for Adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a History of Adverse Events,» *Journal of Autism and Developmental Disorders* 49, no. 1 (2019): 151–164. Para una revisión sistemática más reciente sobre la evaluación y el tratamiento del TEPT en personas autistas, véase también: Alice M. G. Quinton et al., «The Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder in Autistic People: A Systematic Review,» *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* (2024).

Comparación de investigaciones sobre TEPT y TEPT-C en personas autistas

Aspecto	TEPT (tipo I)	TEPT-C (tipo II)
Diagnóstico evaluado	TEPT según DSM-5 o CIE-11	TEPT complejo (CIE-11)
Prevalencia estimada en autismo	17% a 45% (según edad y método)	No hay cifras de prevalencia claras
Cantidad de estudios indexados	Más de 15 estudios indexados	Ningún estudio epidemiológico específico en autismo
Herramientas diagnósticas utilizadas	PCL-5, CAPS, entrevistas clínicas	Inferido clínicamente, sin instrumentos validados en autismo
Datos longitudinales disponibles	Sí (ej. cohorte Taiwán 2024)	No
Presencia en revisiones sistemáticas	Sí (Rumball 2020, Quinton 2024)	Ausente o inferido en revisiones
Reconocimiento en guías clínicas	Sí (DSM-5 y CIE-11)	Solo CIE-11 lo reconoce (no DSM-5)
Limitaciones actuales	Síntomas a veces atípicos en autismo, riesgo de subdiagnóstico	No hay estudios específicos; se infiere por trauma acumulativo

Trauma y resiliencia

No todas las personas expuestas a una situación traumática desarrollan un trastorno asociado. El trauma no es el evento en sí, sino la forma en que este interrumpe la continuidad de la experiencia vital. En ese sentido, un trauma detiene y estanca el desarrollo de la vida. La posibilidad de retomar ese desarrollo depende de la activación de un proceso de resiliencia.

«La resiliencia es un proceso neuropsicosocial que permite retomar un nuevo desarrollo tras el trauma».⁸⁷ Aunque el concepto

87 Boris Cyrulnik, «Narrative Resilience: Neurological and Psychotherapeutic Reflections,» en *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*, ed. Michael Ungar (New York: Oxford University Press, 2021).

tiene antecedentes en la literatura psicológica anglosajona — particularmente en los trabajos pioneros de Norman Garmezy, Michael Rutter y Emmy Werner entre las décadas de 1970 y 1980— fue Boris Cyrulnik quien lo consolidó y popularizó en el ámbito francófono. Su propuesta se distingue por integrar tres dimensiones clave en el proceso de recuperación: la neurobiológica, la narrativa y la relacional. En su enfoque, los vínculos afectivos significativos y la reconstrucción simbólica del yo son elementos centrales para salir del estancamiento traumático.

Más que creador del concepto, Cyrulnik ha sido su principal divulgador y renovador clínico-cultural.⁸⁸

El concepto de resiliencia ha sido banalizado en los últimos años por discursos de autoayuda, programas de coaching y narrativas centradas en la productividad personal. Se ha convertido, muchas veces, en un imperativo vacío: «ser resiliente» como obligación moral, como mandato de fortaleza. En este contexto, se ofrecen talleres que pretenden «enseñar» resiliencia como si se tratara de una habilidad más, independiente del sufrimiento y de las condiciones materiales y vinculares que hacen posible —o no— una recuperación real.⁸⁹

88 Véase:

Rutter, Michael. «Protective Factors in Children's Responses to Stress and Disadvantage». En *Primary Prevention of Psychopathology*: Vol. 3. Social Competence in Children, editado por M. Kent y J. Rolf, 49–74. Hanover, NH: University Press of New England, 1979.

Garmezy, Norman. «Vulnerability Research and the Issue of Primary Prevention». *American Journal of Orthopsychiatry* 41, no. 1 (1971): 101–116.

Werner, Emmy E. *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. New York: McGraw-Hill, 1982.

Cyrulnik, *Les vilains petits canards*.

89 «Si me propusieran un taller de resiliencia de fin de semana, saldría corriendo». Boris Cyrulnik, citado en «Boris Cyrulnik : entre concept de résilience et théorie de l'attachement,» en *Action Enfance*, 2023, <https://www.actionenfance.org/>

Es necesario insistir en que la resiliencia no es una reacción espontánea ni un rasgo de personalidad, sino un proceso. Boris Cyrulnik⁹⁰ ha sostenido con claridad que se trata de una trayectoria condicional, influida por múltiples factores antes, durante y después del acontecimiento traumático.

Para que pueda emerger una posibilidad de recuperación, deben cumplirse ciertos requisitos fundamentales:

- Antes del trauma: importa profundamente con qué recursos psíquicos se llega al evento traumático. ¿La persona ha desarrollado un apego seguro? ¿Dispone de una base mínima de confianza en sí misma? El impacto del trauma no será igual en alguien que ha tenido experiencias tempranas protectoras y vínculos significativos. Además, es esencial considerar el papel del trauma sensorial, particularmente en personas neurodivergentes, cuya experiencia del mundo puede intensificar la percepción de amenaza y desregulación.
- Durante el trauma: el vínculo con el agresor o con la fuente de daño es determinante. No es lo mismo ser herido por un extraño que serlo por una figura afectiva cercana. De hecho, los traumas más duraderos suelen derivar de vínculos de confianza traicionados. En esta etapa, pueden activarse —o no— las fortalezas previas que modulen la experiencia de colapso.
- Después del trauma: la resiliencia depende del entorno post-traumático. ¿La persona ha recibido apoyo afectivo? ¿Ha encontrado un contexto humano de validación y cuidado? ¿Ha podido construir una narrativa compartida que dé sentido a lo ocurrido? Si no es posible hacer una historia con

actualites/boris-cyrulnik-entre-concept-de-resilience-et-theorie-de-attachement/.

