

siderar que puede llevar a entender equivocadamente que estos fármacos tienen la capacidad de revertir la psicosis. Pero sí que se indican y pueden ser útiles en el tratamiento de conductas agresivas y repetitivas o alteradas en niños con TEA. Diversos autores, como Vaimberg y Viloca (en González et al., 2014) y Kaplan y McCracken (2012) mencionan la *risperidona* y el *aripiprazol* como los “antipsicóticos” atípicos más utilizados. Otros neurolepticos son la *olanzapina* y la *ziprasidona*. Todos los antipsicóticos tienen el riesgo de sus efectos secundarios en niños, como el síndrome neuroleptico maligno, galactorrea, discinesias, aunque, bien administrados y bien controlados, estos efectos no suelen ser frecuentes.

PSICOESTIMULANTES:

Son un grupo de fármacos que se designan por el tipo de efectos que producen. La principal indicación de su prescripción son los síntomas característicos del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. El diagnóstico de TDAH en pacientes con TEA es un tema muy controvertido, por lo que he optado por hablar aquí de síntomas y de la hiperactividad como síntoma y no como trastorno. El *metilfenidato* de liberación rápida o retardada es el fármaco más utilizado, pero existen también otras formas y preparados. En algunos casos de TEA, pueden asociarse síntomas relacionados con el TDAH, en especial en TEA de alto rendimiento (Vaimberg y Viloca, en González et al., 2014) y en estos casos se indica el metilfenidato, siempre con un control adecuado, ya que se han descrito más efectos adversos que en la población general.

Quintana et al. (1995) publican un estudio que investiga sobre el uso del metilfenidato como tratamiento de algunos síntomas seleccionados en TEA. Los autores, aunque consideran que el uso de los psicoestimulantes en trastornos autísticos no ha tenido demasiadas evaluaciones, incluso se ha considerado contraindicado, hacen un cribaje seleccionando niños con TEA con síntomas re-

lacionados con hiperactividad y falta de atención y les administran *metilfenidato*. Concluyen que encontraron mejoras en los síntomas mencionados. De todas formas, los resultados de la administración de *metilfenidato* a los niños con TEA no tiene la misma respuesta positiva como la que se puede observar en la población TDAH sin TEA.

La *atomoxetina* es otro fármaco aprobado por la FDA² que se indica en el tratamiento de los síntomas del TDAH. No hemos encontrado estudios consistentes en estos casos.

ANTIDEPRESIVOS:

Kaplan y McCracken (2012), basándose en diversos estudios, consideran los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina) como los antidepresivos de elección en estos casos. Las indicaciones de estos fármacos son la clínica depresiva y ansiosa, siendo también útiles en la reducción de las conductas repetitivas y síntomas obsesivos.

Estos autores, Kaplan y McCracken (2012), relatan diversos estudios basa-

dos en tratamientos con ISRS en niños y adolescentes en los que las edades oscilaban entre los 5 y los 17 años. Los síntomas obsesivos y las conductas repetitivas fueron, tal vez, la problemática en la que observan mayores beneficios con estos fármacos. No obstante, también se constató en un tercio de estos pacientes efectos secundarios, como incremento de la activación, cambios de humor e insomnio. No olvidemos que, como decíamos con anterioridad, estos tipos de organizaciones presentan características psicopatológicas comunes, pero otras muy heterogéneas que pueden hacer que las indicaciones farmacológicas útiles en otros niños y situaciones sin TEA tengan un porcentaje más alto de fracaso o de aparición de efectos secundarios en estos casos.

ANTICONVULSIVANTES:

Comorbilidad o coexistencia entre TEA y epilepsia: la epilepsia es una enfermedad más común de lo que pensamos y que se presenta de forma muy habitual como una comorbilidad en las personas

con TEA. Con frecuencia, la detección de la epilepsia en un niño con TEA nos plantea una dificultad añadida, ya que algunos de los síntomas pueden ser confundidos con conductas vinculadas al autismo. Según Fuentes-Biggi et al. (2006), el porcentaje de epilepsia en el autismo oscila entre el 8 y el 30%. Los medicamentos antiepilépticos habituales (*ácido valproico*, *lamotrigina*, *topiramato*, *carbamazepina* y otros) deben ser administrados por el especialista en neurología en función de los criterios y protocolos existentes.

Para finalizar, destacaría unos puntos principales como resumen:

1. No existen fármacos específicos para el tratamiento del autismo, ni estudios empíricos consistentes sobre su uso. Ello contrasta con el hecho del uso de psicofármacos en esta población. Probablemente, se ha infravalorado la comorbilidad psiquiátrica en estos pacientes.
2. Los fármacos más utilizados son aquellos destinados a tratar síntomas y/o patología asociada.
3. El uso de estos fármacos tiende a facilitar la convivencia, disminuir la sintomatología y facilitar el desarrollo.
4. Pensamos que los psicofármacos nunca han de substituir otras medidas como las psicoterapéuticas y educativas, sino facilitarlas para que sean más efectivas y se potencien mutuamente.

5. Es aconsejable contar con que el diagnóstico incluya, aparte del imprescindible diagnóstico fenomenológico, un estudio estructural del funcionamiento psíquico de nuestro paciente, que nos orientará en todos los ámbitos del tratamiento en el largo camino del trabajo terapéutico.

6. Plantearse cada caso como único con sus características propias y tipo de respuesta particular al tratamiento. ●

BIBLIOGRAFÍA

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*, 4-1 i 1-9.

Dörr, O. (1996). *Espacio y tiempo vividos. Estudios de antropología psiquiátrica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Fuentes-Biggi, J., et al. (2006). Guía de buena práctica para el tratamiento de los trastornos del espectro autista. *Rev Neurol*. 43, 425-438.

Gabbard, G.O. (2006). The rationale for combining medication and psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36 (5), 315-319.

González, S., Monreal, N., Morral, A, Reico, M., Vaimberg, T. y Viloca, L. (2014).

El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del Centre Terapèutic-Educatiu Carrilet. *Temas de Psicoanálisis*. 7, 1-38.

Kaplan, G. y McCracken, J.T. (2012). Psychopharmacology of Autism Spectrum Disorders. *Pediatric Clinics of N.A.* 59, 175-187.

Miró, MT. y Mitjavila, M. (1986). La medicalización del desarrollo infantil en la práctica clínica. *Informaciones Psiquiátricas* 103, 73-81.

Miró, MT. (1995). Importancia del diagnóstico de estructura psíquica en la indicación de psicoterapia. *Rev. de la Sociedad Española de Rorschach y Métodos Proyectivos*. 8.

Moncrieff, J. (2013). *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Barcelona: Herder.

Quintana, H., Birmaher, B., Stedje, D., Lennon S., Freed, J., Bridge, J. y Greenhill, L. (1995). Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 25 (3), 283-294.

Schwartz, F. (1981). Psychic Structure. *Int. Journal Psycho-Anal.*, 62, 61-72.



“No existen fármacos específicos para el tratamiento del autismo, ni estudios empíricos consistentes sobre su uso.”

² Food and Drug Administration (Administración de Medicamentos y Alimentos, en Estados Unidos de América).

LOS BENEFICIOS DEL PROCESO CREATIVO EN LA TERAPIA DE NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA¹

– Mònica Recio Crespo –

Psicóloga Sanitaria. Máster en Arteterapia. Servei de Tractaments, Formació i Recerca Carrilet, Barcelona

PROCESO CREATIVO Y TEA



En el trabajo con pacientes con Trastorno del Espectro Autista nos encontramos inmersos, con frecuencia, en un mundo repetitivo, poco imaginativo, donde las dificultades simbólicas y creativas se manifiestan de forma evidente.

