

**EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON TRASTORNO
DEL ESPECTRO AUTISTA. APORTACIÓN
MULTIDISCIPLINAR
DEL CENTRE
TERAPÈUTIC–EDUCATIU CARRILET**

TEMAS DE PSICOANÁLISIS ha solicitado la colaboración del *Centre Terapèutic–Educatiu Carrilet* para dar a conocer los diferentes aspectos que intervienen en el tratamiento de niños con trastornos del espectro autista (TEA), desde una perspectiva multidisciplinar. *Carrilet* –que en el 2014 celebra 40 años de trabajo continuado– es un centro pionero y referente en la ciudad de Barcelona por su contribución a la comprensión y al tratamiento de dichos trastornos en la población infantil.

En este artículo se abordará el tratamiento de los TEA desde diversas disciplinas: el arteterapia, la psicomotricidad, la escenoterapia, el lenguaje, y la farmacología. La psicoterapia ha sido tratada en otro apartado de este mismo *Dossier*.

ÍNDICE

Mónica Recio Crespo:

Aplicaciones del arteterapia en los trastornos del espectro autista.

Àngels Morral Subirà:

La psicomotricidad y la construcción del yo.

Sònia González Andrés:

Aspectos prelingüísticos en la comunicación de niños con TEA.

Núria Monreal del Castillo:

Escenoterapia en niños con autismo.

Tali Vaimberg Lombardo y Llúcia Viloca Novellas:

Sobre la psicofarmacología en TEA. Una perspectiva psicodinámica.

APLICACIONES DEL ARTETERAPIA A LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Mónica Recio Crespo

Descripción de la técnica

El arteterapia es una técnica terapéutica que utiliza el proceso creativo, la transformación de los materiales artísticos, para expresarse y comunicarse (con o sin palabras), facilitando el acceso a conflictos internos, especialmente inconscientes, con la finalidad de elaborarlos simbólicamente. Se trata de una creación visual y tangible de lo informe, los procesos psíquicos internos. Esta transformación supone una aproximación diferente al conflicto, permitiendo su acceso y resolución.

De la misma manera es el propio proceso creativo que activa otros sistemas psíquicos que colaboran en la salud mental de los pacientes (Paín, 1995), ya que estos deben encontrar un equilibrio entre lo que desean hacer y lo que el material les permite realizar, encontrándose con la realidad de las leyes de la materia. El arteterapia constituye “un espacio privilegiado para permitir al sujeto vivir lo que S. Freud denomina el principio de realidad y el principio de placer” (Paín y Jarreu, 1995).

No por eso debemos pensar que el proceso creativo es curativo por sí mismo, ya que necesita de un experto que lo acompañe, que permita vivir la inseguridad inherente en el proceso y le dé la mirada terapéutica que permita establecer vínculos de relación entre la experiencia que brinda el arteterapia y la propia experiencia de vida interna, con la finalidad de permitir un mayor conocimiento de los procesos psíquicos internos y una mayor capacidad de flexibilidad y cambio en estos.

Este proceso creativo tiene lugar en lo que Winnicott (1999) denomina “el espacio potencial”, un espacio entra el/la cuidador/a y el bebé, a caballo entre la fantasía y la

realidad, entre el proceso subjetivo y el objetivo, un espacio que permite la internalización de los objetos externos de forma no amenazadora.

Si seguimos las teorías de Winnicott podríamos entender que el resultado del proceso creativo, la obra artística, significaría un “objeto transicional”, que permitiría la ausencia del objeto y la creación del símbolo (o presímbolo), en definitiva, del pensamiento.

Una de las características más diferenciadoras del arteterapia es que la relación terapéutica es triangular (Shaverien, 1991), triángulo en el que cada vértice correspondería a: paciente, terapeuta y obra; además las líneas que unen estos vértices son bidireccionales. Con lo cual tenemos un proceso terapéutico con unas complejas transferencias y contratransferencias entre paciente/obra, paciente/terapeuta y terapeuta/obra. Considerando tan importante la relación terapéutica como la relación con la obra.

Aplicaciones del arteterapia en el autismo infantil

Los pacientes con autismo a menudo viven en un mundo de sensaciones y el arteterapia ofrece justamente esta posibilidad. Es un lenguaje al que probablemente tengan mejor acceso que al de las palabras. Los materiales ofrecen una gran variedad de posibilidades sensoriales y para cada caso deberemos pensar cuáles son los más adecuados. Habrá casos en los que la manipulación directa de materiales sea muy difícil, pero deberemos estar atentos para reconocer la vía de acceso más activa en ese caso concreto: la visión (los colores, las formas los contrastes, los movimientos, los brillos...), el oído (los sonidos de los materiales, los golpes, rasgados...), el olfato (olor del barro, de la pintura, la cola...), el tacto (las sensaciones de suavidad o dureza, aspereza, frío o calor...) o el gusto (mucho más complicado de experimentar con materiales plásticos pero que tendremos que tener presente ya que la exploración oral suele ser muy importante).

Son muchas las aplicaciones que tiene el arteterapia en los TEA, pero para poder hacer una aproximación lo más ordenada posible, partiré de las características propias del autismo y ejemplificaré como estas se manifiestan dentro de las sesiones de arteterapia.

Debo añadir que esta división debe entenderse como un intento organizativo, pero que todos los aspectos tratados se deben entender de forma interrelacionada.

Sensorialidad e indiferenciación

El arteterapia ofrece la posibilidad de comunicarse con un sistema que no requiere pensamiento simbólico. Para algunos niños la palabra puede ser demasiado abstracta, un símbolo muy alejado de su realidad o un objeto demasiado amenazador.

Nos comunicamos con las sensaciones que despiertan los materiales, dándonos una amplia gama de matices sensoriales que nos permitirán ir trabajando sobre la conciencia del propio cuerpo y de sus límites, ya que el cuerpo empieza y/o termina allí donde reconozco otro objeto, donde puedo darme cuenta de sus distintas características y percepciones.

Así pues, y basándome en las aportaciones de Coromines (1991) sobre la experiencia mental autística de la fragmentación y no integración sensorial, el arteterapia permite una progresiva aproximación e integración de las sensaciones desintegradas o no mentalizadas. El arteterapia permite conectar con experiencias sensoriales iniciales y volver a recrearlas para reconstruirlas de una forma más organizada.

Ansermet y Magistretti (2007) consideran que toda experiencia sensorial deja una “huella” en la red sensorial, es decir, un conjunto de sinapsis facilitadas y activadas en red. Hablan de que “la experiencia esculpe la red neuronal”; estas huellas pueden ser conscientes o no y se van reasociando con otras huellas que acaban constituyéndose en nuevas huellas que cada vez están más alejadas de las experiencias iniciales. Así pues, podríamos pensar que una vía de acceso a estas puede ser el arteterapia.

Las producciones de los pacientes con TEA a menudo expresan este caos mental, el cúmulo de sensaciones que invaden sus sentidos, sin organización y que dificultan o paralizan el correcto funcionamiento mental. También es bastante común la dificultad de mantenerse dentro de los límites de la hoja, la mesa, recipientes..., como manifestación de sus complejas relaciones con los límites internos y externos, el yo y el no-yo.

Igualmente común es la necesidad imperiosa de mezclar materiales como pintura, plastilina, cola, su propia saliva, etc., consiguiendo una masa pegajosa e informe que evoca justamente su experiencia interna de quedar adherido a las sensaciones y no poder dar forma, es decir, ni simbolizar ni mentalizar la experiencia ([ver imágenes 1 y 2](#)).

El arteterapia permite acercarse a este caos y empezar desde este punto a hablar sobre lo que podemos diferenciar de esta masa, algunos colores o materiales que se distinguen, las marcas del recuerdo del proceso, que les permitan ir saliendo del caos físico y, de forma paralela, del mental.

En mi experiencia he encontrado especialmente útil ofrecer a los pacientes un recipiente amplio donde poder ir haciendo las mezclas, ya que considero importante que la experiencia de caos quede contenida en un lugar concreto y delimitado, donde se pueda desarrollar la actividad de forma segura. Este recipiente tendría por función contener la experiencia interna, o contenido no mentalizado, para que no se desparrame. Gradualmente este continente externo tendría que ir “incorporándose” mentalmente hasta que ya no fuera necesario, porque el continente en última instancia ha de ser uno mismo y su propia capacidad de regular las emociones ([ver imágenes 3 y 4](#)).