90 Cyrulnik, *Les vilains petits canards*.

otro —una historia que nombre el daño, que reparta las responsabilidades fuera del yo, que permita recordar sin seguir temiendo—, entonces no es posible seguir adelante. En este punto, el acompañamiento, la palabra, y el vínculo reparador son elementos centrales del proceso.

En soledad, no hay resiliencia.

Storgé informado

Storgé —el amor cuidadoso de las primeras figuras— debe ser lo suficientemente bueno, presente y atento para garantizar aquellas dimensiones del proceso que sí dependen de él. El desarrollo de un apego seguro es fundamental, como se ha señalado, para brindar una base de confianza en la vida, en los vínculos y en uno mismo. El amor de quienes cuidan en la infancia no solo protege, sino que sostiene: es la columna vertebral del psiquismo cuando este se enfrenta, más adelante, a los embates del dolor provocado por otros. Es el cayado que evita la caída o permite el apoyo necesario para levantarse.

En el caso de un infante autista, un apego seguro solo podrá desarrollarse si puede confiar en la posibilidad de vivir una vida autista —es decir, una vida respetada en su diferencia. Esto requiere, desde un inicio, que el entorno reconozca su neurotipo no como déficit sino como una forma válida de ser en el mundo. Solo así será posible afirmar su singularidad sin exponerla al constante juicio o a la expectativa de normalización.

Por ello, la identificación temprana es clave. Sabemos que es posible identificar las características del autismo desde el año y medio de vida, cuando sus manifestaciones ya han emergido de manera consistente. Esta identificación no debe estar guiada por una lógica correctiva, sino por el propósito de prevenir el trauma sensorial a través del conocimiento del perfil perceptivo del niño

y de la adaptación del entorno a sus necesidades concretas.

Asimismo, conocer las etapas y expresiones del neurodesarrollo autista permite que estas sean afirmadas y validadas, sin compararlas ni forzarlas a encajar en las trayectorias del desarrollo neurotípico. Esta validación temprana es un acto de amor, y una forma concreta de prevención del sufrimiento.

También podemos incidir en la construcción de redes de apoyo y sostén afectivo más allá del núcleo familiar: en barrios, parroquias, clubes, escuelas. Estos espacios pueden convertirse en lugares de acogida y reparación si logran ofrecer una mirada que no juzgue ni revictimice, que sepa sostener en silencio, acompañar sin imponer, y hablar cuando sea necesario. Son territorios posibles para la cicatrización de las heridas.

Por eso, incluso en ausencia de un apego seguro, una mirada, una señal de comprensión, una mano desasida del daño y abierta al cuidado, puede ser suficiente para encender la chispa de un proceso de resiliencia.

«Bienaventurados los que están rotos, porque ellos dejarán pasar la luz», escribe Josef Schovanec⁹¹ —filósofo y autor autista—. Y con él podemos recordar también el verso de Leonard Cohen: «Hay una grieta en todo, así es como entra la luz».⁹²

Siempre me ha asombrado el *kintsugi*, técnica artística japonesa que consiste en reparar y unir las piezas rotas de una cerámica con una resina mezclada con polvo de oro. Lo roto no se descarta: por el contrario, se resignifica y se reconstruye con un metal precioso. Las heridas pueden convertirse, así, en memoria luminosa del trabajo de recuperación.

91 Josef Schovanec, *Yo pienso diferente: El extraordinario testimonio de un autista*. (Madrid: Ediciones Palabra, 2015).

92 Leonard Cohen, *Anthem*, en *The Future*, Columbia Records, 1992, vinilo.

Pero para ello, esa «luz» que viene desde afuera no solo debe ser capaz de reparar: debe encontrar solidez en las piezas que intenta reconstruir. Y debe haber, también, un artesano que comprenda el proceso, que sepa acompañarlo con respeto. Trabajar, así, con el brillo de una apuesta por la vida, ayudando a que esta retome —o comience a conocer— su curso.

Vivir con cicatrices, pero no solo desde la cicatriz.

Yo no era mi herida. Hoy no soy mi cicatriz.

Puedo mirarla como parte de la vasta historia que soy y seré.

Resignificarla para poder habitarla.

Solo así se retoma el desarrollo después de la ruptura.

Solo así se vuelve —o se comienza— a brillar.

Solo así se recupera la confianza en la vida.

Solo así, la bienaventuranza es de quienes están rotos.

Lo siniestro: el autismo y la deshumanización

La propaganda capacitista, sostenida por el modelo médico como poder normativo que define qué es «normal» y, por tanto, humano, presenta al autismo como un problema a resolver: un dilema donde solo algunos serían «educables» y potencialmente útiles para la sociedad —estos eran, por cierto, los argumentos de Hans Asperger para justificar la vida de unos sobre la de otros—, mientras que otros son vistos como entes que la genética futura debería evitar. Sujetos a rehabilitación constante, cargas económicas para sus cuidadores y para el Estado, personas supuestamente menos capaces de empatizar, decidir de manera autónoma o alcanzar una independencia funcional. Una sentencia para las instituciones públicas o privadas, para las que cualquier mecanismo de inclusión resulta desbordante. Cosas, finalmente: cosas de las que hay que hacerse cargo solo por ciertas consideraciones éticas difusas, que el progreso —algún

día— debería ordenar.

Los autistas somos excluidos de aquellas características donde, teóricamente, se define lo netamente humano. Tal como señala Monique Botha,⁹³ una vasta porción de la literatura científica sobre el autismo identifica como elementos fundamentales de la naturaleza humana la atención conjunta y la denominada intencionalidad compartida —clave del comportamiento cooperativo socialmente esperado—. Estas y otras funciones asociadas al comportamiento neurotípico, al no estar presentes o desarrollarse de manera divergente en las personas autistas, se interpretan como una pérdida de humanidad, una suerte de estancamiento evolutivo en el camino hacia una humanidad de pleno derecho.⁹⁴

Uno de los epígrafes citados por Botha es claramente ilustrativo:

«En general, parece que ni los simios ni los niños con autismo tienen —al menos no en la misma medida que los niños humanos con desarrollo típico— la motivación o la capacidad para compartir cosas psicológicamente con otros. Esto significa que ambos tienen habilidades muy limitadas para crear cosas culturalmente con otras personas».⁹⁵

93 Monique Botha, «Academic, Activist, or Advocate? Angry, Entangled, and Emerging: A Critical Reflection on Autism Knowledge Production,» *Frontiers in Psychology* 12 (2021): Article 727542.