Tan sólo en ocasiones puntuales, nos encontramos ante pacientes que pueden tener unas grandes habilidades artísticas y que, dada su dificultad por contener las ideas, pueden dar lugar a producciones con cierta riqueza; se trata de pacientes con buen nivel intelectual y con unas especiales habilidades viso-espaciales.

Mi artículo se centrará más en los niños con TEA con dificultades simbólicas; propongo ayudar a nuestros pacientes con graves dificultades para la simbolización y la creatividad mediante el trabajo de este aspecto, ya que considero que la creación tiene una implicación global para el desarrollo, generando beneficios a nivel sensorial, motriz y cognitivo, que iré explicando a lo largo del artículo.

¿QUÉ ES LA CREATIVIDAD?

El interés por el arte y por la creación está

en la base de nuestro desarrollo como seres inteligentes. La capacidad para crear es la que nos ha permitido evolucionar e ir desarrollándonos con nuevos recursos y nuevas estrategias. Desde la creación de las herramientas para la caza hasta la creación de las más innovadoras tecnologías actuales.

Héctor Fiorini², psiquiatra y psicoanalista, ha tenido mucho interés en el estudio de los procesos psíquicos implicados en la creatividad artística. En su libro *El psiquismo creador*, nos dice que crear es transformar lo posible en actual, es decir, permitir bucear en aquello que todavía no está constituido, lo desconocido e inexistente, para encontrar una forma que lo pueda convertir en real y actual. Explica que quien crea plantea un conflicto entre la realidad externa y la interna, lo que implica una diferenciación y una consciencia del yo; nadie crea de la nada sino a partir de un mundo. Se parte de esta realidad para aventurarse en un estado de despersonalización y desidentificación que muchos artistas describen como un vacío, un abismo, para resurgir con una nueva creación, con un nuevo sentido, que ha tenido que transgredir el orden dado.

Si es eso lo que pasa en el psiquismo, ¿será entonces imposible o, incluso, contraproducente, plantear la creación artística en los pacientes con TEA?

Bien, si entendemos la creatividad como un proceso no exclusivamente vinculado al arte, nos podemos acercar a definiciones como la de Alonso Monreal³

que considera que es la capacidad de utilizar la información de una forma nueva, encontrando soluciones diferentes para los problemas.

Los estudios sobre la creatividad son muy extensos y detallados y quedan fuera de la extensión de este escrito. Pero por lo expuesto hasta aquí podemos entender que la creatividad es un proceso que no sólo va ligado a la vertiente artística sino también a la vida cotidiana y a la resolución de conflictos cotidianos que, como ya sabemos, son aspectos muy conflictivos en las personas con TEA.

PSICOTERAPIA: UNA EXPERIENCIA ARTÍSTICA

Si entendemos la creatividad como una manera de cambiar las cosas dadas por otras nuevas, podemos pensar que el trabajo terapéutico tiene mucho de creativo, ya que lo que se pretende en la psicoterapia es que el paciente consiga encontrar nuevas formas de relación y comprensión de sus experiencias tanto internas como externas.

Fiorini considera el espacio psicoterapéutico como un espacio creador donde los pacientes son “escultores de los terapeutas”. Me parece especialmente interesante esta descripción porque da una importancia capital al paciente, a su actividad como agente y motor de cambio y, por otro lado, entiende la figura del terapeuta como alguien flexible, modelable, atento a las necesidades y dispuesto a potenciar una relación con una forma nueva, desconocida.

Describe la actividad del psicoterapeuta como una actividad con una alta creatividad que sólo puede conseguirse con la implicación con el paciente. “La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. (...) cuando el juego no es posible, la tarea del psicoterapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no se puede jugar a uno en el que es posible hacerlo.” (Winnicott, página 61, 1999)⁴. Será gracias a la relación creativa con la psicoterapia que se podrá dar la reparación de los objetos transicionales.

Por tanto, podemos entender el trabajo psicoterapéutico como una experiencia artística, en la que nos hemos de dejar llevar por nuestra propia creatividad, por la posibilidad de hacer posible lo imposible, transformando lo dado en un nuevo posible. Sintiendo con nuestros pacientes el caos, la desesperación y la incapacidad para, finalmente, encontrar que todo ese caos desemboca en algo diferente, en un pequeño cambio, un nuevo juego, una nueva mirada o una nueva posibilidad.

Winnicott nos hizo aportaciones muy valiosas en relación a la intervención en los niños. Consideraba que, para poder acceder al mundo externo, para poder acceder al símbolo, debe haber una actitud activa del niño, debe haber un “hacer” y que en este hacer es como si existiera. También nos acerca a la importancia del juego y afirma que jugar es hacer, por tanto, para un niño el juego será una manera de existir.

Si los pacientes con TEA tienen muchas dificultades para jugar, también tendrán dificultades en todo aquello que implica “ser”: integración del mundo exterior, puentes internos de conexión con el exterior, existir de forma plena y diferenciada...

La actividad plástica y creativa es una de las mejores maneras de jugar de los niños. Se ha visto cómo, cuando no se dan dificultades, los niños poseen un impulso irrefrenable por garabatear con un lápiz, tiza, rotulador o por explorar con harina, chafar plastilina... es un lenguaje

espontáneo y cercano, que desvela interés y en el que se sienten seguros.

Propongo utilizar con los niños con TEA el proceso creativo como una manera de acercarnos a la posibilidad de jugar, de crear, de hacer, por tanto, de existir y diferenciarse.

EL ACCESO A LA SIMBOLIZACIÓN A TRAVÉS DE LA CREACIÓN

La simbolización es necesaria para el desarrollo psíquico y básica para la representación del mundo, el acceso al pensamiento y al lenguaje. Por tanto, deberemos trabajar mucho en este aspecto para ayudar a los pacientes con TEA a acceder a él.

Según Winnicott, la falta del objeto o la amenaza de una privación es la que mueve al sujeto a crear un objeto que, aunque no pueda representarlo de forma completa, constituya un objeto yo y no-yo a la vez, que permita aceptar la realidad de forma no amenazadora. A este objeto le llamó “objeto transicional”, el cual estaría en la zona intermedia de experiencia, entre la realidad externa y la interna, como el sueño, y que necesita del intercambio de estas realidades.

Estos objetos transicionales serían objetos creados por el niño, unos pre-símbolos que permitirían el paso hacia la simbolización. La creación de estos objetos se da en el espacio potencial, que es ese espacio de confianza entre el bebé y la madre, donde el mundo no es persecutorio. La confianza será la base necesaria para que el niño explore el mundo y cree esos objetos que, una vez interiorizados, representarán la realidad y permitirán el funcionamiento del aparato psíquico. Winnicott dice que “la tarea de aceptación de la realidad nunca se finaliza, ningún ser humano queda libre de la tensión de vincular la realidad interna con la externa” y que el alivio de esta tensión lo proporciona una zona intermedia de experiencia que no es objeto de ataques (las artes, la religión, etc.). Esta zona es una continuación directa de la zona de juego del niño pequeño que “se pierde” en sus juegos.” (pág. 31, 1999).

Como he dicho antes, para Winnicott, jugar es ser. Por lo tanto, jugar está en la base del desarrollo, la individuación y la percepción del mundo, es un ir siendo. Y es justo en este punto donde encontramos la creatividad. En el mismo origen del ser en desarrollo que se establece a partir del hecho de jugar un vivir creador y una vida enriquecida.

De la misma manera, para Piaget la imitación y el juego imitativo serán los instrumentos de aprendizaje básicos en la etapa sensorio-motriz. Después, el juego imitativo se irá interiorizando hasta llegar al juego simbólico. Considera el juego como el principal proceso de simbolización e incluye la expresión plástica en éste.