En la misma línea de la indiferenciación también encontramos la necesidad de muchos pacientes de confundirse con el material, sin saber dónde empiezan ellos o dónde acaba el material. En esta búsqueda de quedar totalmente diluido en la experiencia plástica, y en la experiencia de relación con el otro, a menudo desean que el arteterapeuta quede integrado en esta confusión y quieren impregnarlo. Es útil poder permitir cierta experiencia de confusión e indiferenciación, pero tenemos que tener como objetivo diferenciarnos; aunque sea solo un resquicio de diferencia, debemos plantear este conflicto. Una manera puede ser nombrando las partes que están embadurnadas de pintura, tocar los diferentes dedos, señalar la diferencia entre la pintura mojada y la seca, etc. Las intervenciones deben ser como juegos, no pueden ser demasiado intrusivas para evitar el rechazo; debemos plantear las diferencias tolerables.

Según Winnicott (1999), permitir la indiferenciación, la fantasía de simbiosis madre–bebé, es imprescindible para crear un espacio de seguridad y confianza que permita ir poniendo cada vez más distancia. Nuestra huella en un papel puede ser una

manera de ir dejando constancia de lo que hemos experimentado juntos y, poco a poco, esta se puede ir convirtiendo en el objeto transicional que nos permitirá irnos separando, con la posibilidad de internalizar el objeto externo y simbolizarlo.

En el caso de los/as niños/as que no pueden, o no desean, hacer representaciones, es especialmente útil estimularlos a hacer diferentes movimientos con el cuerpo que dejen la marca de este en el papel, ya que eso les aproxima a la creación y a la diferenciación. Cada trazo será diferente y nos retornará sensaciones distintas. Por otro lado, serán trazos que, aunque no tengan interés para ellos ni signifiquen una representación de la experiencia vivida, nos servirán de recuerdo de nuestro encuentro terapéutico, que nos permitirán recordarlo accediendo a ellos en otros momentos del tratamiento.

Aislamiento/rechazo a la relación

Los materiales artísticos también se pueden usar para aislarse de la relación con el terapeuta, autogenerándose un mundo de sensaciones donde no cabe el pensamiento, y en el cual pueden quedar sobreexcitados por la experiencia sensorial. Si esto es así, debemos usar esta información para entender que estamos frente a su problema nuclear y que cuando han de relacionarse con los demás se asustan, se vuelcan en sus sensaciones conocidas y se quedan atrapados en ellas sin poder pensar. Hemos de ayudarles a no sentir tanto miedo y poder disfrutar de la experiencia sensorial sin quedar perdido en ella.

En otras ocasiones el rechazo de la relación con el arteterapeuta es distinto. Por ejemplo, un paciente psicótico con altas capacidades entraba en la sala con su mochila y usaba sus materiales escolares, siguiendo con sus actividades como si yo no estuviera. La aceptación del rechazo, entendido como el miedo a la relación, el interés por sus cosas externas y la verbalización de sus dificultades ante la idea de necesitar alguna cosa de mí, le fue ayudando a disminuir dicha actitud de rechazo.

Otros pacientes ni se acercan a los materiales. Es como si no los hubieran visto, como si fuesen transparentes, sin el más mínimo esbozo de interés. A estas actitudes a menudo debemos añadir dificultades para tocar, ensuciarse..., con lo que acercarse a ellos

no es una tarea sencilla. Pero es importante estar alerta a los pequeños *flashes* de interés (miradas fugaces) para mostrarle ese material y sugerir un acercamiento. En otras ocasiones puede ser útil que sea el arteterapeuta el que se ponga a jugar con los materiales con grandes dosis de teatralidad para captar la atención. Es importante encontrar el material más adecuado para cada paciente concreto y usar aquellos que creemos van a ser más sencillos (por ejemplo, si hay dificultades de presión será mejor usar marcadores).

Rechazo al significado compartido

No siempre es fácil entender qué se quiere decir con rechazo al significado, especialmente si no se conoce mucho el mundo del niño/a con autismo. Desde mi punto de vista, el rechazo al significado está vinculado a la relación, por eso digo “significado compartido”, porque es cuando se comparte una actividad, o un pensamiento, o una emoción, cuando es significativo. A menudo actividades que pueden empezar siendo muy significativas, como hacer agujeros en la plastilina, van derivando hacia actividades solitarias y “autísticas”, quedando fijados en la autosensorialidad y el no pensamiento, que los retrae del mundo externo. Es por esto que debemos mantener una atención activa ajustada –como señala Anne Álvarez (2004)–, que nos ayudará a recuperar la relación y, poco a poco, el significado compartido de la actividad que se realice. El material plástico ofrece la posibilidad de pasar de la experiencia sensorial a la simbólica, en un camino que permite ir hacia adelante y atrás con fluidez. Por ejemplo, el barro nos permite una exploración sensorial no simbólica, permite la fantasía de fusión con el material, la experimentación de la adhesión, pero también ofrece la posibilidad de progresión simbólica, dejar una huella, hacer un agujero, crear bolitas, churros, hasta hacer un recipiente, una persona, un árbol..., sin perder la posibilidad de volver a una exploración sensorial ([ver imágenes 5, 6 y 7](#)).

Voracidad

Otra de las características que podemos encontrar en los pacientes con autismo infantil es la necesidad de utilizar la máxima cantidad de material posible, parece que nunca hay suficiente, o que seguro hay algo que tú no tienes y que ellos necesitan, lo cual hace pensar en niños “hambrientos” de muchas cosas. Desde la comprensión psicodinámica se entiende como la necesidad de llenar sus vacíos internos. Son vacíos en la comprensión y en la relación, que les genera malestar y que, en la búsqueda de calmarse, buscan cosas concretas (en este caso, materiales) que les satisfagan; pero una vez que tienen estos objetos se dan cuenta de que el malestar continúa, y vuelven a buscar más y más de forma compulsiva. Contratransferencialmente el arteterapeuta puede sentirse insuficiente, no capaz, desbordado por las demandas incesantes, de manera que tendremos que entender estas ansiedades autísticas y transmitirle con seguridad que no podremos satisfacer todas sus necesidades y cómo puede resultar doloroso para ellos el darse cuenta de esto. En mi experiencia, me he visto en la necesidad de establecer un límite con los materiales; cada sesión tiene un material variado pero limitado, que no se puede reponer hasta la próxima sesión, lo cual permite reflexionar sobre las carencias y las insatisfacciones internas.

A pesar de esto, es necesario ser lo suficientemente flexible como para poder diferenciar entre una demanda insaciable y una más concreta; por ejemplo, que se haya acabado un color de pintura con el que ese día querían pintarlo todo.

Destrucción

En algunos casos, a la necesidad insaciable de material debemos añadir la necesidad de destruir el material que les ofrecemos. En este caso intento transformar la agresión más descontrolada hacia una actividad más concreta, como romper papeles, arrancar, arañar plastilina, recortar... Un paciente de 7 años con autismo y altas capacidades intelectuales sacaba materiales y, mientras los rompía y pisaba, me miraba atento a mi reacción. A pesar de intentar entender, acoger y redirigir sus emociones y conducta, nada parecía disminuir

su agresión, y podía incluso lanzármelos hacia la cara. Mi decisión fue eliminar todos los materiales y quedarnos con la sala vacía, le expliqué que sí, que era cierto que podía hacer con los materiales lo que él quisiera, pero que ni se podían romper sin más ni me podía hacer daño, y que mientras él no pudiera aguantarse yo me encargaría de proteger los materiales en lugar seguro. Las agresiones hacia mí continuaron, pero fueron más fáciles de contener y pudimos hablar con más calma del rechazo que él sentía hacia mí, de cómo él se sentía obligado por su familia y cómo no era fácil sentir que podía ser un espacio útil para ayudarle en sus necesidades. Su rabia y agresividad se fueron conteniendo, hasta que me pidió que volviera a sacar el material. Todavía hay ocasiones en las que necesita romperlo todo y he de volver a retirar el material; pero a lo largo de la sesión ya tenemos muchos momentos en los que podemos volver a trabajar.