94 «La investigación o las narrativas que deshumanizan y/o estigmatizan no solo constituyen un acto de violencia contra las personas autistas, sino que además facilitan la permisividad de formas de violencia más íntimas, como la victimización interpersonal. Como he señalado tanto en trabajos empíricos (Botha et al., 2020) como teóricos (Botha, en prensa), la deshumanización de las personas autistas en la investigación es endémica». Véase: Monique Botha, «Academic, Activist, or Advocate? Angry, Entangled, and Emerging: A Critical Reflection on Autism Knowledge Production,» *Frontiers in Psychology* 12.

95 Michael Tomasello, Malinda Carpenter, Josep Call, Tanya Behne, and Henrike

Debemos a Michael Tomasello estudios bastante completos sobre la emergencia de la atención conjunta y su relación con el desarrollo de la intencionalidad compartida. Sin embargo, parece existir para él (como para otros autores, en general) un único modelo evolutivo posible. Las formas de establecer un marco atencional compartido y un modelo cooperativo se dan sobre la base de estructuras y necesidades diferentes en el caso del autismo: por ejemplo, a través de una conexión sostenida en paralelo —estar cerca de alguien que se estima sin necesidad de una comunicación directa o con interacciones espaciadas— o mediante el intercambio en torno a intereses profundos, como veremos.

Mientras menos semejante sea el otro, mientras menos humano, menos consciente, menos empático, más despojado será de su subjetividad, de su condición de sujeto, para ser cosificado y tratado, en consecuencia, como objeto. Ejercer el mal no implica volvernos monstruos; el mal y sus expresiones pueden ser banales, como demostró Arendt. Para practicar el dominio y el abuso, en los humanos comunes y corrientes, se requiere una «desconexión moral», tal como explicó Albert Bandura.⁹⁶ A ello se llega a través de mecanismos psicológicos que desactivan o suspenden la alteridad y el sentido moral respecto del otro. Estos mecanismos pueden ser:

- 1. Reconstrucción moral del acto:** transformar un acto moralmente dañino en algo aceptable o incluso deseable.
- Justificación moral: «lo hice por el bien de todos».

Moll, «Understanding and Sharing Intentions: The Origins of Cultural Cognition,» *Behavioral and Brain Sciences* 28 (2005): 675–691; discussion 691–735.

96 Albert Bandura, «Moral Disengagement in the Perpetration of Inhumanities,» *Personality and Social Psychology Review* 3, no. 3 (1999): 193–209.

- Lenguaje eufemístico: «daño colateral»; «reestructuración» por «despido masivo».
- Comparación ventajosa: «al menos no los matamos»; «nosotros matamos menos».

2. Disminución de la responsabilidad personal:

- Disminución de la responsabilidad individual: «solo seguía órdenes».
- Difusión de la responsabilidad: «todos lo hicimos».

3. Distorsión de las consecuencias:

- Se niega o minimiza el impacto negativo del acto: «no creo que haya sido tan grave».

4. Desvalorización de la víctima:

- Deshumanización: «no son como nosotros».
- Atribución de la culpa a la víctima: «me provocó».

Estos mecanismos permiten conservar una autoimagen moral intacta, incluso frente a acciones que resultan objetivamente inmorales o dañinas.

Puede observarse una combinación de todos ellos en la manera en que se trata a las personas autistas —y, en general, a cualquiera que se desvíe de la norma— en distintos espacios sociales: desde los patios escolares, pasando por los centros médicos, hasta las universidades y los entornos laborales.

En este punto, conviene aclarar que nos referimos aquí, principalmente, a quienes tienen mayor grado de agencia dentro del espectro. Porque muchos —en particular, quienes no son hablantes o requieren apoyos más intensos— permanecen bajo tutela en el hogar familiar. Esto no implica que estén menos expuestos al maltrato; de hecho, en esos contextos suelen vivir formas severas de abuso que ni pueden comunicar ni denunciar con facilidad.

Sin embargo, emerge aquí una paradoja difícil de ignorar: cuanta más autonomía tiene una persona autista, más expuesta queda al abuso.

La razón es simple: cuanto más participamos de la vida social ordinaria, más visibles se vuelven nuestras diferencias. Y cuanto más visibles, mayor es la probabilidad de ser objeto de deshumanización activa. Como advierte Nick Haslam,⁹⁷ cuando alguien es percibido como menos semejante al grupo, tiende a ser despojado de aquello que culturalmente entendemos como «humano»: emociones complejas, racionalidad, agencia. Y cuando esa deshumanización se consolida, se allana el terreno para la desconexión moral.

Esto puede verse con nitidez en el fenómeno conocido como *mate crime*:⁹⁸ una forma de abuso, explotación o violencia ejercida por alguien que finge una relación de amistad con una persona en situación de discapacidad o vulnerabilidad, con el fin de manipularla o dañarla.

Contrario al mito popular, las personas autistas no necesariamente buscamos la soledad ni somos misántropas por naturaleza. Muy por el contrario: los testimonios y estudios muestran nuestro deseo genuino de entablar amistades, junto con la frustración frecuente de no saber cómo lograrlas. La exclusión sistemática, sumada al anhelo herido, puede hacer que nos encontremos —en especial dada nuestra dificultad para interpretar la intencionalidad compleja del otro— sorprendidos, deslumbrados y agradecidos ante una mano que se nos tiende en gesto de cercanía.