Propongo jugar a través de la plástica, de los materiales plásticos, para acercar y llevar a los niños con TEA a la experiencia creadora, al deseo por explorar e investigar. El resultado de este proceso, la obra artística, se puede entender como el “objeto transicional” que permite la ausencia del objeto y la creación del símbolo, del pensamiento. La terapia artística debería permitir volver al punto donde quedó malogrado este proceso de crecimiento mental saludable para restaurar, en la medida de lo posible, esa angustia de separación del objeto que no permitió la internalización de éste y, por lo tanto, su posibilidad de ser simbolizado.

NIVELES DE UTILIDAD DEL ARTETERAPIA EN LOS NIÑOS CON TEA

Ahora os propondré entender al paciente con TEA que tenemos en la sesión como un pequeño artista. Entender que está en un contexto terapéutico artístico, donde los dibujos son cuadros, donde los churros de plastilina son esculturas y la pintura sobre las manos y el papel una performance.

El arteterapia es una técnica terapéutica que utiliza el proceso creativo, la transformación de materiales plásticos y artísticos para expresarse y comunicarse (con o sin la palabra).

Uno de los aspectos diferenciales en el arteterapia respecto a otras psicote-

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

² Fiorini, H. (2007). *El psiquismo creador*. Vitoria: Colección música, arte y proceso. Vitoria: Producciones Agruparte.

³ Alonso Monreal, C. (2000). *¿Qué es la creatividad?* Madrid: Biblioteca Nueva.

⁴ Winnicott, D. (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.

rapias es lo que Shaverien⁵ denomina el “triángulo terapéutico”, donde en cada vértice encontramos paciente, obra y terapeuta y donde los lados del triángulo son flechas bidireccionales que indican o representan que los tres elementos del triángulo están interconectados y donde se dan transferencias y contrartransferencias.

Ejemplificaré este hecho:

Pongamos el caso de un niño con TEA con ciertas dificultades de coordinación y motricidad fina, que tiene el deseo de hacer un bonito cuadro con pinturas. Se esfuerza y parece tener una voluntad por hacerlo bien, el niño está concentrado, atento a los trazos, a las líneas del pincel, a los colores... El terapeuta siente que es un momento de intimidad positivo. El cuadro va ganando protagonismo, los colores empiezan a mezclarse y chorrear, parece que la obra está perdiendo sentido y el niño empieza a inquietarse. El resultado final no le ha gustado y se enfada, generalizando su enfado hacia el terapeuta quien, por otro lado, ve un cuadro lleno de colores brillantes, pero también siente la profunda decepción del niño.

Es decir, la producción nos comunica, no siempre, lo que queremos y nos transmite cosas diferentes a cada uno. El valor del arteterapia será no perder de vista la parte comunicativa de la obra, tanto para el creador como para el espectador. De la misma manera que una obra en un museo será interpretada de formas diferentes en función del espectador que tenga delante, sin olvidarnos (a diferencia de lo que pasa en un museo) de lo que el paciente/ artista nos comunica en el proceso de creación, que puede ser coherente con la obra o no.

El arteterapia se debe entender como una intervención global que tiene en cuenta los aspectos mentales, corporales y estéticos. Que tiene im-

plicaciones a nivel cognitivo, motriz y cognitivo-emocional. A continuación, intentaré profundizar en las implicaciones en estos tres factores que he comentado, consciente de que los tres están íntimamente interrelacionados.

1. Nivel sensorial

Sabemos que los pacientes con TEA tienen unas cualidades diferentes en la percepción. Nos podemos encontrar con personas hipersensibles a los estímulos auditivos o visuales u olfativos o táctiles..., tanto por exceso como por defecto. Personas que no toleran las luces intensas o que se autoestimulan con las luces. Las hay que no soportan el ruido y otras que chillan constantemente y las hay, también, que tienen un sentido musical extraordinario.

En cualquiera de los casos planteados, encontramos dificultades para la integración sensorial de los diferentes canales sensoriales y dificultades para discriminar y diferenciar entre los estímulos importantes y los que no lo son (forma/fondo). También dificultades para poder captar la coherencia global y una tendencia a maximizar los detalles, quedando abrumados por el exceso de información.

El arteterapia ofrece la posibilidad de un amplio abanico de sensaciones, desde la dureza de la madera a la delicadeza del papel de seda o el algodón, desde los colores neutros como el blanco de la hoja a las cartulinas brillantes metalizadas, desde los materiales moldeables húmedos como el barro hasta la plastilina dura, desde materiales que se pegan a las manos como otros que son difíciles de coger, como la arena.

Será un reto encontrar la vía sensorial de acceso más abierta o disponible, a fin de conectar con el sistema del placer perceptivo, porque eso nos abrirá un canal hacia la comunicación placentera, hacia la percepción de que el mundo no es tan hostil.

Biederman y Vessel⁶ (2007) proponen unos circuitos cerebrales implicados en el placer perceptivo. Aseguran que los seres humanos son infodevoradores, nos encanta conocer cosas, la adquisición de información no es una costumbre sino una necesidad y un placer. La absorción de información se relaciona con la actividad de los sistemas cerebrales de recompensa y circuitos de placer perceptivo. Lewis y col. descubrieron que la densidad de receptores “mu” (implicados en la anestesia y efectos psicoactivos de los opioides) era especialmente alta en las regiones cerebrales implicadas en el procesamiento de la información. Su densidad aumenta en el área visual ventral que interviene en el reconocimiento de formas y escenas. La habituación sensorial desactiva los receptores, por tanto, la búsqueda de nuevos estímulos visuales se da para mantener el placer.

En los pacientes con autismo, nos podemos encontrar o bien con aquellos que buscan constantemente este placer perceptivo, pero de forma aislada, o bien aquellos que sienten agresivas estas percepciones. Tanto en un caso como en el otro, nuestro trabajo será ayudar o bien a conectar con el placer o bien a poderlo compartir, aceptando a los demás en sus experiencias de forma tranquila.

El espacio arteterapéutico nos ha de permitir tener tiempo, debiera ser un espacio que tuviera la función de zona intermedia propuesta por Winnicott. Un espacio potencial para investigar, para recrearnos en los detalles, en los elementos visuales y táctiles. En la descripción detallada de éstos y en la concienciación de las diferencias. La noción del yo parte de la noción del no-yo. Cuando la piel se acaba, empieza otra cosa, con sensaciones diferentes, que puedo notar como algo no-yo, sin que todavía sea una cosa diferente a mí, estimulando la diferenciación.

Siguiendo el esquema psicopedagógico de la Dra. Júlia Coromines⁸, podemos ir integrando las sensaciones con las

emociones y más tarde la cognición. Desarrollaríamos primero un nivel descriptivo de lo que hace, de aquello que tiene delante, de lo que hace con el material, después la sugerencia de la sensación que siente o debiera sentir, para después conectar la experiencia sensorial y el reconocimiento de este sentimiento y finalmente estimular el recuerdo de lo vivido.

Según Streri⁹ (1990), un objeto no puede ser percibido como exterior a uno mismo si no es aprehendido a la vez por al menos dos canales sensoriales. En el arteterapia, podemos estimular la percepción de los objetos de forma multimodal, favoreciendo el reconocimiento global de éstos y ayudando a la integración de las percepciones que entran por vías diferentes.

Así, si intentamos hacer en volumen un caracol o una casa, estamos aportando más elementos perceptivos para favorecer la integración sensorial.

La variabilidad de los materiales plásticos puede ser tanta como queramos, todo puede convertirse en artístico: un tubo de cartón, un botón, unas puntas de lápiz, trocitos de papel, ropa... Podemos decidir los materiales en función de las necesidades que observamos, nos podemos adecuar al nivel de desarrollo del niño o paciente que tenemos delante. También nos podemos ajustar a la edad, ya que la expresión plástica no sabe de edades. Los materiales plásticos no tienen cualidades simbólicas por sí solos, los hemos de investir de esta cualidad y lo podremos hacer en la medida en que nuestros pacientes estén preparados.