La destrucción puede ser mucho más sutil, como es el caso de pacientes que siempre acaban destrozando su obra. Pueden hacer un dibujo o una pintura que poco a poco van tapando con colores, o capas de pintura, o una forma de barro que luego acaban desmenuzando... A menudo las dificultades para poder conectar con su propia capacidad de construcción están en relación con las ansiedades catastróficas de las que nos hablan Coromines y Viloca (2003, 2008). Ver que son capaces de hacer cosas les hace sentir demasiado diferenciados, que avanzan por el camino del crecimiento, un camino lleno de inseguridades, de riesgos, de incertidumbres y de un gran deseo de volver hacia lo conocido y retroceder. Es por todo esto que es tan importante permitir los estados de destrucción y dar tiempo para que puedan conectar, no solo con el miedo, sino también con el deseo de crecer y avanzar. Es importante dar valor (sin exagerar) a lo que han podido hacer, a sus capacidades “ocultas”, y acompañarlos activamente en el riesgo hacia las novedades. Transmitiendo la confianza los miedos podrán ser contenidos y quizás los fantasmas tan temidos no dan tanto miedo. En palabras de Viloca (1998)¹, “se trataría de permitir vivir la *catástrofe sin catástrofe*, es decir, en un espacio seguro que permita darse cuenta, gracias a las experiencias positivas, que los miedos internos no siempre se corresponden con la realidad”.

¹ Comunicación personal en espacio de supervisión.

Experiencia de fragmentación

La dificultad para poder pensar de forma organizada a menudo está relacionada con la dificultad para poder tener experiencias continuas y conectadas dentro de un todo experiencial. Esto quiere decir que las experiencias físicas y mentales suelen ser vividas de forma aislada unas de las otras, como diapositivas que nada tienen que ver entre sí. A menudo nos encontramos la expresión de esta fragmentación en formas inconexas o trozos de material sin relación aparente ([ver imágenes 8 y 9](#)).

En los casos de pacientes con mayores capacidades intelectuales, esta fragmentación se puede ver reflejada en dibujos aislados, poco organizados en la hoja, o sin relación entre los diferentes elementos ([ver imagen 10](#)).

De esta fragmentación se deriva la gran dificultad que tienen estos pacientes para generalizar la experiencia, para captar la globalidad y aplicar un patrón lógico a lo que sucede en su entorno. Hay pacientes que plantean este conflicto sobre las conexiones mentales en sus obras, donde se refleja el gran esfuerzo que tienen que hacer para encontrar estos circuitos que a ellos no les sale de forma natural. Las imágenes [11 y 12](#) son ejemplos de estas representaciones.

También he observado que en muchas ocasiones la caja y carpeta personal es como una especie de cajón de sastre desordenado y lleno de cosas poco útiles, que me hace pensar en lo mucho que representa su estado mental: la dificultad para seleccionar las informaciones que recibe y para poder ordenar las vivencias personales, y cómo todo esto se acumula a modo de amalgama que no permite pensar de forma ordenada. La posibilidad de ordenar esta caja, de escoger lo que se necesita y lo que no, lo que es importante o no, a veces los libera y de forma paralela les permite percibir que su caos interior ha sido contenido y ordenado. Es un acto que de alguna manera los puede llevar a la propia capacidad de ordenar simbólicamente su propio desorden.

La experiencia global del arteterapia puede ayudar a hacer esta integración de las partes, al ver que el cuerpo se vincula al movimiento y este a la representación. Cuanto más integrado sea el movimiento al cuerpo, más integrada será la posibilidad de representación.

Baja tolerancia a la frustración

La dificultad para simbolizar y para integrar el pensamiento lleva a estos pacientes a dificultades para poder tolerar la frustración, que no es más que la dificultad para tolerar la dureza de la realidad que choca con sus deseos e intereses.

En las sesiones de arteterapia los pacientes tienen que lidiar necesariamente con la frustración, aún cuando no lo deseen, ya que los materiales tienen una realidad física concreta que necesariamente se rige por las leyes de la materia, con las que se han de enfrentar para realizar su producción artística, y posibilita ir encontrando un equilibrio entre lo que “la realidad me permite realizar y lo que yo deseo”.

A menudo me encuentro con pacientes que quieren construir estructuras muy altas, pero sin la precaución de construir una base sólida, por lo que suelen caer; o estructuras que se sostienen sobre bases muy delicadas ([ver imagen 13](#)). Posiblemente sea un reflejo de lo que a ellos les pasa con el conocimiento y las experiencias que van adquiriendo, y sus dificultades para construir un pensamiento sólido e interconectado. El trabajo concreto sobre la necesidad de pensar en la base, en lo que sustentará la materia, posibilita a la vez cuestionarse las propias bases y elaborar estructuras internas más eficaces.

Otro ejemplo de estas construcciones frágiles lo podemos ver en un niño de 6 años que quiere construir en volumen una casa y para ello utiliza papel de periódico ([ver imagen 14](#)). Las limitaciones que se encuentra en la ejecución nos permiten ir encontrando soluciones, las cuales también nos ayudan a entender cómo se enfrenta en la vida cotidiana a las dificultades. En este caso concreto, el niño prefería hacer soportes complicados, enganchar con cinta adhesiva, poner palos para apoyar el papel, hacer y deshacer, en lugar de cambiar a un material más adecuado. Tendremos que ir ayudándolo a pensar cómo se complican las cosas por no poder cambiar una primera elección, que a pesar de que le pudiera hacer mucha ilusión, no se adecuaba a la realidad de lo que él quería hacer.

El trabajo sobre el desajuste entre la fantasía y la realidad es importante en todos los pacientes, pero especialmente en el trastorno del espectro autista, ya que además de lo que he descrito, la distancia entre lo que se quiere representar –la realidad– y la representación, a menudo genera frustración.

Aceptar que hay una discrepancia entre la realidad y la representación no siempre es fácil. Hay pacientes que nunca parecen satisfechos con su producción, intentan mejorarla y se esfuerzan en perfeccionarla en un intento de hacerla igual a la realidad ([ver imagen 15](#)), lo que implicaría una dificultad para simbolizar.

Repeticiones, rutinas y rituales

En el tratamiento de niños con autismo es fácil verse enredado en rituales y rutinas de difícil manejo. A pesar de que estos rituales los tenemos que comprender como una manera de defenderse de un exterior que consideran amenazador y que, como defensas que son, no las debemos destruir, también hay que tener en cuenta que pueden necesitar de ayuda para poder salir de ellas. A veces el problema es que por sí mismos son incapaces de generar un cambio o de encontrar una alternativa. El arteterapeuta debe ofrecer estas posibilidades de cambio desde los materiales, con las diferentes formas de explorarlo y manejarlo: pintar en vertical, en horizontal, con mucha agua o poca... Motivarlos –que no asustarlos– con las propuestas nuevas puede desbloquear una rutina enquistada. Lo importante es que el arteterapeuta mantenga la capacidad de pensar y transgredir la rutina de forma creativa.

A modo de conclusión, estas son algunas de las características más relevantes en el autismo y he tratado de mostrar cómo se pueden manifestar en las sesiones de arteterapia. Asimismo, hemos podido ver de qué manera la técnica ofrece una amplia gama de respuestas y posibilidades que permiten trabajar en el camino de la salud mental y el crecimiento personal.