97 Nick Haslam, «Dehumanization: An Integrative Review,» *Personality and Social Psychology Review* 10, no. 3 (2006): 252–264.

98 No existe una traducción exacta en español pero podríamos denominarlo «crimen de falso amigo».

Queda claro, entonces, que ser autista en nuestra sociedad implica un factor de riesgo específico para sufrir abusos que deriven en distintas formas de trauma.

Storgé revisitado

Storgé, como hemos venido señalando, es la forma de amor afectivo, aquel que surge de la familiaridad prolongada, del trato constante. Es el amor entre padres e hijos. Según C.S. Lewis, «es el más natural de los amores; es el amor que está presente cuando no se requiere nada más».⁹⁹ Para este autor, dijimos, Storgé es una forma de amor-necesidad.

En la imagen de una madre que cuida a su recién nacido, es fácil advertir la dependencia total del infante. Pero, ¿qué ocurre con quien cuida? ¿Qué necesita ella? Necesita dar. En esa escena, la necesidad del otro —de ese ser que depende absolutamente de nosotros, que moriría sin nuestro cuidado físico y afectivo— es lo que da origen al amor.

Es, entonces, natural e instintivo. Se acrecienta en la cotidianeidad compartida, en los patrones que vinculan a quien es cuidado con quien cuida. En la presencia constante. En la rutina y en los rituales que se transforman en aceptación mutua.

Frente a ciertas corrientes de paternaje y maternaje que, a mi juicio, resultan tóxicas, podemos afirmar:

- I. Un hijo discapacitado, un hijo autista, no ha sido «enviado» por alguien (Dios) por haber sido elegido como un «gran guerrero» o «gran guerrera».
- II. Un hijo autista no ha llegado como forma de aprendizaje ni como vía de elevación espiritual o moral para sus padres.

99 Lewis, *The Four Loves*.

III. Un hijo autista no necesita un padre superhéroe ni una madre «luchona». Necesita, simplemente, alguien lo suficientemente vulnerable, lo suficientemente bueno, para poder cuidarlo.

Tal como señala Jean Vanier: «Amar no significa hacer cosas extraordinarias o heroicas. Significa saber hacer las cosas ordinarias con ternura».¹⁰⁰ Vanier fue un teólogo católico y filósofo, reconocido por haber fundado las comunidades de *El Arca*: hogares y redes de apoyo para personas con discapacidad intelectual, donde el cuidado se ejerce de manera familiar.

El amor de familia es uno habitual, hecho de instantes diminutos e insignificantes que, sin embargo, lo son todo. Como bien sabemos los autistas, la gran maravilla está en los detalles.

El valor de los padres reside en lo profundo de su humana falencia, del error inevitable, de la ignorancia que tantas veces descuida y daña, y que, por acción de un amor que brota espontáneamente, es capaz de reparar cada tropiezo, de enderezar el rumbo, de renovar la esperanza.

No importa tanto la dimensión del error —cuando este no ha sido del todo consciente ni ha involucrado la crueldad— como la posibilidad de convocar lo mejor de uno mismo para reparar; para mostrar al otro, al pequeño, que no existe un cuidado perfecto. Que no solo es imposible, sino acaso innecesario.

Puedo confiar, incluso en los momentos de menor claridad, en que los mejores motivos de mis padres asomarán. Y que así —y de manera parecida— podrá surgir en mí lo luminoso, incluso en medio de mis sombras futuras.

Porque así me lo han demostrado.

100 Jean Vanier, *Community and Growth*, rev. ed. (New York: Paulist Press, 1989).

Y esto, eso precisamente, es algo muy cercano al milagro.¹⁰¹

Como bien señaló Erikson, la confianza básica —aquella nacida de la seguridad brindada por mis cuidadores— no solo implica saber que seré alimentado con comida terrenal y con cuidados afectivos. También será proyectada al mundo mismo, a la vida entera.¹⁰²

El Storgé no es espectacular ni requiere fuegos de artificio: es doméstico. Intrascendente como una tarde de domingo, banal como los platos recién lavados. Pero de esos fundamentos insignificantes está compuesto el aroma de la infancia. Ese que tanto evocamos y que, a veces, llega de ninguna parte. Y puede infundirnos la vitalidad necesaria... o derrumbarnos nuevamente.

Cuidar a un hijo discapacitado, a un hijo autista, requerirá una profunda vocación paterna o materna, un compromiso radical, sin duda. Pero no es algo que esté más allá de nuestras capacidades. Ni del afecto potencial que nos ha sido otorgado por herencia genética y cultural como especie.

No necesitamos capas ni atributos ajenos a nuestra humanidad.

Lo que se nos pide es sintonizar, profundamente, con los fundamentos de la humanidad misma.

Aprendemos lo que significa ser humanos cuando estamos —en cercanía y disposición— con aquellos a quienes el mundo suele excluir como si fuesen subhumanos, como ha señalado Stanley Hauerwas.¹⁰³

101 Vanier, *Community and Growth*.

102 Erikson, *Childhood and Society*.

103 Stanley Hauerwas, *Suffering Presence: Theological Reflections on Medicine, the Mentally Handicapped, and the Church* (Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press, 1986).

Storgé convoca la presencia: una presencia estable, no perfecta. Esta debe, además, permanecer constante en el cuidado a lo largo del tiempo. Cuidar no tiene que ver con arreglar, sino con ofrecer la seguridad necesaria.

No se trata solo de ser constantes en el tiempo del cuidado, sino —sobre todo— de mantener una sintonía profunda con el cuerpo y la mente de quien es cuidado. Buscar reparar o rehabilitar al hijo no es sino la huella de un extravío derivado del modelo médico.

El mito del ser independiente: los extravíos del amor

La medicina contemporánea busca intervenir, pero poco sabe de acompañar. Vivimos pendientes del mito de la autonomía y nos alejamos de la presencia solidaria, privilegiando una ética individualista en detrimento de una ética del cuidado.