2. Nivel motriz

Con frecuencia, los niños con TEA tienen dificultades motrices asociadas; de hecho, las dificultades motrices son uno de los signos de alarma en los primeros meses de vida (Mestres y Busquets, 2016¹⁰).

Las dificultades para percibir el cuerpo de una manera integrada, para planificar los movimientos para la ejecución de acciones concretas y la búsqueda de sensaciones motrices, comporta que con frecuencia hagan un uso extraño del cuerpo, con descoordinación general, dificultades en la autopercepción o propiocepción corporal, lateralidad...

Con el trabajo arteterapéutico podemos potenciar estas carencias entendiendo el cuerpo como un agente activo para la realización de acciones, utilizar el cuerpo para hacer movimientos amplios, trabajar en el plano vertical, de pie y no sentados, o en el suelo, utilizar papeles grandes, etc., nos permitirá trabajar la concienciación del cuerpo, la integración de las partes y ayudaremos a una planificación de los movimientos para ejecutar aquello que realmente queremos hacer.

Las dificultades visuales también son habituales. Los ojos son los órganos que más estimulan el cerebro (recordemos los estudios sobre el placer perceptivo), por ello, su buen uso influirá de forma decisiva en el desarrollo cognitivo, ya que de ellos depende en gran medida la percepción. Con frecuencia, muestran dificultades en la coordinación ocular, dificultades en la convergencia y divergencia, herramientas fundamentales para el buen enfoque y la percepción de la profundidad, así como la relación de los objetos en el espacio.

Cuando hacemos plástica estamos estimulando los sentidos y la vista principalmente.

Igualmente, la coordinación mano-ojo está en muchos casos comprometida y con frecuencia la mano no consigue aquello que el ojo quiere, por lo tanto, el trabajo de los ojos y de las manos será necesario.

Las manos son la primera parte del cuerpo desplazable del organismo que

entra en relación con el objeto y obedece a la intencionalidad del sujeto, según Coromines¹¹, el uso de la mano es una renuncia a la omnipotencia¹², es decir, es aceptar que he de moverme hacia el exterior para conseguir lo que necesito. Las manos de los niños con TEA acostumbran a tener un tono poco adecuado, pueden ser manos blandas, poco útiles, que tocan poco o manos demasiado tensas que no permiten trabajar bien (Morral, 2016)¹³. Ayudar a tomar consciencia de las manos y que puedan ser más flexibles, será un trabajo capital.

Con el arteterapia podemos hacer juegos de apretar y soltar, de fuerte-suave, utilizaremos materiales blandos y duros, necesitaremos manos activas y fuertes o, todo lo contrario, manos delicadas. De la misma manera, trabajaremos de forma lúdica la presión del lápiz, del pincel, de los rotuladores... iremos hablando de las diferencias y, al no trabajar directamente sobre aprendizajes, sino en la búsqueda del placer, podremos estimular su uso en otros contextos menos lúdicos, como puede ser el escolar.

Muchos de los pacientes que llevamos tienen un recorrido vinculado a la escuela y, en muchas ocasiones, se muestran resistentes a los aprendizajes y cualquier cosa que recuerde a escuela puede ser rechazada; las familias con frecuencia comentan estas experiencias en casa. El arteterapia puede hacer de puente o de encuentro con estos materiales como algo que también puede ser divertido y lúdico.

Con el trabajo con materiales plásticos también tendremos que estimular la coordinación bimanual y la consciencia de las manos, como globalidad y también como conjunto de partes independientes, muñeca, palma, dedos y, sobre todo, el uso independiente de los dedos. Si recordamos el homúnculo de Penfield, que es una representación pictórica de

⁵ Shaverien, J. (1991) *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers.

⁶ Citados a Gándara, J. de la (2008). “Psico-neuro-biología de la creatividad artística”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

⁷ Ídem.

⁸ Coromines, J. (1991). *Picopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espax..

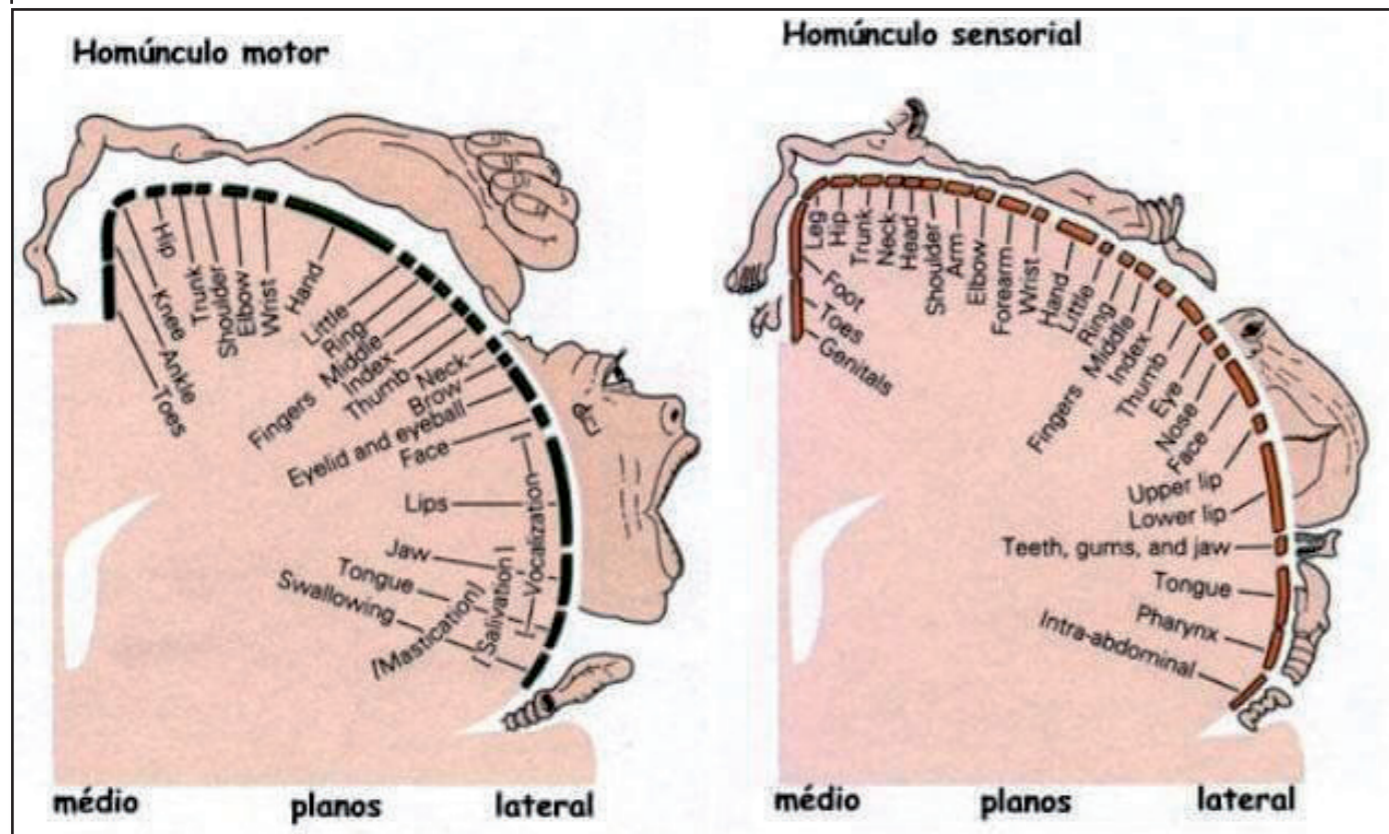
⁹ Streri, A. (1990). *Relations between vision and touch. Perception and motor activity*. A Bloch, H. Bertenthal, B. I. (Eds.) *Sensory-Motor Organizations and Development in Infancy and Early Childhood*, pp. 337-344. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Arlette_Streri/publications/3

¹⁰ Mestres, M. y Busquets, L. (2016). Els signes d'autisme durant el Primer any de vida: la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol XXXII/2.