Imagen 1



Imagen 2 ([volver texto](#))



Imagen 3



Imagen 4 ([volver texto](#))



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7 ([volver texto](#))



Imagen 8



Imagen 9 ([volver texto](#))



Imagen 10 ([volver texto](#))

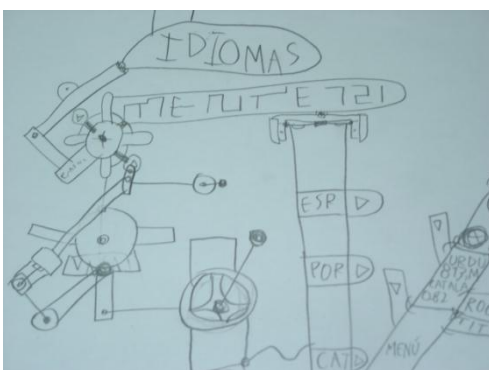


Imagen 11

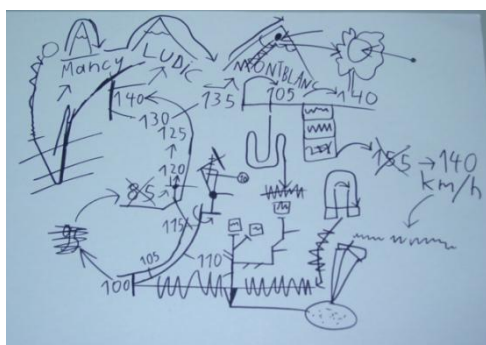


Imagen 12 ([volver texto](#))

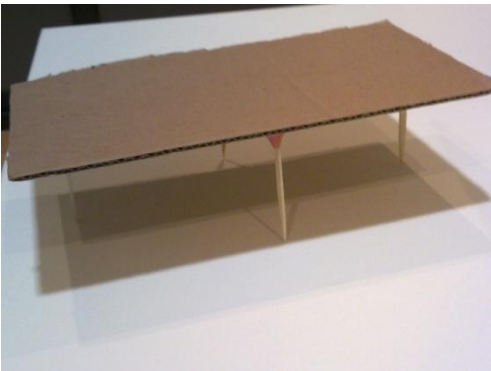


Imagen 13 ([volver texto](#))

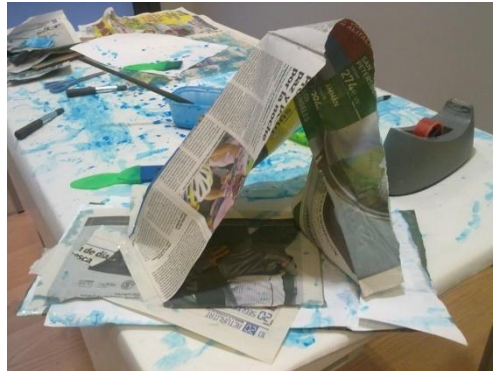


Imagen 14 ([volver texto](#))



Imagen 15 ([volver texto](#))

Referencias bibliográficas

Ansermet, F. y Magistretti, P. (2007), “Neurociencias y psicoanálisis”, *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 43/44, pp. 5-16.

Coromines, J. (1991), *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*, Barcelona, Espax.

Klein, M. (1987), *El psicoanálisis de niños*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Paín, S. y Jarreu, G., (1995), *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión.

Shaverien, J. (1991), *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*, London, Jessica Kingsley Publishers.

Viloca, Ll. (1998), “Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació”, *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, vol. XV, n^o1, pp. 53-60).

Viloca, Ll. (2003), *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*, Barcelona, Ediciones CEAC.

Viloca, Ll. y Coromines, J. (2008), “L’ansietat catastròfica: procés de simbolització i d’interpretació”, *Processos primaris*, pp. 73-98, Barcelona, Fundació Orienta.

Viloca, Ll. (2011), “El vincle emocional”, Presentación en las *Jornades de Formació Interna de Carrilet*, Barcelona.

Winnicott, D. (1999), *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa.

Palabras clave: arteterapia, autismo, proceso creativo, espacio potencial, simbolización.

Mónica Recio Crespo

Maestra de educación especial (UB). Psicóloga (UOC)

Màster en arteterapia (UB).

Arteterapeuta Servei de Tractaments Carrilet.

monicarecio@copc.cat

LA PSICOMOTRICIDAD Y LA CONSTRUCCIÓN DEL YO

Àngels Morral Subirà

La psicomotricidad es una disciplina, una práctica educativa y terapéutica, que sitúa el cuerpo y sus manifestaciones en el centro de la vida afectiva, relacional e inconsciente de la persona. Se basa en la interacción entre las funciones motrices y la vida psíquica del niño. El cuerpo es el punto de anclaje de las experiencias sensorio–motrices, emocionales, afectivas, relacionales e inconscientes. Freud (1923) ya apuntaba la idea de un “yo corporal”, como esbozo o semilla de una primera identidad diferenciada. Toda identidad pasa por ser una experiencia de unidad corporal. M. Klein (1930) también hablaba de la existencia de un psiquismo primario esencialmente impregnado de experiencias sensoriales y huellas sensitivas.

Este primer yo, en forma de unidad corporal, de “yo corporal”, este psiquismo primario, se desarrolla durante el primer año de vida. Durante este tiempo el bebé se sostiene en la diada materna a través del diálogo tónico (Ajuriaguerra, 1993), o sea, del conjunto de intercambios entre madre y bebé, de cómo este es sostenido y la forma como este puede responder. Este intercambio a nivel tónico es la primera forma de relación con el mundo externo (aún indiferenciado). Y posibilita la posterior introyección de una relación “no yo”, ya en un mundo más diferenciado.

El bebé con un funcionamiento autista no puede desarrollar este psiquismo primario, es decir, no puede pasar de la vivencia sensorial y fragmentada de discontinuidad interna a una vivencia de continuidad. No encuentra cómo, o no puede, recibir la función de *rêverie* (Bion, 1977) desde la función materna. En su mundo de sensaciones no integradas a ninguna emoción, el bebé no puede desarrollar un esbozo de yo, una unidad corporal y tridimensional. Sin esta base fundamental, el bebé con un funcionamiento autista no puede vivir el dolor de la pérdida, o sea, de la separación. No

puede tolerar ser como un sujeto separado. Cuando esto ocurre aparece la ansiedad catastrófica (Viloca, 2003), que solo es posible calmar con la autoestimulación sensorial (Viloca, 2003), y que llevará al bebé o al niño pequeño con autismo a vivir en un mundo invariable, repetitivo y totalmente controlable. La sensación sustituye a la relación con el otro, con el mundo exterior.

La psicomotricidad terapéutica en niños pequeños con autismo busca poder conectar estas experiencias sensoriales primarias, no integradas ni conectadas a una emoción o vivencia –es decir, no mentalizadas–, a una relación significativa en el aquí y en el ahora. Posibilita la integración de una unidad corporal diferenciada y la introyección de una vivencia relacional significativa y susceptible de ser pensada, que posibilite poderse separar y poder tolerar sin demasiada angustia el dolor de la pérdida para existir como sujeto o identidad diferenciada.

En los niños pequeños afectados de autismo no hay espacio psíquico, todo queda vivido a través de sus cuerpos en forma de huellas, engramas (Aucouturier, 2004), enclavamientos sensoriales (Coromines, 1998) de difícil significación, formando un pensamiento sensorial (Coromines, 1998) y unas manifestaciones en el mundo externo (sujetos/objetos) totalmente adheridas, pegadas a las sensaciones.

La terapia psicomotriz parte justamente de aquí. Todas las manifestaciones del niño, por desadaptadas que sean y aunque parezcan no tener un sentido, son acogidas y significadas en la relación con el terapeuta para poder ir creando un *continuum* en sus experiencias y en sus vidas. Igual que en la psicoterapia, los psicomotricistas que trabajamos dentro de la línea psicodinámica, buscamos la comprensión y el valor terapéutico de todas las manifestaciones, en unos niños que muestran unas conductas difíciles de interpretar y significar en un primer momento. Partimos de la sensorialidad y de los aspectos más primarios y arcaicos del yo para poderlos acompañar hacia la diferenciación, en una constante dialéctica entre separación–no separación, yo–no yo.

Las manifestaciones que nos vamos a encontrar dentro de la sala van a ser maniobras que tienen la función de mantener al niño con autismo en el “no pensamiento”, en un “pensamiento sensorial” o proto–pensamiento (Coromines, 1998), y a nivel de contratransferencia nos va a hacer sentir lo mismo. Estas manifestaciones van desde el

desmantelamiento (Aguilar, 2011), del propio cuerpo, de la sala, de nuestros afectos y del significado; a las equivalencias sensoriales, las ecuaciones simbólicas (Segal, 1993), la sensorialidad, el funcionamiento adhesivo (Coromines, 1998), los rituales, los objetos y formas autistas (Tustin, 1987).

Las sesiones de psicomotricidad –a nivel corporal, a través de la expresividad motriz– son a menudo un observatorio privilegiado de esta forma única de ser y estar en el mundo, de manera no diferenciada.