Hemos señalado ya que todo padre —está en nuestra naturaleza— se sublevará frente a lo desconocido que ataca a su hijo, sobre todo cuando esto se desvía de lo típico y reaparece bajo la más cara de la negatividad: la enfermedad, lo anormal, lo monstruoso... las entrañas del sufrimiento mismo. ¿Qué padre no evitaría esto?

El estatuto de lo doloroso, sabemos, no puede siempre evitarse, sobre todo aquel que forma parte de la existencia misma: porque le ocurre a otro —una muerte cercana, por ejemplo— o porque acaece sobre nosotros mismos, de modo transitorio como el duelo, o permanente como la pérdida de una extremidad. Hay sufrimientos que deben ser superados, y otros que forman parte de lo humano y simplemente deben ser habitados.

Sin embargo, vivimos en un tiempo que huye indiscriminadamente de toda aflicción, olvidando su dimensión constitutiva en la identidad humana. No se trata de un disfrute pasivo del

padecimiento, ni de un masoquismo expectante, sino de una disposición frente a aquellas calamidades imposibles de remitir, a las que aun así nos oponemos, sin una clara derrota.

Hoy, nuestros contemporáneos —y los Estados— saben elegir las fechas del deceso, filtrar quién nace, reinventar cada porción del cuerpo, cambiar toda índole por su contraria o inventarse una nueva, adquirirlo todo... ¿cómo podría ser posible, entonces, cualquier atisbo de frustración?

El dolor, la pesadumbre, la resignación, pero también el dominio y la imperturbabilidad frente a los límites de la existencia, devienen vanos, inservibles, imposibles. Contra «la muerte soberana que vendrá cuando yo quiera» de Zaratustra,¹⁰⁴ nadie puede, verdaderamente, añadir una sola hora más al curso de su vida.¹⁰⁵

La discapacidad, y el dolor que emana de ella, no son únicamente realidades objetivas: también configuran subjetivamente la identidad. El hijo discapacitado se convierte en una *presencia sufriente*¹⁰⁶ para los padres, sobre todo cuando parece incapaz de expresar gratitud, de devolver los cuidados en el presente y —acaso— tampoco en el futuro. Y, sin embargo, por gracia del Storgé, esa presencia que sufre, esa existencia vulnerable, reclama algo más: presencia, permanencia y vínculo. Nos interpela y exige nuestro reconocimiento y compromiso. Enciende en nosotros la necesidad de cuidarlo y de amarlo.

Sin embargo, este amor no está exento de extravíos. La rebe-

104 Nietzsche, F. (2004). *Así habló Zaratustra: Un libro para todos y para nadie* (trad. A. Sánchez Pascual). Madrid: Alianza Editorial. Parte I, Capítulo XXI: «De la muerte libre».

105 Mateo 6, 27.

106 Hauerwas, *Suffering Presence*.

lión contra el sufrimiento equivoca, tantas veces, su perspectiva: centra el origen del dolor en quien lo padece y no en las potencias exteriores que lo generan y exacerban. Tal como enseñan el modelo social y el modelo social-relacional de la discapacidad, esta se encuentra menos en el cuerpo o en la mente de la persona que en el entorno que la discapacita: en las barreras y en la displicencia estructural para removerlas. Cuando la discapacidad se ubica en el ser, se potencia la sombra de la anomalía y la urgencia de la reparación.

ABA, entrenamiento y trauma

Solamente así se explican todos los intentos, arrebatos, conjuros y tecnologías empeñadas en desterrar el autismo de aquel cuerpo-mente llamado a ser «normal». Solo así se entiende el persistente auge del ABA (Análisis Conductual Aplicado), ya no solo por la conveniencia de las aseguradoras, sino por el convencimiento profundo de un gran número de padres que ven allí una esperanza: no ya la de «recuperar» al hijo autista, pero sí —al menos— la de que se note menos, de que se vuelva más funcional, de que se aproxime al (neuro)típico que por fallida naturaleza no alcanzó a ser.

El ABA, como muchos otros enfoques conductuales derivados de este, se aplica en ausencia del consentimiento de la persona que lo recibe, ya sea porque se desestiman sus protestas, su malestar emocional o sensorial, o bien porque no posee un sistema de comunicación eficaz para expresarlos. Se centra en la supresión de conductas naturales del autismo —diversas formas de *stimming*, la evitación del contacto ocular, la necesidad de predictibilidad— y privilegia la imagen externa: la conducta típica o cuasi típica obtenida, por encima del bienestar interno.

Numerosos testimonios de adultos autistas —demasiados

para ser considerados meramente anecdóticos— enfatizan el carácter abusivo del ABA y el profundo malestar que genera, no solo durante su aplicación sino también a través de secuelas duraderas que pueden derivar en un trastorno de estrés postraumático. Diversas voces dentro de la comunidad autista han expresado —y siguen expresando— que este método no hace más que priorizar la obediencia por encima de la autodeterminación y la autonomía. Genera condicionamientos dolorosos sobre la identidad y el sí mismo autista, reprimiendo el yo auténtico en nombre de una supuesta funcionalidad social.

Testimonios recogidos por Tamara Cumming y colaboradores¹⁰⁷ enfatizan estos efectos:

«Cuando recibí ABA, muy a menudo me sentía impotente y desesperado, a veces también furioso... Me enseñaron que mi forma de ser era inherentemente incorrecta. Ahora tengo que pasar décadas desaprendiendo lo que me inculcaron a la fuerza».

Tal como evidenció el estudio de Henry Kuperstein,¹⁰⁸ realizado con una muestra de 460 adultos autistas, quienes habían recibido ABA reportaban síntomas consistentes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en un 46 %, frente a un 28 % entre quienes recibieron otras formas de terapia.¹⁰⁹ Estos da-

107 Tamara M. Cumming, Iva Strnadová, Jitka Danker, y Carolyn Basckin, «I Was Taught That My Being Was Inherently Wrong: Is Applied Behavioural Analysis a Socially Valid Practice?», *International Journal of Arts Humanities and Social Sciences Studies* 5, no. 12 (2020): 72–81.