¹¹ Coromines, J. (1984). Oraltzació i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol 1, nº1, pp. 49-74.

¹² Coromines, J. (1984). ídem.

¹³ Morral, A. (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre líneas*. Vol. 38, pp. 23-30.



las divisiones anatómicas de la corteza motora primaria y la corteza somatostésica primaria, podemos observar que las manos, juntamente con la boca, son las partes del cuerpo que más ocupan.

Precisamente por este hecho, encontraremos en los bebés una intensa interacción entre la mano y la boca hasta que, poco a poco, cada parte se va diferenciando. La Dra. Coromines dio especial importancia a las manos y a su función en el desarrollo psíquico y en la adquisición de la simbolización. Como he comentado antes, según Coromines, el uso de la mano presupone que se puede coger un objeto, tenerlo en la mano, sin que pase a formar parte del sujeto, es decir, conservando sus características, por tanto, representaría la renuncia a la omnipotencia. Cuando ello no se puede dar, como pasa con frecuencia en el autismo, encontramos funciones de la mano que han quedado enclavadas en estados

primitivos. Los bebés, en sus primeros días de vida, están en una etapa de fusión de la boca con el pecho, las manos no existen y el movimiento de éstas está ligado a un reflejo de succión, dándose una unidad mano-boca, utilizando las manos como boca. Con frecuencia, eso lo encontramos en nuestros pacientes. Por ejemplo, sólo pueden comer si tocan y deshacen la comida con las manos o lo exploran todo con la boca sin usar las manos para esta función. En estos casos, no se tienen en cuenta las praxis manuales y la cualidad de las manos sino su función boca, hecho que se da, según Coromines, en las posiciones esquizo-paranoides, en las que el sujeto y el objeto están poco diferenciados.

Existe una gran complejidad en la forma como las manos pasan a ser símbolos completos y, en muchos casos, se puede observar una etapa intermedia entre indiferenciación y diferenciación, que es el

uso parcial de las manos. Las manos no se perciben en su totalidad y pueden sentirse, por ejemplo, como muy agresivas.

Si se da el desarrollo correcto, finalmente la mano llegará a su función simbólica, que en nuestra sociedad se muestra en el gesto convencional de darse la mano, la alianza de boda, etc.

3. Nivel cognitivo y emocional

Se han realizado muchos estudios sobre cuáles son las partes del cerebro implicadas en la creatividad. Destacaré los estudios de neuroimagen hechos por Rosa Chávez et al. (2004)¹⁴, en los que descubrieron que se da una hiperactivación cerebral, bloqueándose el ritmo alfa (el del estado de relajación), en el momento de la creación y mayor nivel alfa en el momento de la inspiración, dándose un incremento del flujo cerebral en las áreas involucradas en el procesamiento multimodal, procesamiento de las emo-

ciones y funciones cognitivas complejas. La creatividad es un proceso dinámico que implica la integración de todos esos procesos.

El psiquiatra Gándara (2008)¹⁵, hace una recopilación de los estudios cerebrales realizados sobre la creatividad, en el que se asocia la creatividad con el funcionamiento de la corteza temporo-occipito-parietal (TOP), áreas de Brodman y su interacción con la corteza prefrontal (CPF, áreas 9 y 20) que desempeñan el trabajo de asociación y síntesis, propios de los procesos mentales complejos, como las actividades simbólicas, la anticipación y la abstracción. La corteza prefrontal tiene la función de focalizar los estímulos importantes y suprimir los secundarios, así como de prever, planear y organizar actos y pensamientos. De manera que los intercambios entre TOP, CPF y otras áreas serían abundantes, como las zonas mediales de los hemisferios cerebrales como el cíngulo y el hipocampo, relacionadas con el tono emocional. Finalmente, la formación reticular, que tiene funciones vitales del organismo y estado de consciencia, como la gestión de las respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales, se mantiene en una alta disposición para ser activada.

En conclusión, las áreas de mayor actividad cerebral durante el proceso creativo están involucradas en el procesamiento multimodal, en funciones cognitivas complejas y en el procesamiento de las emociones.

Si pensamos en las características del funcionamiento cerebral de los niños con TEA podemos ver cómo, justamente, fallan en muchos de los aspectos necesarios para la creatividad. Algunas de las características cerebrales en los niños afectados de TEA, según estudios realizados¹⁶, demuestran que hay un mayor volumen cerebral y de sustancia blanca, que está formada principalmente por axones neuronales, que están cubiertos de mielina, y que esta masa blanca protege las fibras nerviosas, mejora la velo-

cidad y transmisión de las señales eléctricas nerviosas.

También se ha observado un menor número de células de Purkinje, situadas en el cerebelo. Las neuronas de esta región son neuronas de proyección hacia núcleos cerebelosos y hacen sinapsis inhibitorias que liberan GABA, un neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central que regula la excitabilidad neuronal y que es responsable directo de la regulación del tono muscular.

Se ha apreciado, a la vez, mayor conectividad local y menor conectividad de larga distancia. Asimismo, se comprueba una disminución de las neuronas con funciones de conexión entre neuronas receptoras de las sensaciones, el tálamo, procesador de las emociones, y el córtex (principalmente frontal), procesador de la intencionalidad y representación simbólica. Por último, también se da una reducción de las neuronas espejo, que son neuronas motoras que se activan ante las acciones de los demás, y que tendrían una importancia relevante en el aprendizaje por imitación y podrían ayudar a entender las intenciones y emociones de los demás.

Teniendo en cuenta todo ello y pensando en la plasticidad cerebral, propongo el uso de la plástica como una forma de estimulación, de potenciamiento de la creatividad, que favorecerá de forma global a las personas con TEA y promoverá un desarrollo cerebral más interconectado entre las diferentes áreas.

Además, estamos potenciando la capacidad de hacer, de pasar a la acción, y como hemos visto con anterioridad, hacer es existir; por lo tanto, será un paso importante en el proceso de diferenciación y simbolización.

Considerando lo anteriormente citado sobre los objetos transicionales de Winnicott, encontramos una aportación cercana en Víctor Guerra¹⁷, que nos habla de objetos tutores, que no son objetos transicionales propiamente, pero que describe como objetos que se han inves-

tido de una carga emocional por lo que han representado en la relación con el terapeuta. En el arteterapia, las obras creadas por los niños son investidas emocionalmente y tienen una fuerte carga, por lo que propongo que pueden realizar una función de objetos transicionales. Estas obras deberán guardarse y preservarse, nos servirán de recuerdo y podremos trabajar, entre otras cosas, la permanencia del objeto, primero de forma concreta, para después transitar hacia la interiorización de este objeto como un símbolo.

Trabajamos también con la necesaria confrontación entre el deseo y la realidad, lo que quiero hacer y lo que realmente puedo hacer con los materiales, los cuales tienen propiedades que se rigen por la ley de la materia. Ello ayuda en el trabajo de la tolerancia a la frustración, a la pérdida progresiva de la omnipotencia y al necesario reajuste, el que hace que la persona con TEA deba plantear alternativas, posibilidades innovadoras que desencallen la obra. De manera que trabajamos sobre la flexibilidad y la improvisación.