Algunos de estos niños viven en esta indiferenciación a través de la desconexión con el movimiento de sus propios cuerpos y de los objetos. Su cuerpo es vivido de forma bidimensional, plana, y no hay un límite entre lo externo y lo interno, no hay una “función piel” (Anzieu, 2002). Su tono muscular está siempre alterado, buscan constantemente sensaciones extremas que normalmente están ligadas a las angustias arcaicas (Aucouturier, 2004), como las sensaciones de caída, de licuación, de despellejamiento, de vivencia de fragmentación de su cuerpo, etc., buscando siempre unas sensaciones determinadas (por ejemplo, la dureza). Pero no hay integración sensorial ni imagen de esta dureza conectada a ninguna imagen o emoción. Como es bien sabido, la sensación substituye al objeto; se sitúan en la equivalencia sensorial (Coromines, 1998) y viven de forma adhesiva. Se mueven porque el entorno se mueve, pero no hay una acción ni un significado. El *self* y el objeto están totalmente indiferenciados. Son los que, a nivel metafórico, denomino: “niños burbuja”. Otros, los “niños gelatina”, viven como si no tuvieran cuerpo. Su tono muscular es bajo y su cuerpo parece como si se desparramara contantemente, sin poder adecuar nunca la postura a la situación o contexto. No existe ningún interés por el movimiento ni la acción, y habitualmente son niños torpes, que se dan golpes frecuentemente, sin ninguna consciencia del hecho ni del dolor. Muchos de estos niños más adelante serán diagnosticados de Síndrome de Asperger. Parece como si cuerpo y mente estuvieran del todo desconectados. El cuerpo no organiza ni estructura el pensamiento y las emociones como sucede en el bebé o niño pequeño normal.

Dentro de la sala de psicomotricidad trabajamos con estos niños que en un inicio no juegan. Recogemos sus externalizaciones (Coromines, 1998), proyecciones sin piel ni mente, como su modo de comunicar su mundo interno, normalmente desmantelado

(Coromines, 1998), y sensorial. Buscamos conectar, recoger y significar, compartir, acompañar, imitar, estar a su lado, guardar, recordar.

Poco a poco, a través de todo aquello que nos trae el niño pequeño con autismo, buscamos una forma de relación con él, que nos tenga en cuenta como algo diferenciado –o sea, diferente–. Les acompañamos en la creación de un “espacio yo” para que luego pueda construirse en él un psiquismo arcaico, es decir, una integración somato psíquica a nivel primario. Posteriormente les iremos acompañando en otras fases de su evolución como, por ejemplo, cuando estos niños ya pueden empezar a jugar y nos parece, a veces, que ya están dentro del universo simbólico. En estos casos sus juegos suelen ser aparentemente simbólicos en su forma, pero tienden a ser repetitivos, muy obsesivos y poco creativos. No están para comunicar o para relacionarse. Es entonces cuando la intervención desde la psicomotricidad puede ayudar a ir transformando estos juegos a niveles más evolucionados o simbólicos. La repetición de dichos juegos nos va enseñar, y señalar, dónde se ha quedado atrapado el niño. Repitiendo con él, conectando con la emoción, podremos ir descubriendo su mundo interno y ayudar a que este sea más digerible, más diferenciado (realidad–ficción), más representativo, lo cual les ayudará a poderse ir organizando y estructurando.

El terapeuta psicomotriz busca una envoltura de contención, continuidad y significación corporal –una piel en el sentido más amplio y simbólico del término– que posibilite la introyección de una vivencia de seguridad afectiva y de vínculo. Como escribe S. Resnik, “aceptar un espacio donde ser y crear es condición indispensable para crecer y crear”. Y este espacio empieza en la construcción de una primera identidad corporal.

Referencias bibliográficas

Aguilar, J. (2001), “Sensorialidad, creatividad y desmentalización: Problemas técnicos”, *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, núm. 17, pp. 39-45.

Ajuriaguerra, J. (1993), “*Manual de psiquiatría infantil*”, Barcelona, Masson.

Alcáser, B. (1995), “*Paper del cos-ment en el procés de diferenciació*”, Ponencia presentada en las XII Jornadas de Práctica psicomotriz, Barcelona.

Anzieu, D. (2002), *El yo piel*, Madrid, Biblioteca Nueva.

Aucouturier, B. (2004), *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*, Barcelona, Graó.

Bion, W.R. (1977), *Volviendo a pensar*, Buenos Aires, Psicología de hoy, Hormé.

Bick, E. (1968), “L’*experiència de la pell en les relacions d’objecte primarenques*”, *Revista catalana de Psicoanàlisi*, vol. X , núm. 1-2, pp. 77-81.

Brun, J.M. y Villanueva. R. (2004), *Niños con autismo. Experiencia y experiencias*, Valencia, Promolibro.

Carrilet (2012), *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*, Barcelona, Horsori.

Coromines, J. (1998), *Psicopatología y desarrollo: ensayo psicoanalítico*, Barcelona, Paidós Iberica.

Freud, S. (1923), *El yo y el ello*, Obras completas, tomo VII, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, pp. 2707.

Klein, M. (1930), *La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo*, Obras completas, tomo I, Barcelona, Paidós, 1989, pp. 224-237.

Segal, H. (1993), *Introducción a la Obra de Melanie Klein*, Buenos Aires, Paidós.

Serrabona, J. (2008), “La Torpeza motriz: Quiero pero no puedo”, *Revista Entre líneas, Revista especializada en Psicomotricidad, núm. 23, pp. 10-20.*

Tustin, F. (1987), *Estados autísticos en los niños*, Barcelona, Paidós.

Tustin, F. (1998), “Psicoterapia con niños que no pueden jugar”, *Libro anual de psicoanálisis, núm. 189*, Lima, Imago.

Viloca. Ll (2003), *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona, Ceac, Reeditado por Colecciones Carrilet (2012), Barcelona, www.carrilet.org

Palabras claves: psicomotricidad terapéutica, identidad corporal, funcionamiento mental autista, integración somato psíquica, relación significativa.

Àngels Morral Subirà

Terapeuta psicomotriz.

Servicio de tratamientos y formación Carrilet.

Colaboradora docente en la Universitat Ramon Llull, Facultat de Psicologia Blanquerna y en la AEC (Associació per l'Expressió i Comunicació).

Miembro de la ASEFOF (Association Européenne des Écoles de Formation à la Pratique Psychomotrice).

angelsmorralsubira@yahoo.es

ASPECTOS PRELINGÜÍSTICOS EN LA COMUNICACIÓN DE NIÑOS CON TEA

Sònia González Andrés

El lenguaje solo puede darse cuando hay diferenciación, separación, entre el adulto (cuidador) y el niño. Golse (1992) afirma que una de las funciones principales de nuestro lenguaje es llenar esta grieta, establecer un puente (simbolizar) para reunir los individuos (interlocutores) separados. El mismo autor explica que para poder hablar (a alguien), es necesario estar “fuera de” (sin simbiosis). Desde esta perspectiva se entiende por qué las personas con autismo “no hablan” o, muchas veces, “no hablan a”.

Siguiendo las ideas de Bruner (1995), la comunicación es el final de un largo proceso que se inicia en el neonato y se adquiere en contextos de interacción. Si partimos de esta concepción, y teniendo en cuenta las dificultades que las personas con TEA tienen para relacionarse, para interaccionar y para compartir cosas que les son propias, estamos ante un trastorno en el que podemos describir algunos fallos en los prerrequisitos lingüísticos que implican un abanico de dificultades o trastornos en el lenguaje.

Este artículo se centrará en una breve descripción de algunos aspectos de la etapa pre–lingüística que se pueden detectar alterados en diferentes grados en los niños y niñas con TEA, y con independencia de su edad cronológica. Hay que tener siempre presente que podemos estar ante una gran variedad y grados de capacidades referentes a la comunicación y el lenguaje, pero siempre encontraremos fallos en dichos aspectos. Observarlos y valorarlos nos ayudará a plantearnos objetivos realistas de trabajo, a la vez que nos permitirá conocer la evolución comunicativa (anterior a la aparición del lenguaje verbal).

*Aspectos pre–lingüísticos a valorar, y tener en cuenta, en las personas con TEA*a) *Atención*

Cuando se crea un vínculo existe una acomodación y una interacción entre el bebé y el adulto; podemos hablar de “intersubjetividad primaria”. En este momento, Bruner (1995) describe los formatos (patrones de interacción intencional entre el bebé y el adulto), ya se puede hablar de *atención conjunta*: el adulto es capaz de captar y mantener la atención del niño sobre un objeto.

En esta etapa del desarrollo comunicativo aparece la imitación: el adulto la utiliza como repuesta y el bebé como intercambio social.

En los niños con TEA son habituales las emisiones no dirigidas a otra persona. No utilizan la imitación como repuesta o intercambio social y no hay intencionalidad en las interacciones. También encontraremos dificultades o imposibilidad de imitar gestos o actos sociales de interacción, como las sonrisas u otras expresiones faciales.

En los casos diagnosticados, encontramos que pueden fijar su atención en un objeto o una parte de él, pero tienen dificultades para alternar la mirada con el adulto, para compartir con la otra persona. Como ya hemos explicado, existen dificultades en el desarrollo de la intersubjetividad secundaria, de manera que pueden aferrarse a un objeto (incluido algo propio del adulto: mano, zapato, reloj...), pero no compartirlo.

b) *Acción conjunta*

Es el momento en que niño y adulto comparten una actividad, una etapa donde la interacción juega un papel muy importante, cuando las actividades espontáneas con el bebé propician su diferenciación del adulto. En estos juegos se dan los *turnos de intervención*: el adulto prepara al niño para respetar los turnos de participación y para mostrar la diferencia de acciones, de preferencias. Ese “ahora yo, ahora tú”, le va mostrando la diferencia y le prepara para posteriores situaciones de relación y conversación en los que aparece dicha alternancia.

En los niños con TEA existe la dificultad de la acción conjunta como tal y de la

aceptación de los turnos: la dificultad en la relación e interacción con los demás y la aceptación del otro como un ser diferente con acciones y decisiones propias. Puede ser que aparezca la acción conjunta, aunque sea una acción inducida y dirigida por el adulto, pero entonces el formato quedará fijo, invariable, ya que el niño tendrá dificultades para aceptar modificaciones, para hacer reversibles los papeles (ser capaz de iniciar él la interacción o el juego). Este aspecto queda permanente, aunque en diferentes grados e intensidades, en las personas con TEA y en su evolución comunicativa y de lenguaje: tienen dificultades para respetar y seguir los turnos en una conversación, para modificar el discurso según las respuestas del otro, para adaptarse al interlocutor y para aceptar otras ideas o consignas que les vengan del exterior.

c) *Desarrollo de la referencia social*

Esta capacidad se inicia ya en el niño muy pequeño, y le permite interpretar situaciones desconocidas. En los inicios estaría ligada a un aprendizaje para la supervivencia (discriminar los peligros, las amenazas...) y evolucionaría hacia la interpretación de situaciones sociales. En la referencia social, el niño, ante una situación o persona desconocida, mira a su referente adulto, interpreta su expresión no verbal y actúa o responde a dicha situación.

En las personas con TEA este aspecto no se desarrolla de manera adecuada por varias dificultades: la incapacidad de interpretar las expresiones faciales en los demás, la dificultad de alternar la mirada con el adulto y de discriminar entre situaciones desconocidas y personas con diferente grado de vinculación. Todo lo descrito puede implicar una dificultad para discriminar situaciones de peligro a nivel global y una incapacidad para interpretar los aspectos no verbales del lenguaje, lo cual provocará, en etapas posteriores, una alteración en la comprensión y la expresión comunicativa (interpretar y expresar gestos faciales, tonalidad en el habla...). Cuando adquiera el lenguaje este se caracterizará por ser literal, tener un tono monótono y estar carente de la expresividad que lo acompaña.

d) *El balbuceo*

Aparece hacia los 5 meses y tendría una doble función. Por un lado, el bebé prueba sus posibilidades sonoras y existe una evolución en la forma, desde las tiras fónicas no diferenciadas y continuas hasta las producciones silábicas y con longitud de palabra. Por otro lado, en las situaciones de relación, este balbuceo tiene una finalidad interactiva con el adulto. Las dos funciones descritas se retroalimentan, una va haciendo posible la otra. Si nos centramos en el valor interactivo de estas emisiones, podemos concretar que a través del balbuceo el niño capta la atención del adulto, provoca su respuesta (aparecen las proto-conversaciones), favorece la imitación en el adulto y permite la interpretación de las intenciones comunicativas y de las necesidades del bebé.

En los niños con TEA, las emisiones vocálicas se caracterizan por ser gritos o tiras fónicas autoestimulantes, o para llenar el silencio; no siempre dirigidas al otro, sin intención comunicativa, lo cual dificulta en el adulto la imitación y su interpretación. En estos casos la función del balbuceo quedaría incompleta por la falta del componente interactivo.

e) *El gesto indicativo*

Es el final de un proceso no verbal, que sirve para manifestar funciones comunicativas muy importantes en la etapa pre-lingüística: la demanda, la muestra y la designación.

En los niños con TEA las demandas no siempre llegan a ser convencionales, y a veces no logran utilizar el gesto indicativo como tal. En estos casos, aunque tienen intereses y preferencias por objetos y actividades, no siempre lo muestran de forma explícita al otro: puede que miren de manera fugaz o fijamente el objeto que quieren, puede que lo intenten coger por ellos mismos de forma insistente o que hagan un uso instrumental del adulto, cogiendo su mano y dirigiéndola al objeto deseado. En este caso estaríamos ante una actitud de indiferenciación o de dominación. A nivel de comprensión, se requiere por parte del adulto un nivel de interpretación mayor que ante el gesto indicativo convencional. Debido a la importancia del gesto indicativo en el proceso comunicativo para acceder al lenguaje (verbal o aumentativo), será este un

aspecto a tener en cuenta, a valorar y a potenciar en contextos de interacción.

Con esta reflexión en torno a cómo pueden manifestarse en los niños con TEA los aspectos pre–lingüísticos que aparecen evolutivamente, se pretende resaltar la importancia de dichos aspectos en la evolución pragmática de la comunicación y del lenguaje posterior, en la evaluación de las capacidades comunicativas y, finalmente, en la intervención global en torno al lenguaje de los niños y niñas con TEA.

Referencias bibliográficas

Golse, B. (1992), “Reflexiones sobre el acceso al lenguaje verbal e hipótesis sobre cierto tipo de obstáculos unidos a la transicionalidad”, en Golse, B. y Bursztejn, C., *Pensar, hablar, representar. El Emerger del lenguaje*, Barcelona, Masson.

Bruner, J. (1995), *El habla del niño. Aprendiendo a usar el lenguaje*, Barcelona, Paidós.

Palabras clave: autismo, comunicación, pre–requisitos lingüísticos, interacción, atención conjunta, referencia social.

Sònia González Andrés

Logopeda del Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet.

Directora del Centro de Día Carrilet.

sgonzalez@carrilet.org

ESCENOTERAPIA EN NIÑOS CON AUTISMO

Núria Monreal del Castillo

La escenoterapia se define como una técnica grupal que pretende ofrecer un espacio para elaborar y concienciar conflictos a través de la escenificación, la actividad lúdica y la verbalización. Fue creada en la Fundació Vidal i Barraquer de Barcelona, a cargo del Dr. J. Font y otros compañeros dentro del campo de la salud mental (Canut, M., 2013), y estuvo inspirada en aportaciones relacionadas con el juego de autores como D. Winnicott, W. Bion o M. Klein.

A partir de esta definición básica, entendemos que es necesario que los participantes del grupo de escenoterapia dispongan de unos pre-requisitos, recursos y habilidades necesarios para poder desarrollar la actividad. Y es en este momento donde nos podemos plantear cómo se pueden beneficiar los niños con TEA de la escenoterapia, ya que –como dice Ll. Viloca (2003)– “en ellos hay un bloqueo de los procesos que, en todo niño, permiten desarrollar la imaginación y la fantasía”. Lorna Wing (1979) introdujo el concepto de tríada autista para describir las diferentes afectaciones en la interacción social, la comunicación y el lenguaje, la flexibilidad mental e imaginación. Todas estas alteraciones pueden suponer un obstáculo para llegar a crear una historia en grupo, dado que para ello tienen que poder tolerar estar con otros, expresar lo que quieren, ponerse de acuerdo y hacer un juego simbólico. Pero hemos comprobado cómo con las debidas adaptaciones y la contención y comprensión de los terapeutas, la estructura básica de la escenoterapia favorece y ayuda a la mejora de algunos procesos.

Desde la *perspectiva terapéutica*, permite la expresión de sentimientos y emociones a través del cuerpo, y esta característica es de especial relevancia en niños en los que el acceso y uso de la palabra está seriamente afectado. Durante la representación se evidencia el fracaso de estos niños en el proceso de simbolización, y es por ello que en algunos grupos es necesario dedicar un trimestre entero a realizar juegos dirigidos a ponerse en la

piel de otro, por ejemplo, mediante la imitación de animales u oficios, e introduciendo pequeñas historias hechas entre 2 niños con la finalidad de ir acercándonos progresivamente a la escenoterapia.

En su juego predomina un aspecto sensorial, motriz y pre-simbólico, y es por este motivo que en ocasiones se les permite utilizar ciertos materiales para representar y favorecer la comprensión de la escena. Debido a su funcionamiento adhesivo también se produce lo que H. Segal denominó una ecuación simbólica, es decir, que los niños se convierten en el personaje que están actuando, olvidando el “como si”. Solo en algunas ocasiones se podría hablar de juego simbólico aunque teniendo presentes ciertas particularidades, como que resulta más repetitivo y suele girar en torno a intereses restringidos.

Desde *la perspectiva psicopedagógica*, el espacio favorece nuevos recursos relacionales y trabajar habilidades sociales: la importancia de escucharse y/o mirarse, de esperar el turno, de favorecer la empatía cuando han de “hacer de otro”, teniendo en cuenta la baja tolerancia a la frustración que presentan.

Las sesiones están estructuradas por fases y espacios diferenciados (Cabré, 2002). La primera parte consiste en *la creación de una historia* y se desarrolla colocando a todos los componentes del grupo sentados en círculo; la segunda es *la representación*, que se desarrolla en un espacio más amplio y diferenciado; y en la tercera, *la verbalización*, en la que se hacen comentarios respecto la obra, otra vez en el círculo.

Durante la primera fase se tiene que imaginar, pensar y crear personajes e historias y por ello es un momento en el que el grupo necesita mucha contención. Es una parte donde además se evidencia la diversidad cognitiva entre los niños y donde algunos tendrán que hacer un esfuerzo por adaptarse, ya que si los que tienen más capacidad crean historias no comprensibles para los que tienen un nivel diferente, esa obra será difícil de desarrollar.

El uso de una pizarra donde escribir el nombre de los personajes y dibujar algunos elementos básicos de la obra, favorecerá no solo la mayor comprensión –ya que aportamos una imagen mental muy concreta de lo que van a representar– sino que también favorecemos que los niños puedan reengancharse con más facilidad a lo largo de la obra,

en momentos que puedan confundir su propia identidad con la que representan, o cuando olviden el personaje que representan.

Para la segunda parte, *la representación*, es necesario en nuestro caso añadir un entrenamiento previo, en el que ayudemos a los niños a pensar en características de sus personajes y lo puedan realizar diferenciándose de ellos mismos, a veces incluso utilizando un espejo. En un mismo grupo, lo que pueda hacer y se espere de cada uno de los componentes puede ser muy diferente. Por eso a algunos se les pedirá que profundicen más en las emociones, a otros que procuren diferenciarse más de los personajes, y a los niños más afectados, será considerado un signo de mejora tanto el recordar los nombres de los personajes, como que aparezca la imitación, proceso también alterado en los niños con TEA y que implica una cercanía hacia los demás.

Poco a poco los niños se van dando cuenta de la importancia que tiene cada uno de ellos, y aunque al inicio suelen darse obras con poca interacción, esto va cambiando a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en una sesión a finales del primer trimestre, un grupo representó que un niño estaba “malherido del corazón” y tenían que llevarlo al hospital. Este niño parecía que no solo preocupaba a sus profesores por la desconexión que mostraba, sino que de alguna manera los compañeros también percibían que le sucedía algo. La obra consistía en que un compañero intentaba reanimarlo en el hospital, pero este no podía hacerlo solo y llamaba a otro; los dos juntos también eran incapaces de reanimarlo, por eso llamaron a un tercero, y así, hasta que todos los niños rodearon al enfermo y lo salvaron. Esta obra resulta un claro ejemplo de cómo la técnica de la escenoterapia favorece la cohesión del grupo y moviliza aspectos relacionales.

Debido a las dificultades que presentan estos niños para verbalizar, durante la última fase de comentarios, a modo de adaptación, proponemos a los niños hacer un dibujo sobre la obra. Este recurso les permite poder expresarse sin palabras. Y a los terapeutas les permite conocer qué ha sido lo más importante para ese niño, si se dibuja solo o con algún compañero, si muestra ganas de hacerlo o no, e incluso poder ver la evolución de cada niño a lo largo del curso. Para finalizar las sesiones, los terapeutas muestran todos los dibujos y escriben los comentarios del propio niño en la parte posterior. También se añade algún comentario o interpretación, con la intención de

ayudarles a establecer similitudes entre sus personajes y aquello que les sucede en el día a día. A pesar de que en la escenoterapia no se da este tipo de intervenciones, en el caso de los niños con TEA es necesario, ya que su tendencia a fragmentar y disociar las cosas no les permitiría hacer puentes ni a establecer equivalencias entre una situación y otra.

Referencias bibliográficas

Cabré, V. (2002), *Escenoterapia. Dramatización terapéutica en grupo*, Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer y Paidós.

Canut, M. (2013), “La escenoterapia. Una estructura sólida en tiempos líquidos”, *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 22, pp. 81-90.

Pérez, A. (2008), “Hanna Segal: una mente abierta”, *Temas de Psicoanálisis*, <http://www.temasdepsicoanalisis.org/hanna-segalin-memoriain/>

Viloca, Ll. (2003), *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*, Barcelona, Ediciones Carrilet (2012), Barcelona, www.carrilet.org.

Wing, L. (2011), *El autismo en niños y adultos. Una guía para la familia*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Palabras clave: escenoterapia, autismo, simbolización, imitación, dibujo.

Nuria Monreal del Castillo

Psicóloga y psicoterapeuta. Profesora de educación especial.

Tutora Centre de Dia Carrilet y psicoterapeuta del Servei de Tractaments Carrilet

nuriamonreal13@gmail.com

carrilet@carrilet.org

SOBRE LA PSICOFARMACOLOGÍA EN TEA. UNA PERSPECTIVA PSICODINÁMICA

Tali Vaimberg Lombardo y Llúcia Viloca Novellas

El paciente autista puede tener diversos síntomas y comportamientos patológicos que generalmente interfieren en la posibilidad de interrelacionarse con el otro y favorecer el desarrollo psíquico y la adquisición de habilidades. Asimismo, debemos tener presente las ansiedades y el malestar que se generan en el ámbito familiar e individual a modo de frustraciones relacionadas con las manifestaciones autísticas.

En este punto nos damos cuenta de que en la práctica habitual, el uso de fármacos psicótrópos en los sujetos diagnosticados de Trastorno del Espectro Autista (TEA) es frecuente. Ello contrasta con la carencia de estudios empíricos sobre su uso y necesidad en esta población. Todo ello hace que nos planteemos que probablemente estamos infravalorando la comorbilidad psiquiátrica y teniendo poca información sobre cómo utilizar dicha herramienta terapéutica.

En la actualidad no hay evidencia científica de opciones de tratamientos medicamentosos específicos para tratar los TEA (G. Kaplan, J.T. McCracken, 2012), sin embargo sí que existe evidencia del uso de psicofármacos dirigidos a tratar determinados síntomas o grupos de síntomas y los trastornos comórbidos de cada paciente. Actualmente el núcleo de las intervenciones terapéuticas en los pacientes afectados de TEA siguen siendo las intervenciones educativas y conductuales (F. Díaz Atienza, C. García Pablos, A. Martín Romera y E. Mercado Sabalote, 2004).