108 Henry Kuperstein, «Evidence of Increased PTSD Symptoms in Autistics Exposed to Applied Behavior Analysis», *Advances in Autism* 4, no. 1 (2018): 19–29.

109 Este estudio no ha estado exento de críticas por parte de profesionales vinculados a la práctica del Análisis Conductual Aplicado (ABA). Sin embargo, fue uno de los primeros en intentar documentar empíricamente la experiencia subjetiva del trauma post-ABA, abriendo así una línea de debate académico y una demanda de investigaciones cualitativas y longitudinales más robustas. Refleja además

tos coinciden con los cientos de testimonios de adultos autistas que relatan haber sido sometidos a esta intervención y con las campañas impulsadas por la propia comunidad autista bajo la etiqueta #StopABA en diversas redes sociales.¹¹⁰

¿Cómo hará Storgé para, confundido y con las armas equivocadas, avanzar en el vínculo con quien allí yace, esperándolo, desde su amor-necesidad, desde aquella mirada que lo busca sin necesitar contacto visual para encontrarse?

Cuidar desde las características autistas

Un padre, una madre, un cuidador, puede querer genuinamente cuidar con responsabilidad y permanencia, con una presencia cálida... y aun así fracasar triste y estrepitosamente. Porque no basta la voluntad ni la intención de querer hacerlo bien (el infierno, se dice, está empedrado de ellas); es necesario (psico) educarse en autismo desde una perspectiva autista, desde una mirada neuroafirmativa. Trascender cierto trecho del duelo, del desengaño, de la rabia, de las mentiras de la sociedad neuro-normativa. Recorrer ese camino, al menos en parte, para volver a mirar. Para contemplar, en el rostro de ese otro con quien se comparte un lazo, los justos límites de la propia diferencia y, en

una preocupación ética ampliamente compartida por miles de testimonios contemporáneos de personas autistas. Véase también: Henny Kupferstein, «Why Caregivers Discontinue Applied Behavior Analysis (ABA) and Choose Communication-Based Autism Interventions,» *Advances in Autism* 6, no. 1 (2020): 72–80.

También:

David A. Wilkenfeld y Amy M. McCarthy, «Ethical Concerns with Applied Behavior Analysis for Autism Spectrum 'Disorder',» *Kennedy Institute of Ethics Journal* 30, no. 1 (2020): 31–69.

110 Stop ABA, Support Autistics. *Home Blog*. Último acceso: 1 de octubre de 2025. <https://stopabasupportautistics.home.blog/>

ellos, atreverse a elegir un modo de cuidado. Uno donde Storgé pueda habitar y reconocerse.

El desconocimiento puede llevarnos a ignorar la evolución y la emergencia de las características autistas. Se dice que hacia el año y medio el autismo ya es detectable, y muchas de las escalas de observación apuntan hacia esa edad. No obstante, mucho antes existen señales más o menos nítidas de un (neuro) desarrollo atípico.

A los nueve meses, tal como señalan Tomasello¹¹¹ y otros teóricos, ocurre una «revolución» en el desarrollo esperado. El niño, que hasta entonces posee una intersubjetividad primaria —una atención diádica, es decir, dirigida hacia los objetos o hacia las personas— empieza a poder realizar ambas acciones de modo simultáneo: prestar atención a un objeto en relación con una persona.

Surge así la llamada «escena de atención conjunta»: tú y yo podemos dirigir nuestra atención hacia un objeto, y ambos sabemos que estamos compartiendo esa intención. A partir de entonces, el niño típico comienza a verificar la atención del adulto, sigue su mirada, y empieza a dirigir, mediante gestos —principalmente el señalamiento con el índice— la atención del otro. Ya sea para pedir, mostrar o compartir información.

Esto posibilita, hacia el mes 14, la aparición de la llamada intencionalidad compartida: el niño ya puede tomar en cuenta la perspectiva del otro, realizar inferencias basadas en sus necesidades e implicarse en procesos cooperativos. Actividades sostenidas donde ya podemos decir: «nosotros hacemos...».

Todo ello, desde el desarrollo esperado. ¿Pero qué pasa en el autista? No solo es necesario que Storgé comprenda que

111 Tomasello, *The cultural origins of human cognition*.

es distinto, sino que aprenda a interpretar el afecto desde esa diferencia.

Quizá sea momento de actualizar algunas ideas que intenté plasmar en mi primer libro¹¹² y que hoy podrían ser repensadas a la luz de nuevos entendimientos.

Nuestra mente autista —lo hemos ido señalando— nace con una disposición innata a fijar la atención en los detalles, buscar patrones, sistematizar de modo profundo la información. Por eso, durante el neurodesarrollo autista, se prolongará —y de hecho será nuestra impronta— el tipo de intersubjetividad primaria: puedo ponerte atención a ti o al objeto, pero no a ambos al mismo tiempo.

Mi mente es monotrópica: trabaja en profundidad un tema a la vez y, generalmente, a través de un único canal sensorial preferido. Frases que escuchamos desde niños como «mírame que te estoy hablando» nos dejaban perplejos: «si me estás hablando, necesito escucharte, no mirarte».

Por esta razón también muchos de nosotros, durante más tiempo del que se espera típicamente, llevamos de la mano al adulto hacia aquello que necesitamos o deseamos mostrar. La triangulación implícita en el acto de señalar no opera de la misma manera: necesitamos estar con alguien, frente a algo, para garantizar que observamos lo mismo. Durante la infancia, tantas veces y por tanto tiempo, requerimos esa seguridad.

El monotropismo explica también por qué muchas veces no respondemos cuando se nos llama por nuestro nombre. Es común que padres y cuidadores de autistas piensen, inicialmente, que somos sordos, ya que no reaccionamos a los llamados. El

112 Reaño, E. (2017). *El retorno a la aldea: Neurodiversidad, autismo y electronalidad* (1.ª ed.). Lima: Perro de Ambiente.

resultado de una audiometría normal suele ser el inicio del camino que lleva a evaluar la posibilidad de autismo.

Cuando estamos concentrados intensamente en algo —armar una torre, por ejemplo—, estamos utilizando en profundidad el canal visual. Es como atravesar un túnel: no existe nada a los lados, todo se enfoca en una única meta. Los recursos cognitivos están tan comprometidos que los demás canales se «apagan». Por eso no respondemos: no escuchamos, no registramos momentáneamente nada más que aquello hacia lo que se dirige nuestra mente apasionada.

Desde ya, podemos comenzar a notar cómo —y por qué— nuestra idea de la socialización es tan distinta a la usual. Ese estado diádico inicial, en el cual la atención se dirige al objeto o al adulto, marca el privilegio que luego se establece: o socializo o sigo en profundidad mis intereses, pero no puedo hacer ambas cosas al mismo tiempo.

La gente normal no crea tecnología, no produce los grandes cambios: la gente normal socializa. Y eso no deja tiempo para la soledad necesaria, inherente al descubrimiento, a la invención, al sobrecogimiento.

Por supuesto, no quiero ni sugerir ni alimentar aquel mito según el cual no nos interesa en absoluto socializar o interactuar, ese vano prejuicio por el cual preferiríamos estar siempre solos, y que tan bien desmintió Douglas Biklen.¹¹³ No. Seguramente habrá autistas que prefieran no hacerlo —y también autistas misántropos, por buenas o malas razones—; sin embargo, la mayoría de nosotros queremos. Y apreciamos —como veremos más adelante— con devoción la amistad. Simplemente lo hacemos

113 Douglas Biklen, ed., *Autism and the Myth of the Person Alone* (New York: New York University Press, 2005).

de un modo distinto: a través de nuestros intereses profundos.

Hemos descrito nuestra escena de atención diádica que, en realidad, no se trata de una fijación a un estado menos evolucionado que el de atención conjunta (o triádica); es coincidente y, más bien, consecuencia de la percepción dirigida hacia los detalles y del monotropismo. Nos enfocamos intensamente en aquello que capta nuestro interés —sea un objeto o un tema—, de un modo tan absorbente que nuestros vínculos con los demás no pueden darse sino a través de ellos. Cuando eso ocurre, podemos sintonizar de un modo muy parecido (aunque no igual) a la denominada atención conjunta.

Muchos cuidadores lo habrán experimentado al aproximarse con un delfín ante el niño autista fascinado por los delfines. Su mirada brillante recae en la suya, alternando entre este y usted, abriendo el campo para entrar en su terreno de juego u observación —ahora compartido—, tomándolo y dejándole, acaso, tomar uno de los suyos. Intercambian. Vibran en un «nosotros» al alinearlos, o al simular juntos un nado a través de este y de todos los mares. Storgé ha hallado el camino.

De eso se trata el afecto cuando toma el camino correcto: de aproximarse genuinamente a la demanda del otro, a aquello necesario para aliviar el temor y encontrar la seguridad desde la presencia de quien sabemos que nos quiere bien. Dije «aproximarse» porque nunca —aunque quizá en algunas y epifánicas sintonías— podremos representarnos con certeza o con justicia lo que el otro piensa, siente, quiere o necesita. Solo las mentes deformadas por el romanticismo pueden desear ser comprendidas exactamente para saberse amadas. No. Aquí, tanto Storgé como Eros, como Philía, como Agapé, no precisan de exactitud, sino de proximidad: el calor que irradia y acompaña sin confundirse, sin chamuscarse ni carbonizarse.

Esta manera de relacionarnos trasciende la infancia. Muchas veces queremos estar cerca de nuestros padres en una suerte de conectividad potencial: «solos juntos». A esto se le llama juego en paralelo: cuando el infante autista lleva sus juguetes, sus objetos, aquello que le apasiona, al lugar donde se encuentran sus cuidadores, no para interactuar con ellos —o no necesariamente—, sino porque nos gusta su presencia, sentir su cercanía, saber que existe la posibilidad de comunicarnos, o tal vez no, en cualquier momento.

Buena parte de nuestra vida futura —en la niñez, en la adolescencia, en la adultez— preserva esta forma de estar con los demás. Apreciamos ese halo de familiaridad que nos envuelve, por ejemplo, al estar en la misma habitación leyendo, mientras el amigo, la pareja o el hijo hacen cualquier otra actividad, sin que nada perturbe ese silencio afectivo que nos abraza. No es necesario hablar, mirarse ni comunicarse de ninguna manera específica para tener la certeza de la potencia siempre presente de las formas del amor.

Teniendo esto presente, un cuidador —como hemos dicho— puede tener la mejor voluntad de cuidarnos genuinamente y, aun así, no comprender el daño que aparece ante sí: los estallidos, los colapsos, los bloqueos, la imposibilidad de un puente. Una identificación tardía del autismo tiene sus bemoles, especialmente al ignorar las profundas y distintas necesidades sensoriales que sostienen la promesa de seguridad como constante.

Teoría polivagal, colapsos y trauma sensorial

Nuestro procesamiento de los estímulos puede ser más reactivo (por encima de lo habitual) o menos reactivo (por debajo de lo típico). Como el mundo y sus contextos están diseñados por y para neurotípicos, es importante reflexionar sobre el funciona-

miento de nuestro sistema nervioso autónomo, como lo muestra la teoría polivagal de Stephen Porges.¹¹⁴

Sentirnos seguros depende de la *lectura* que nuestro sistema nervioso hace del entorno. La *neurocepción* es un proceso neuronal independiente de la conciencia que analiza si el ambiente es seguro, implica un peligro o supone una amenaza vital. En caso de seguridad, se activa nuestra capacidad de conexión social; si percibimos peligro, se movilizan los sistemas defensivos de lucha o huida; si se percibe una amenaza vital, se desencadena una respuesta de bloqueo o parálisis.

La evaluación de una situación como segura, peligrosa o amenazante por parte del procesamiento neuroceptivo en una persona autista no depende de patrones cognitivos (ni siquiera, muchas veces, de la anticipación), sino de cómo ese cuerpo particular procesa la información sensorial, según su perfil sensorial específico. Si este perfil es más reactivo —por encima del umbral tolerado por la media—, la situación se sentirá peligrosa incluso si para los demás parece «normal».

La vivencia del peligro genera respuestas de lucha o huida que, en el autismo, se expresan a través de formas de colapso como el *meltdown* (estallido), o mediante la necesidad urgente de escapar del lugar en que se encuentra la persona. Si estas estrategias no resultan efectivas, se activa una respuesta de indefensión, asociada al colapso conocido como *shutdown* (apagado), y en versiones más intensas, a una parálisis que puede conducir a la disociación.

Vivir con la sensación constante de peligro o amenaza porque el entorno no está adaptado a las necesidades sensoriales no solo inhibe nuestra capacidad de conexión social, sino que genera

114 Stephen W. Porges, *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe* (New York: W. W. Norton, 2017).

formas complejas de trauma. Una de ellas, poco conocida aún, es el *trauma sensorial*, propuesto por Ruth Fulton y sus colaboradores.¹¹⁵ Este surge de la interacción entre la persona autista y el entorno sensorial cuando estímulos cotidianos —ruidos, luces, olores, roces, etc.— son percibidos como amenazas vitales. Se caracteriza por:

- Activaciones del sistema nervioso (simpático o vagal dorsal) frente a estímulos que para otros pueden ser inofensivos o incluso imperceptibles.
- Un carácter subjetivo, ya que depende de la percepción individual, según el perfil sensorial de cada persona autista.

El estilo de interacción de los cuidadores puede ser, inadvertido e inconscientemente, amenazante e intensificar este posible trauma sensorial. Si el cuidador no encuentra un modo adecuado de conectar con su hijo o de ayudarlo a regularse, probablemente adopte una actitud más directiva y termine sobreestimulándolo: eleva el tono de voz, exagera el contacto físico o intensifica su expresión facial. Este intento de establecer un vínculo de forma más directa puede ser percibido negativamente por el infante autista, quien no lo interpretará como gesto de cuidado, sino como algo invasivo o desregulador. Entonces, el sistema de conexión social se desactiva, y se activan nuevamente las respuestas de lucha, huida o parálisis. Si este patrón se sostiene, puede devenir en una experiencia traumática.

Por ello, las adaptaciones del entorno y el estilo de acercamiento y cuidado son vitales —literalmente hablando—. Co-

115 Ruth Fulton, Katharine Richardson, Robyn A. Jones, y Emily Reardon, *Sensory Trauma: Autism, Sensory Difference and the Daily Experience of Fear* (Carmarthen, UK: Autism Wellbeing Press, 2020).

nocer el perfil sensorial y adecuarnos a él puede marcar la diferencia entre desarrollar un vínculo seguro, promover el bienestar y la conexión social, o, por el contrario, propiciar una vivencia prolongada de peligro y miedo. Es la diferencia entre el apego a la vida y la pérdida de toda confianza.

Muchas veces se nos critica por no conectar, por no vincularnos con el otro de manera «apropiada». Pocas veces se plantea el por qué. Una razón poderosa, entre otras, es justamente esta: la sensación constante de amenaza y el estar en un estado de (híper)vigilancia. Para que se dé la conexión social, para podernos aproximar al otro, es indispensable una sensación de seguridad, tanto respecto del entorno como de la persona que se dirige hacia nosotros. En estado de alerta, nadie puede socializar adecuadamente. Entonces, más allá de las diferencias entre nuestra forma de empatía y socialización respecto de la neurotípica, un principio básico, común a humanos, mamíferos y otras especies, debe ser reconocido: *sentirse seguro*.

No puede ser distinto, entonces, para Storgé, como forma culminante del afecto familiar. Amar supone que la cercanía con el otro despierte sensaciones que reconocemos como amor: seguridad, confort, alegría, paz, protección. Si, por el contrario, las sensaciones que emergen son de alerta, rechazo, peligro o agobio, poco podrá hacerse para establecer el vínculo, más allá de cualquier filiación que conste en el registro civil.

Para que se forme un apego seguro —ese desde el cual emerge la confianza en nuestros cuidadores, en el prójimo y en la vida misma— se requiere la vivencia cotidiana de dos pilares: permanencia y presencia. Una presencia no perfecta, pero sí confiable. Una permanencia que no niegue el equívoco, pero que lo transite y lo repare. Solo así se construye la certeza de estar a salvo. Solo así se habita la conciencia de una vida buena. Y autista.

En este libro se analizan los presupuestos del prejuicio y del estereotipo hacia las formas de afecto autistas. Se analizan el amor familiar (Storgé), el amor amical (Phília), el amor pasional (Eros), el amor incondicional (Agapé) y sus manifestaciones particulares en los autistas a lo largo del espectro.

¿Por qué hablar de un “amor autista”?

Porque a lo largo del tiempo, el discurso capacitista nos ha situado como carentes de él, incapaces de ofrecerlo, seres con una empatía atrofiada, una humanidad deficitaria.

Y sin embargo, resistimos en las periferias de la historia oficial.

Somos hijos, padres, amigos, creyentes, novios, esposos. Y ejercemos amores diversos: distintos, atípicos, profundos, vibrantes, contemplativos, irreductibles, vitales, humanos. Autistas.

Afirmar la vida autista es, también, sostener las características y virtudes de nuestra diferencia, de nuestra proximidad, de nuestra mortalidad, de nuestro humano amor.

Este libro cuenta con un prólogo de Bea Sánchez y postfacio de Mamen Horno.

Si deseas leer el resto del libro puedes adquirirlo en:

<https://a.co/d/7LjNDcp>

Muchas gracias,

Ernesto Reaño