Durante todo el proceso de creación se generan emociones que al ser verbalizadas pueden acercar a la concienciación sobre los estados emocionales, la manera de pensarlos y gestionarlos.

Finalmente, es también una herramienta que nos sirve para comunicarnos sin utilizar la palabra, potenciando todos los recursos comunicativos.

Un caso clínico:

Jordi es un niño con TEA nacido en septiembre de 2008 y que llega al Servicio de Tratamientos Carrilet en noviembre de 2012, después de unos dos años en el Centro de Atención Temprana (CDIAP). Comentan los muchos avances que ha hecho, pero que todavía le cuesta comunicarse, que tiene un lenguaje bastante repetitivo, dificultades para relacionarse con los demás niños y tendencia a excitarse, no los rechaza, pero puede llegar a ser muy invasivo.

14 Chávez, R. et al. (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de la actividad cerebral. *Salud Mental*. Vol. 27, nº3. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232706.pdf>

15 Gándara, J. de la (2008). "Psico-neuro-biología de la creatividad artística". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>

16 Palau-Baduell, M. et al. (2012). Autismo y conectividad neural. *Revista Neurología*. Vol. 54 (Supl. 1), pp. 31-39. Recuperado de: <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/10/autismo-y-conectividad-neural.pdf>

17 Guerra, V. (2015). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. Recuperado de <http://ciclosdavidia.com/wp-content/uploads/2015/04/INDICADORES-DE-INTERSUBJETIVIDAD-FINAL.pdf>

La familia añade que tiene dificultades en el juego, aunque es capaz de iniciar algún tipo de juego simbólico. Puede quedarse fijado en las ruedas de los coches y en intereses más repetitivos como los logos, el metro y los parkings.

Cuando conozco a Jordi se muestra muy inhibido, tiene un tono muscular muy elevado y transmite un nivel de an-

nuestra intervención. Ayudaremos a Jordi a encontrar otras formas de relación, tal vez no tan predictibles, pero más ricas. Mi respuesta no será siempre igual, también dependerá del nivel de confianza, de lo que piense que él puede aguantar, de cómo me sienta yo aquel día, pero con frecuencia actúo a tres niveles. La respuesta que es igualmente descriptiva



Foto 1

siedad alto, la nueva situación le bloquea, aunque no la rechaza. Tiene dificultades para mantener un juego o una actividad con la terapeuta y queda con frecuencia absorto en las sensaciones que le producen los materiales. En un principio, pide actividades con barro y plastilina, con el rodillo los chafa y alisa y después pasa los dedos mirando muy atentamente la actividad, disfruta de estas sensaciones y queda atrapado en este mundo dejándose alejada, casi inexistente (foto 1). A pesar de ello, yo desde la distancia puedo ir diciendo cosas como “está mojado, pasas el dedo, se ensucia la mano, queda pegado al dedo, a la mesa...”. A veces, mis intervenciones parecen caer en el vacío, otras parecen turbar su paz. Puede responder con una sonrisa o con alguna provocación, como intentar manchar las paredes o a mí misma, mientras se ríe esperando una respuesta de reprobación. Parece tener bien claro cómo funciona la relación cuando él hace algo que no está bien y, para tenerme bajo el control de lo predecible, busca que yo actúe de una forma que conoce. Pero eso es justo lo que nosotros intentaremos cambiar con

(“ahora parece que te gustaría continuar con esa sensación por las paredes”), la que intenta dar un sentido a su acción (“¡uy! ¡Qué susto! Tú, que estabas tan concentrado, Mònica habla y ahora te pones a manchar las paredes”) y la que, si la acción continua, intenta reconducir (“estoy pensando que el papel se te ha quedado pequeño, mira, pondré uno grande en la pared para que lo puedas hacer sin problemas y no tengamos que preocuparnos por la pared”). Esta tercera es la que se diferenciaría más en el arte-terapia, ya que se da una propuesta creativa y activa para desencallar una acción repetitiva o perversa.

Se resistía a hacer cosas en papel, fuera con lápiz o pintura, pero cuando las hacía mostraba una inmadurez en la psicomotricidad fina y en la representación (foto2). Cuando se daba cuenta de esta dificultad y no le salía lo que quería hacer o, al revés, le estaba saliendo y notaba de forma demasiado consciente estar haciendo junto al otro, se ponía nervioso y excitado, cortando la actividad con una serie de actuaciones provocadoras como las antes descritas, en las que quedaba

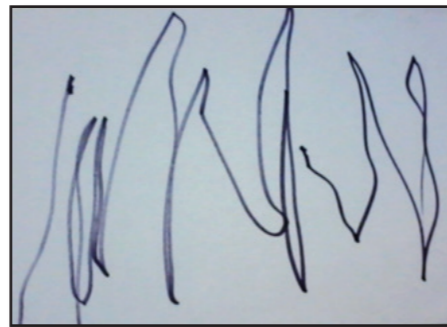


Foto 2

enredado en un tipo de actuación hiperactiva y podía mostrarse agresivo, dando golpes a la terapeuta de forma excitada, siendo difícil resolverlo.

Poco a poco, fue ganando en confianza, en capacidad comunicativa y también en capacidad simbólica, dio un salto hacia la incipiente representación suponiendo un gran avance para Jordi, quien parecía estar entendiendo su entorno de una manera menos persecutoria (foto3).

Empezó a mostrar placer por las actividades con la pintura y el dibujo, pero con frecuencia podía quedar absorto en el placer sensorial que ello le desvelaba. Es decir, Jordi me enseñaba cómo eran de importantes para él las sensaciones, la búsqueda sensorial, era como una especie de investigador-científico, descubría cada matiz de la materia, sin prisas.



Foto 3

Poder hablar de ello y darle espacio para que fuera él quien, poco a poco, se fuera sintiendo seguro para salir a la búsqueda del otro permitió que yo tuviera cada vez más espacio en su juego, aunque podía excitarse cuando la relación se le hacía demasiado intensa.

Paralelamente, fue interesándose por la representación con plastilina, hacía muñecos con bolas pegadas y cada bola

era una parte del cuerpo. Por un lado, se daba una cierta discriminación y diferenciación, aunque era todavía poco articulada, era una diferenciación poco integrada, parcial y fácil de volver a desmembrarse.

Jugamos repetidamente a juegos muy clásicos como esconderse o “Un, dos, tres, al escondite inglés” y ello nos permitió ir hablando de lo que el otro no ve, pero se imagina, de la razón por la que nos encontramos, las pistas que damos a los demás, lo difícil que es aguantar hasta que acaba la canción para girarse... Jordi necesitaba desgranar cada norma, cada motivo y así pudo ir entendiendo cómo funcionaba el mundo y los demás, aunque no siempre podía seguir las normas.

Se fue interesando, también, por el juego con muñecos, aunque era repetitivo, pero podía empezar a construir historias que a lo largo de las sesiones podía ir enriqueciendo. Primero, construimos un barco, los muñecos entraban en él y navegaban, todavía no había objetivo en esa navegación, el juego consistía en subirlos, hacerlos viajar y vigilar que no cayesen. Podíamos pensar diferentes maneras de hacer con los muñecos para que no les cayesen la cabeza o las piernas y podíamos ir pensando en cómo las cosas no se podían juntar por contacto, sino que necesitaban ser conectadas internamente, con palillos, por ejemplo. Ello lo podíamos ligar con nuestro esqueleto que unía la cabeza y el cuerpo, los brazos... De tal manera que, hablando de una cosa concreta y externa, hablábamos también simbólicamente de cómo podíamos hacer para conectar las ideas, las emociones y que no cayesen, sino que estableciéramos conexiones fuertes y duraderas.