Los fármacos más utilizados en los TEA son los neurolépticos, los ansiolíticos, los estimulantes, los anticonvulsivantes y en menor medida los antidepresivos. Suelen indicarse para trastornos conductuales e hiperactividad. El uso de antipsicóticos atípicos, como la Risperidona o el Aripiprazol, han demostrado ser eficaces en la disminución de conductas repetitivas, irritabilidad, agresividad e hiperactividad, síntomas a veces muy

incapacitantes en autismo. En TEA, especialmente de alto funcionamiento, suelen asociarse síntomas de déficit de atención con o sin hiperactividad-impulsividad que interfieren considerablemente en el aprendizaje. El metilfenidato, en su presentación de acción corta o larga, en un 50% se asocia a una notable mejoría de estos síntomas pero un 20% presentan, por el contrario, síntomas indeseables que obligan a la interrupción del tratamiento farmacológico (M. Siegel, A.A. Beaulieu, 2012). Deben utilizarse con prudencia, ya que su efecto beneficioso es menor y se han descrito efectos adversos con más frecuencia que en la población general con TDA/H.

Existe una alta comorbilidad con epilepsia. Uno de los problemas asociados a la detección temprana de la epilepsia en niños y niñas con TEA es que muchos síntomas previos pueden pasar inadvertidos, ya sea porque pueden asemejarse a las propias conductas ligadas al autismo o por las dificultades de comunicación con el niño. En ocasiones la manifestación de un brote epiléptico puede ser confundido con clínica característica del trastorno autista, por ello será conveniente realizar pruebas diagnósticas para tratar la clínica de forma adecuada.

Actualmente disponemos de pocos artículos relacionados con los antidepresivos, aunque en dos artículos de revisión (D.J. Posey, C.J. McDougle, 2001; K. Francis, 2005) destaca la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) sobre la reducción de pensamientos obsesivos y comportamientos repetitivos y ritualistas, la ansiedad y la agresividad en personas adolescentes y adultas con TEA, aunque su efecto no se ha demostrado en la infancia. A pesar de la falta de datos, en la observación minuciosa y sistematizada de la práctica diaria identificamos clínica que podría ser comprendida como depresiva en niños con TEA, los cuales pueden beneficiarse de un tratamiento con Fluoxetina o Sertralina a dosis adecuadas por peso y edad. En los últimos años, en la búsqueda por intentar hallar un correcto tratamiento para niños con TEA que evite, en la medida de lo posible la aparición de efectos secundarios se ha ido probando con tratamientos antidepresivos, con el objetivo de disminuir la ansiedad, la tristeza y normalizar los biorritmos. Los biorritmos como el sueño y el apetito, muchas veces síntomas diana de una posible descompensación; la ansiedad, que puede generarse ante el contacto con un mundo que se presenta como extraño para el niño con TEA; y la tristeza

que se genera ante duelos y cambios vitales que, en el caso del niño con TEA, suponen un paso hacia la diferenciación que requiere un acompañamiento terapéutico y, en muchos casos también farmacológico.

Revisando bibliografía, la gran mayoría de los padres identifica alguna mejoría tras la introducción de tratamiento psicofarmacológico y con poca frecuencia alertan de aparición de efectos secundarios, siendo los más importantes el aumento de peso, síntomas extrapiramidales y sedación excesiva (C.J. MacDougle, 1997).

Los objetivos de un plan de tratamiento farmacológico pueden ser muy diversos, pero es recomendable tener un conjunto de síntomas como meta. Los motivos más frecuentes de consulta e incluso de demanda de introducción de tratamiento son:

- Agresión (agitación).
- Conductas autolesivas.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Insomnio.
- Hiperactividad e inatención.
- Inflexibilidad y conductas rígidas.
- Clínica obsesiva.
- Estereotipias y perseverancia.

Para proceder a una adecuada elección del tratamiento del niño o adolescente será importante, aparte del peso y de la edad, fijarnos en las estructuras mentales de cada paciente y en el momento evolutivo en el que se encuentra el niño, ya que contemplamos que, a pesar de estar afecto de dicho trastorno, irá evolucionando y desarrollándose en el contexto de sus propias dificultades. Así deberemos tener presente los duelos, los cambios, las etapas evolutivas que cada niño va viviendo para poder realizar una adecuada lectura de la clínica.

Entendemos lo necesario que resulta acotar y contener la sintomatología de los niños y adolescentes diagnosticados de TEA. Tanto para controlar las conductas más

agresivas, como para favorecer una adaptación al entorno que genere menos interrupciones en su propio desarrollo, que les permita estar con los otros y en muchos casos, que dicha medicación actúe “como objeto transicional” que ayuda a estructurar y establecer puentes internos. Asimismo, el tratamiento no solo disminuye la sintomatología más grave, sino que tiene un efecto contenedor y estructurante, que tanto sirve al niño como a su entorno. En muchos casos las dificultades de abordaje se hacen patentes en el entorno del niño y el tratamiento nos sirve como herramienta. Pensamos el uso de psicofármacos como claros objetos transicionales. Tal y como acuñó Winnicott, lo transicional no sería el objeto, sino que el objeto –el fármaco en este caso– representaría la transición del paciente de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado (S. Freud, 1923). El niño TEA vive en un estado de indiferenciación sin un conocimiento de sí mismo ni del otro. Necesita hacer un proceso de individuación para poder crecer. En este proceso surgen ansiedades primitivas, muy invasoras, que determinarían el curso del desarrollo. Es aquí cuando entendemos que podemos utilizar el fármaco como objeto que disminuya las ansiedades, tanto del niño como de los padres o terapeutas, lo que permite que se lleve a cabo el proceso de individuación, separación y diferenciación que permitirá un mayor desarrollo en el niño y en el trabajo terapéutico.

Asimismo, cabe destacar que el niño –y más tratándose de niños afectos de trastorno del espectro autista– no tiene posibilidades de pasar del principio del placer al de realidad, o a la identificación primaria y más allá de ella, si no existe una “madre lo bastante buena”. La “madre lo bastante buena” (que no tiene por qué ser la madre del niño) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este y la que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración (D.W. Winnicott, 1979). Por todo lo expuesto, el uso de tratamientos farmacológicos, desde un punto de vista psicoanalítico, no está pensado solamente como herramienta para disminuir síntomas propios ya descritos, sino también para facilitar el crecimiento y el desarrollo psíquico, la interrelación con el entorno y posibilitar el avance del tratamiento psicoterapéutico.

Referencias bibliográficas

Díaz Atienza, F., García Pablos, C., Martín Romera, A. y Mercado Sabalote, E. (2004), “Patrón de uso de psicofármacos en los trastornos del espectro autista”, *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, vol. 4, issue 1, pp. 1–9.

Francis, K. (2005), “Autism interventions: a critical update”, *Development Medical Child Neurology*, vol. 47, pp. 493-499.

Freud, S. (1923), *The Ego and the Id*, Standard Edition, vol. 19.

Kaplan, G; McCracken, J.T. (2012), “Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorders”, *Pediatric Clinics of North America*, vol. 59, Issue 1, pp. 175-187.

MacDougle, C.J. (1997), *Psychopharmacology*. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 2nd ed, Cohen, D.J., Volkman, F.R., eds., New York: Wiley, pp. 707-229.

Posey, D.J., McDougle, C.J. (2001), “Pharmacotherapeutic management of autism”, *Expert Opinion Pharmacotherapy*, vol. 2, issue 4, pp. 587-600.

Siegel, M., Beaulieu, A.A. (2012), “Psychotropic Medications in Children with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Synthesis for Evidence-Based Practice”, *Journal Autism Development Disorders*, vol. 42, issue 8, pp. 1592-605.

Winnicott, D.W. (1979), *Realidad y Juego*, Barcelona, pp. 27.

Palabras clave: autismo, tratamiento psicofarmacológico, individuación, separación, diferenciación.

Tali Vaimberg Lombardo

Psiquiatra de Carrilet.

tvaimberg@carrilet.org

Llúcia Viloca Novellas

Psiquiatra, psicoanalista (SEP-IPA).

Asesora del Centro Carrilet.

5304lvn@comb.cat