Aquel barco bajaba de la mesa y viajaba por el “fondo del mar”, pero le podíamos añadir más ideas al juego, ya que cuando les pasa eso a los barcos es porque se hunden, no porque naveguen. Jordi, un día, tuvo la idea de construir un submarino. No sabía muy bien cómo hacerlo ni podía tampoco pedir ayuda. Como siempre desde la palabra le ofrezco ayuda, sin intervenir en sus cosas para que no me rechazase, sólo con palabras recordando: “Mònica está aquí



Foto 4

para ayudarte, quizás podemos mirar juntos cómo hacerlo”. Con espera él podía pedirme ayuda y colaborábamos en la construcción conjunta del submarino (foto 4).

Con el tiempo, iba aceptando y pidiendo ayuda de forma más tranquila, de manera que yo podía sentirme más integrada en sus propuestas. El juego iba enriqueciéndose. Los muñecos primero



Foto 5

iban en barco, los subía de uno en uno en un orden determinado, después los colocaba dentro del submarino en el mismo orden y los apretaba para que cupiesen todos. Yo podía ir nombrando este apretamiento de muñecos, que a toda costa debían entrar porque era el orden que él había decidido. Intentaba vincularlo con la acumulación que a veces podemos sentir dentro con todas las cosas

que pasan durante el día, que se confunden y amontonan. El submarino hacía un recorrido por el suelo de la sala y acababa en la mesa, donde todos los muñecos bajaban y volvían de nuevo al barco. Este orden se debía repetir siempre y era muy angustiante si la sesión tenía que acabar antes de poder finalizar este ritual, lo que también nos permitía ir vinculando la experiencia de la terapia con lo que él necesitaba fuera para sentirse tranquilo. Fui proponiéndole la idea de tener un submarino que fuera a algún lugar, que tuviera algún objetivo y se le ocurrió que fuera a buscar un tesoro a una isla. Por lo que ya teníamos que pensar cómo hacer la isla y el tesoro. Después, pensó en hacer un cohete para viajar a la luna. El juego era bastante repetitivo y ritualizado, pero iba ampliando las posibilidades, los muñecos podían tener accidentes, ahogarse, ser rescatados...

Este proceso vino acompañado de una mayor capacidad de simbolización que también se podía ver reflejada en los dibujos y las producciones plásticas (foto 5). A la vez que hubo un mayor interés por los compañeros de la clase, una mejora en el lenguaje y una mayor flexibilidad. En casa también fue aumentando la posibilidad de jugar y los padres comentaban que podían compartir algún rato



Foto 6

de juego. Aunque leído el proceso pueda parecer rápido, fue un proceso lento y con frecuencia parecía que no lo conseguiríamos y podíamos quedarnos muchas sesiones repitiendo el mismo juego sin ningún tipo de variación. Por ello, le iba ofreciendo propuestas diferentes, como trabajar el barro o la pintura, con el objetivo de encontrar alternativas que pudieran ayudar a ampliar. Una de estas propuestas fue hacer un mar con pintura, pensar lo que debía de ver el submarino y, los dos, compartiendo el dibujo pudiéramos pintar.

Sus producciones simbólicas aumentaron, su coordinación en la motricidad fina mejoró y su capacidad por tolerar las emociones mientras dibujaba también. Con lo que pudo empezar a lanzarse a hacer dibujos más representativos. Eran momentos muy íntimos, yo casi no decía nada, pensaba que cualquier intervención podía acabar con el dibujo roto. Cuando él acababa, estaba satisfecho de lo que había dibujado y lo podía compartir conmigo, aunque había poco espacio para poder hablar sobre lo que había hecho (foto 6).

Empezaron, también, a aparecer dibujos de los lugares a los que iba, las cosas que había hecho durante el fin de semana, como ir a la playa o coger el tren (foto 7).



Foto 7

Más adelante, intentando hacer mapas, como evolución de sus aficiones por los recorridos de las líneas de metro y tren, pero ahora más vinculado a la experiencia que había vivido; el lugar donde él iba a la playa, la carretera por la que llegaba, la arena, las vías del tren con el que había ido a la playa y cada vez lo organizaba mejor.

Se dio una temporada en la que la dramatización cogió fuerza, el juego del barco se podía retomar, pero no en cada sesión. Quería hacer representaciones de cuentos populares. Quería hacer la Caperucita y nos disfrazábamos con telas. Él era el lobo y yo Caperucita, me asustaba y yo sentía miedo, él era el listo y me engañaba. Después, me hacía cambiar de papeles y él era el cazador y yo el lobo, entonces me vencía y me mataba. Estas sesiones permitían que él tuviera

el control omnipotente de la relación a través del juego y yo podía representar la desesperanza, la desesperación, que seguramente podía sentir él tantas veces, sobre todo en la escuela donde todo pasaba rápido (¡con el tiempo que él necesitaba para la exploración de las cosas!). A veces, me permitía hacer un rato de lobo y podíamos hablar del mucho miedo que daba y que en ocasiones podía parecer de verdad; con frecuencia, el juego traspasaba la frágil línea del "como si" y se confundía con la realidad.

Los padres están embarazados de nuevo hacia agosto de 2014, pero no será hasta principios de 2015 que se le explica a Jordi. Empieza una nueva etapa de mucha incertidumbre, al principio parecía que no entendía mucho lo que se le explicaba, pero a medida que la barriga de la madre crecía, Jordi fue tomando consciencia de lo que significaba. En las sesiones quería explorar mi barriga y, aunque él no podía verbalizarlo, pudimos preguntarnos: ¿cómo habrá llegado el hermanito/a a la barriga? ¿Por dónde saldrá? ¿No se ahogará? ¿De verdad está dentro? Tenía que utilizar al máximo su capacidad de simbolización porque las preguntas no tenían una respuesta que pudiéramos explorar e investigar de forma real (metiéndose dentro de la barriga o mirando por un agujero...), las teníamos que pensar e imaginar.

Esta experiencia significó una desazón para él, pero a la vez supuso un crecimiento madurativo ya que parecía que las cosas se iban integrando, como el dibujo en ceras de esta playa, donde ya no hay una línea recta que separa, sino que capta las variabilidades de las olas y el agua, a pesar de que todavía la necesi-

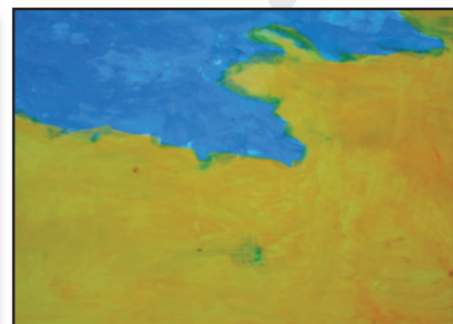


Foto 8

dad de control y de llenar todo el blanco de la hoja es muy clara (foto 8). Hizo, también, una escultura con barro que, a diferencia de lo que había hecho hasta el momento, era en volumen y se aguantaba de pie. Tenía una cabeza y una cara dibujada en la barriga (que no se ve en la foto), en la base escribió los nombres de los dos, imagen bien sugerente de hasta qué punto podía vivir fusionada la rela-



Foto 9

ción. Para realizar esta escultura, necesitó de mucha consciencia ya que primero se hace, después se seca, más tarde se pinta y finalmente se barniza, y en cada sesión quería recuperar lo que ya había hecho para acabarla (foto 9).

Una vez nacida la hermanita, continuó en un cambio progresivo, se mostraba más ansioso, con más actividad, pero a la vez mucho más vivo. El juego de las dramatizaciones ganó terreno. Una de ellas era la de un "grafitero" que garabateaba en las paredes y al que la policía perseguía y otra la de un ladrón que robaba en las casas y al que la policía tenía que pillar, pero se escondía bien o mentía. En estos juegos aparecían muchos sentimientos y matices que teníamos que ir investigando. Podíamos hablar de las cosas que se podían hacer

y de las que no y de cómo, muchas veces, teníamos ganas de hacer lo que no tocaba, la posibilidad de decir mentiras, de hacer creer lo que no era, la dificultad de controlar los deseos que no están permitidos (como coger las cosas que nos gustan de los compañeros o de la hermanita), la excitación de la provocación y del ser perseguidos... Podíamos pensar qué está bien y qué está mal, hasta qué punto se pueden saltar las normas o no.

A finales de 2015 planteo la finalización del tratamiento debido a su buena evolución y pensamos en la posibilidad de hacer una parada aprovechando el buen momento. El final del tratamiento se da en septiembre de 2016 y durante este proceso podemos ver cómo sus capacidades se consolidan y la capacidad simbólica y de pensamiento también van aumentando. En la escuela, sigue los aprendizajes del curso y sus relaciones con los iguales se han ido ampliando.

Una muestra de ello son dibujos donde aparecen diálogos entre personajes, que confirman que él ya no está solo, que está en relación y con ganas de compartir (foto 10).

Finalmente, y en este proceso de cierre del tratamiento, Jordi decidió hacer un libro donde aparecieran los pasos de cómo hicimos la escultura y me pidió ayuda para elaborar el proceso de forma escrita. En cada página hacía un dibujo y escribía el procedimiento. Para mí, eso significó también la posibilidad de ordenar internamente aquello que habíamos hecho juntos. Nuestras experiencias no eran algo que se podía perder, sino que podía tomar forma y permanecer en el recuerdo. ●

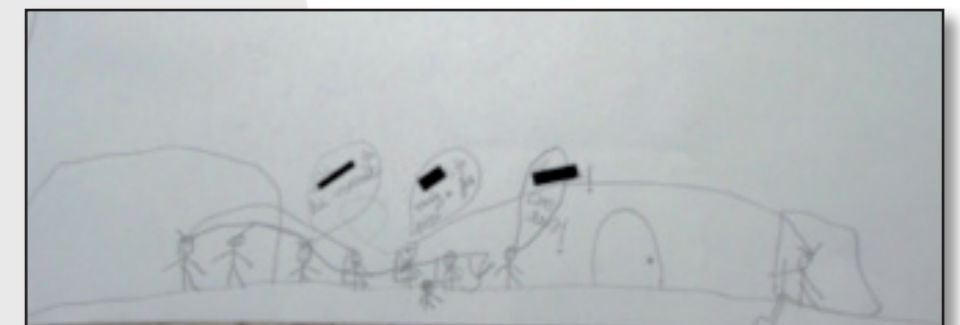


Foto 10

BIBLIOGRAFÍA

Acquarone, S. (2011). *Mens sana in corpore sano: una psicoterapia con un bebé de nueve meses de edad con parálisis cerebral*. Trabajo presentado en la II Jornada de especialización Carrilet, septiembre, Barcelona.

Acquarone, S. (2011). *Variación en la comprensión del trabajo con niños autistas*. Trabajo presentado en la II Jornada de especialización Carrilet, septiembre, Barcelona.

Alonso Monreal, C. (2000). *¿Qué es la creatividad?* Madrid: Biblioteca Nueva.

Álvarez, A. (2004). A propósito del elemento de déficit en los niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores de desarrollo. En Brun, J.M. y Villanueva, R. (2004). *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

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

Brazelton, T.B. y Cramen, B. (1993). *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Barcelona: Paidós.

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

Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori Editorial.

- Chávez, R. et al.** (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de la actividad cerebral. *Salud Mental*. Vol.27, nº3. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232706.pdf>
- Coromines, J.** (1984). Oralització i altres aspectes de la funció primitiva de la mà. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. 1, nº1, pp. 49-74.
- Coromines, J.** (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espax.
- Dalley, T.** (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fiorini, H.** (2007). *El psiquismo creador*. Vitoria: Colección música, arte y proceso. Vitoria: Producciones Agruparte.
- Fraiberg, S.** (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612-635.
- Gándara de la, J.** (2008). "Psico-neuro-biología de la creatividad artística". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>
- Guerra, V.** (2015). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. Recuperado de <http://ciclodavida.com/wp-content/uploads/2015/04/INDICADORES-DE-INTERSUBJEVIDAD-FINAL.pdf>
- Klein, M.** (1987). *El psicoanálisis de niños*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- López Mondéjar, L.** (2006). "Creación y psicoanálisis: el factor Munchusen". *Arteterapia. Dinámicas y procesos terapéuticos*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Mestres, M. y Busquets, L.** (2016). Els signes d'autisme durant el primer any de vida: la detecció a través d'un cas clínic. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXXII/2.
- Metzler, D.** (1979). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Morral, A.** (2016). El cuerpo del niño con trastorno del espectro autista. Algunas ideas sobre la comprensión y el abordaje. *Revista Entre líneas*. Vol. 38, pp. 23-30.
- Muratori, F.** (2008). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 39-50.
- Muratori, F.** (2009). El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (II parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 13, 21-30.
- Oromí, I.** (2008). Metàfora idiosincràtica. *En Processos primaris* (pp. 121-147). Barcelona: Fundació Orienta.
- Oromí, I., Linares, L. i Recio, M.** (2010). "Experiència en incubadora i desenvolupament mental: comprensió psicoanalítica". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*. Vol. XXVII/2, pp. 113-129.
- Paín, S. i Jarreu, G.** (1995). *Una psicoterapia por el arte. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Palacio, F.** (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 11, 27-34.
- Palacio, F.** (2008). Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (II parte). *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 12, 9-18.
- Palau-Baduell, M. et al.** (2012). Autismo y conectividad neural. *Revista Neurología*. Vol 54 (Supl. 1), pp. 31-39. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/10/autismo-y-conectividad-neural.pdf>
- Recio, M.** (2012) Artteràpia en infants amb trastorns de l'espectre autista. *Revista desenvolupa*. Núm 34. Recuperado de <http://www.desenvolupa.net/Ultims-Numeros/Numero-34/Artteràpia-en-infants-amb-trastorns-de-l-espectre-autista-Monica-Recio-Crespo>
- Shaverien, J.** (1991). *The revealing image: analytical art psychotherapy in theory and practice*. London: Jessica Kingsley Publishers. *Comunitaria*. Vol. 8, nº 1, pp. 29-46. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/psico-neuro-biologia-de-la-creatividad-artistica/#>
- Streri, A.** (1990). *Relations between vision and touch. Perception and motor activity*. A Bloch, H. Bertenthal, B. I. (Eds.). *Sensory-Motor Organizations and Development in Infancy and Early Childhood*, pp. 337-344. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Arlette_Streri/publications/3
- Spitz, R.** (1958). *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar.
- Tustin, F.** (1972). *Autismo y psicosis infantiles*. Buenos Aires: Paidós.
- Tustin, F.** (1987). *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Viloca, Ll.** (1998). Ansietat catastròfica: de la sensorialitat a la comunicació. En *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, Vol. XV, nº1, pp. 53-60
- Viloca, Ll.** (2003). *El niño autista. Detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- Viloca, Ll. i Coromines, J.** (2008). L'ansietat catastròfica: procés de simbolització i d'interpretació. En *Processos primaris* (pp. 73-98). Barcelona: Fundació Orienta.
- Viloca, Ll.** (2011). *El vincle emocional*. Trabajo presentado en las Jornadas de Formación Interna de Carrilet, octubre, Barcelona.
- Wing, L.** (1988). *Aspects of Autism: Biological Research*. London: Gaskell/The National Autistic Society.
- Winnicott, D.** (1999). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa.