



- 1** Portada
Flavita Banana.
- 5** Editorial
Equipo *eipea*.
- 6** Saludo
Romana Negri. *Elementos autistas en el curso de la vida fetal.*
- 8** Artículos
Dolors Cid y Lucy Jachevasky. *¿Una intuición?*
- 12** Teresa Ferret. *Replegamiento psíquico y aspectos narcisistas.*
- 20** Maria Rinos y Marta Bahima. *Voz y palabra en el niño autista.*
- 28** Experiencias
Gemma Sala y María Álvarez. *De la fortaleza vacía a la casa compartida: Una experiencia de trabajo grupal con niños con TEA en pequeña infancia.*
- 36** Mercè Quesada. *Reflexiones sobre la intervención online durante la situación de pandemia a partir de un caso.*
- 42** Reportaje
Equipo *eipea*. *Atención pública en la salud mental de los niños y jóvenes con TEA en Catalunya. El CSMIJ de Tarragona.*
- 50** Reseña
Equipo *eipea*. *Presentación de la Revista *eipea* y del monográfico *Dilemas Actuales en el Autismo Infantil* de José Luis Pedreira en el Ateneo de Madrid.*

Participa en nuestra campaña de micromecenazgo continuo en <https://eipea.aixeta.cat/es>. El sostenimiento de la revista depende de aquellas personas que ponéis en valor nuestra labor de difusión sobre el mundo de los autismos.

¡Muchas gracias!



- Revista digital de periodicidad semestral
- ISSN 2462-6414
- Web: www.eipea.com - Contacto: eipea@eipea.com
- Obra de portada: Flavita Banana
- Todo el contenido de esta revista, excepto donde esté indicado lo contrario, está bajo una licencia de Creative Commons.



Equipo Editorial

DIRECCIÓN

BRUN, JOSEP MARIA

CONSEJO EDITORIAL

BRUN, JOSEP MARIA

OLIVES, SUSANNA

AIXANDRI, NÚRIA

CALVO, ALBA

COMITÉ ASESOR

CID, DOLORS (Barcelona)

FIESCHI, ELENA (Barcelona)

JIMÉNEZ, CIPRIANO (Vigo)

LARBÁN, JUAN (Eivissa)

LASA, ALBERTO (Bilbao)

NEGRI, ROMANA (Milán)

PALACIO, FRANCISCO (Ginebra)

PEDREIRA, JOSÉ LUIS (Madrid)

PONCE DE LEÓN, EMA (Montevideo)

TIZÓN, JORGE LUIS (Barcelona)

TORRAS, EULÀLIA (Barcelona)

VILOCA, LLÚCIA (Barcelona)

EQUIPO TÉCNICO Y DE DISEÑO

ALBERTIN, SONJA (diseño gráfico y maquetación)

BRUN, PAU (imagen corporativa)

PÉREZ, FERNANDO (página web)

Diez números de la Revista *eipea*... ¡Muchas gracias!

ROSA ROBELLÓ EULÀLIA TORRAS JORGE L. TIZÓN ELENA FIESCHI EVA VELÁZQUEZ LALI BULLICH ESTER LARROYA CARMEN NAVINÈS CENTRO MENELA CIPRIANO JIMÉNEZ PAULA ESTÉVEZ AMPARO MAQUIEIRA ANA RODRÍGUEZ ANTÍA FERNÁNDEZ PILAR PARDO SONIA ÁLVAREZ LUIS ALEJANDRO CHAMMAH SERVIZO DE ATENCIÓN TEMPERÁ DE VIGO ANA MOURE MERCEDES LÓPEZ MACARENA BLANCO MAR MORAIS CINTA VIDAL LLÚCIA VILOCA JOSÉ LUIS PEDREIRA MAITE MIRÓ MÒNICA RECIO MARTA RABADÁN JOAQUIM SERRABONA MÓNICA DE LEÓN IVÁN RUIZ SÍLVIA CORTÉS MARC BARCELÓ TEADIR CATALUNYA-ARAGÓN-EUSKADI EDUARD FERNÁNDEZ PEDRO GRAS MARÍA JESÚS SANJUÁN CRISTINA LABORDA GRACIA VISCASILLAS MIGUEL Y JOSÉ ANTONIO ANA GORICELAYA IGNACIO PRADO CRISTINA SARDUY MARÍA JESÚS COMPADRE PÍA NEBREDÀ CRISTINA CALIFANO ANDAR DE NONES BARBARA GALEA-HAJI PILAR SARRIAS XAVIER BLECUA FRANCESC PÉLACH DANIEL DE LEÓN DOLORS CID LUCY JACHEVASKY GRUPO PRISMA DE PSICANÁLISE E AUTISMO ALICIA BEATRIZ DORADO FÁTIMA MARIA VIEIRA MARIA CECILIA PEREIRA MARIA LÚCIA GOMES MARIA THEREZA BARROS MARIÂNGELA MENDES MARISA HELENA LEITE REGINA ELISABETH LORDELLO MIGUEL LLORCA JOSEFINA SÁNCHEZ TALIA MORILLO RAQUEL GONZÁLEZ KELLY HUNTER POL LÓPEZ CENTRE VIL-LA JOANA ENRIC FONT BET ROSÀS JULIÁN FÁBREGAS ANDREA PODZAMCZER CENTRE CARRILET ELISABET SÁNCHEZ SÒNIA GONZÁLEZ NÚRIA FARRÉS DONNA WILLIAMS FRANCISCO PALACIO ALBERTO LASA JUAN LARBÁN GEORGES SOLEILHET MARÍA ELENA SAMMARTINO PROJECTE NICAJOANA JOSEP ROTA CARLA GALOFRÉ YAMILEZ VILCHEZ SANDRA SÁENZ ENRIC BERENGUER MARTÍN GIMÉNEZ ROMANA NEGRI EMA PONCE DE LEÓN CARMEN BRUN-GASCA LIRIA MORAN MARGARITA CORBERA ÀNGELS VÁZQUEZ PERE PÉREZ JORDI FERNÁNDEZ XABIER SANTXOTENA ANNE BRUN CORI CAMPS FABIA MORALES LOURDES BUSQUETS MARINA MESTRES JÚLIA MIRALBELL PEP CODÓ GUILLEM SALVADOR FILIPPO MURATORI SARA CALDERONI MARTA GOMÀ JOSÉ ANDRÉS SÁNCHEZ CEE FOLCH I CAMARASA FELI MANZANEDA IOLANDA MARTÍNEZ MARTA SÁNCHEZ ÓSCAR FILLOLA DIDIER HOUZEL CARLOS TEWEL MARIELLA VENTURELLA CARLOTTA OROBITG GEMMA PELLICER NÚRIA RIERA JAVIER MARISCAL ANNE ALVAREZ JOSHUA DURBAN NÚRIA CLOTET PERE FARRÉS ENRIC GARRIDO FLAVIA ÁLVAREZ-PEDROSA TERESA FERRET MARIA RINOS MARTA BAHIMA GEMMA SALA MARIA ÁLVAREZ MERCÈ QUESADA CSMIJ TARRAGONA PILAR LÓPEZ OLGA IBÁÑEZ SÍLVIA ACOSTA SONJA ALBERTIN PAU BRUN FER PÉREZ

JOSEP M^a BRUN SUSANNA OLIVES NÚRIA AIXANDRI ALBA CALVO

Editorial

El escritor y filósofo español **Miguel de Unamuno**, tan sagaz, polifacético y activo en su trayectoria como controvertido en la ideología de sus últimos tiempos, decía que “La ciencia termina con el diagnóstico. El tratamiento no es más que arte”. A buen seguro que ese es el motivo de que los profesionales encontremos mayores puntos de coincidencia en la indicación diagnóstica que en la terapéutica. Pero nos equivocaríamos si pensáramos que tan sólo trabaja un artista en la relación terapéutica. Incluso podríamos afirmar que la artista no es otra que la relación.

Para poder avanzar en esa obra de arte que vamos tejiendo juntos y, muchas veces, a pesar del otro, que no en su contra, debemos tolerar el quedar expuestos a salpicaduras y tendrá suma importancia el uso que hagamos de los impermeables protectores. En definitiva, ser permeables al otro desde ambos lados de la relación. Y esa permeabilidad a lo que viene de fuera y la capacidad para poder incorporar en menor o mayor medida se pone definitivamente en juego en el autismo.

Tristán, un niño de once años diagnosticado de Trastorno del Espectro Autista, una persona de intensas reflexiones internas, no siempre en contacto con la realidad objetiva (aunque, diría **Luis Landero**, “hasta la fantasía tiene su casa en la memoria”), suelta un día, después de tres años de una terapia que ha vivido casi permanentemente a la defensiva: “¿Cuántas cosas puedo incorporar sin dejar de ser yo?”. Al devolverle la pregunta, contesta convencido: “Todo, menos a rajatabla”. Define ese *a rajatabla*, curiosa o significativa manera de expresarlo, como “el cambio que llega hasta el núcleo”,

mostrando al terapeuta una línea poco definida, pero evidente y dialogable.

En esa lucha por entenderse y aportarse, sin que ello afecte al núcleo, Tristán empieza a poder aceptar aspectos buenos, potencialmente incorporables, en la actuación y las palabras del terapeuta, aunque torpedeen su sentido de la lógica: “Eres un amigo pesado” o “Eres una carga amistosa”, le dice. Y rebusca entre sus personajes para dar sentido a esa ambivalencia que siente: “Te pareces a Lord Vagabundo... Un señor que es muy listo y de pronto es muy tonto... Y, otra vez, muy listo”.

Tristán intenta hacer sitio a su terapeuta, buscarle un lugar que no sea excesivamente amenazante ni demasiado ilógico. Aplica todo su arte para conseguirlo y si, como decía **Marc Chagall**, el arte es un estado del alma, ese intento no deja de ser un loable esfuerzo, porque sabemos que el alma lo puede ser todo menos tangible.

Queremos agradecer su generosa colaboración a aquellas personas que nos acompañan en esta décima etapa, ya, de la Revista *eipea*: desde la ilustración de la portada de Flavia Álvarez-Pedrosa (artísticamente, Flavita Banana) a las interesantes aportaciones de Romana Negri, Dolors Cid y Lucy Jachevasky, Teresa Ferrer, Maria Rinos y Marta Bahima, Gemma Sala y Maria Álvarez, Mercè Quesada y el equipo del CSMIJ de Tarragona, en el reportaje del Equipo *eipea*. Acabamos con una pequeña reseña de la presentación de nuestra revista y el monográfico número 1, a cargo de José Luis Pedreira, en el Ateneo de Madrid. ●

Josep M^a Brun, Susanna Olives, Núria Aixandri y Alba Calvo



– Romana Negri –

Licenciada en
Medicina Quirúrgica.
Especializada en
Neuropsiquiatría
Infantil. Profesora en la
Universidad de Milan.
(Bergamo, Italia)

Saludo

Agradecemos la generosidad de la Dra. Romana Negri al enviarnos estas notas en relación a su trabajo sobre los elementos autistas en el curso de la vida fetal, en respuesta a nuestra solicitud de que se hiciera cargo de escribir el saludo de este número. La personalidad y la memoria fetal se esbozan a partir de sus investigaciones basadas en material ecográfico y de las posteriores observaciones de los mismos bebés hasta los dos años de edad, con una serie de interesantes reflexiones y aportaciones. Le agradecemos su siempre amable disponibilidad con nuestra revista.

Elementos autistas en el curso de la vida fetal¹

Me interesó por el estudio de la vida fetal comenzó hace veinticuatro años y fue estimulado por el deseo de verificar si podía haber correlaciones entre la personalidad “intra y extrauterina”, si en consecuencia podríamos hablar de una “vida psíquica prenatal”. Por ello, pensé en iniciar un estudio preliminar que incluyera la observación de los fetos, tanto durante su vida prenatal como después del nacimiento hasta los dos años de edad.

El Dr. Donald Meltzer, habiendo sido informado de mi interés, aceptó formar parte del grupo de trabajo, asumiendo la función de supervisor. Propuso observar a gemelos no idénticos. Consideré que esta elección habría ofrecido resultados significativos de inmediato, ya que habría permitido observar el comportamiento de dos fetos dotados de un patrimonio genético propio y específico, es decir, de “dos individuos completamente diferentes” en el mismo entorno.

Por lo tanto, llevé a cabo la observación de tres pares de gemelos no idénticos examinados durante la vida intrauterina por medio de registros de ultrasonido mensuales, a partir de la duodécima semana. Después del nacimiento, los mismos bebés fueron observados semanalmente hasta el segundo año de edad mediante la técnica llamada Observación de Bebés por Esther Bick (1964). Esta

técnica, propuesta hace más de sesenta años y actualmente muy desarrollada en nuestro país, prevé la observación de un recién nacido en la familia desde su nacimiento hasta el segundo año de vida mediante sesiones semanales de una hora aproximadamente.

OBSERVACIONES ECOGRÁFICAS. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

Se necesitó tiempo para aclarar mejor el marco conceptual de la obra, para comprender qué tipo de observaciones es posible hacer en relación con las grabaciones de ultrasonido realizadas y qué relación puede haber con la observación del niño después del nacimiento. En la fase de ultrasonido de la investigación, pensé que era apropiado abstenerse de cualquier tipo de interpretación porque es fácil caer en esquemas erróneos y simples que pueden contaminar toda la observación posterior. Sólo retrospectivamente, cuando podemos observar después del nacimiento en el contexto relacional varias veces el mismo fenómeno, el evento aparece evidente, comprensible y podemos darle un significado. Aunque nos atenemos a la terminología propuesta por Prechtl y su escuela (1984), el comentario vinculado a la interpretación de las imágenes por parte del operador, sobre la base de su propia experiencia, distorsiona: de hecho, es una situación en la que surge

espontáneamente preguntarse qué tipo de sensaciones táctiles, auditivas, cinéticas, siente el feto en el entorno acuático y aquí nuestras ideas preconcebidas pueden contaminar la observación. Por ejemplo, decir que el feto “toca la pared”, significa utilizar el lenguaje de la experiencia y es diferente a decir “su mano hace contacto con la pared”. Imaginamos la sensación de tocar y aquí es donde surgen nuestras ideas preconcebidas. De nuevo, por ejemplo, decir que “lleva las manos a la boca” implica una intención y no es como decir que “mueve las manos hacia la boca”.

La ecografía introduce una nueva experiencia, única por su intensidad emocional en la familia: de hecho, aunque los padres están acostumbrados a fantasear con el bebé, a tocar el abdomen, a pensar en el movimiento del feto, aquí la situación es especial porque ven a su hijo. Por ese motivo, junto con las grabaciones de las ecografías de los fetos realizadas mensualmente, a partir de la duodécima semana hasta el nacimiento, se elaboraron protocolos sobre todo lo que se observó y comentó durante las sesiones de ecografías por parte de todos los presentes (un colega, un neuropsiquiatra infantil, los padres, el ecografista y yo misma). Sólo después de que los niños fueron observados, desde el nacimiento hasta los dos años de edad, todo el material de observación relacionado con el período de embarazo fue examinado, discutido y comparado con los hallazgos deducidos de la observación de los niños dentro del grupo de trabajo formado por el Dr. Meltzer, el ecografista, mi colega el Dr. Badocchi y yo misma.

Para salvaguardar el rigor de la investigación, tras la observación de los dos primeros pares de gemelos, consideré preferible no participar en las sesiones de observación de ultrasonidos durante la vida prenatal. Sólo después de observar a los niños hasta los dos años de edad, examiné las cintas de grabación y comparé el comportamiento de los gemelos en la vida fetal con los hallazgos que había recogido en la vida postnatal.

PERSONALIDAD FETAL

Según mi experiencia, especialmente a partir de las diecisiete o dieciocho

semanas, se reconoce claramente un patrón de comportamiento que, de acuerdo con los estudios de Tajani e Ianniruberto, he definido como la personalidad fetal. Lo que corrobora el término de personalidad fetal es que el patrón se repite, de manera prevalente, con las mismas características en las siguientes sesiones de ultrasonido, realizadas en un intervalo de cuatro semanas, una de otra, hasta el parto.

He observado este patrón desde 1985, a través de la observación del primer par de gemelos. Creo que el fenómeno no sólo se debe a una maduración más avanzada de las estructuras neuronales. Cabe destacar en este período la presencia notoria de la placenta que se hace visible a partir de las 14-15 semanas. La observación es relevante si se piensa en el frecuente y peculiar interés que muchos fetos muestran por este órgano; esto parece deberse a las numerosas cualidades sensoriales que ofrece: calor, consistencia, vascularidad. Pero, como lo demuestra en particular el examen de las sesiones de observación de la vida pre y postnatal de uno de los componentes del tercer par de mellizos, es preciso reconocer la correlación existente entre la motricidad, la sensorialidad y la emocionalidad. Esto demuestra que las conexiones funcionales con los sistemas anatómicos específicos para la emocionalidad y la afectividad, la amígdala y el hipocampo ya están activas durante la vida prenatal.

LA MEMORIA FETAL

Si consideramos las sesiones de observación realizadas en parejas de gemelos, después del nacimiento, no podemos dejar de reconocer cómo la forma específica de relacionarse con el espacio y de relacionarse con el entorno, por parte del niño, en la vida postnatal, vuelve a proponer un modelo que ha experimentado en la vida fetal. Esta adquisición, que es específica, peculiar y diferente para cada niño, parece demostrar una “memoria fetal”.

CORRELACIÓN ENTRE EL PATRÓN DE COMPORTAMIENTO INTRAUTERINO Y LOS ELEMENTOS AUTISTAS POSTNATALES

El hallazgo se refiere a Ilde, componente del tercer par de gemelos. Ilde, a partir

de la decimoctava semana, se presenta con la cabeza y el tronco hacia abajo, en dirección a la cavidad pélvica; la cabeza está inclinada, con la cara hacia arriba; levanta un brazo y mantiene la mano sobre la cabeza; mantiene la cabeza, el tronco y los miembros superiores casi inmóviles durante todas las sesiones de ultrasonidos hasta el nacimiento; se observa una característica actividad motriz constante, caracterizada por el pataleo de las piernas, orientadas hacia arriba, hacia el tabique que la separa de su hermano. En el posparto, Ilde permanecerá prácticamente aislada del medio ambiente durante más de un mes: rechaza el pecho, es anoréxica, “siempre duerme” y, si está despierta, “rehuye la mirada”. No tolera que la desnuden, parece preferir estar sola, bien envuelta en sus pequeñas ropas en la cuna donde permanece inmóvil con los ojos cerrados. Cuando está en los brazos de su madre, no muestra ninguno de los cinco patrones de apego (chupar, agarrar, seguir con la mirada, llorar, sonreír) descritos por J. de Ajuriaguerra (1974).

La actitud motora y de comportamiento durante la vida intrauterina de Ilde, en comparación con los evidentes rasgos autistas que se observan en el primer período de la vida postnatal, parecen subrayar una correlación entre la emocionalidad, la sensorialidad y las habilidades motoras a partir de la vida intrauterina.

Autores como Corominas, Meltzer y Tustin subrayan cómo en el recién nacido se establecen defensas autistas tales como el aislamiento y el exceso de autosensibilidad bajo la presión de un componente emocional excesivo, intolerable para el niño, que es tan elevado que produce, muy precozmente, un rígido proceso de desdoblamiento entre la emocionalidad y el componente sensoriomotor que actúa como elemento defensivo frente a un componente emocional intolerable para el sujeto.

La observación sugiere que, en el caso de Ilde, el comportamiento ya manifestado durante la vida intrauterina, es un precursor de la actitud autista tan evidente en el primer mes de vida postnatal. ●

¹ Traducción realizada por el Equipo *eipea* del original en italiano.

¿Una intuición?¹

– Dolors Cid² –

Psicoanalista. Miembro del Grupo Psicoanalítico de Barcelona. (Barcelona)

– Lucy Jachevsky³ –

Psicoanalista. Miembro del Grupo Psicoanalítico de Barcelona. (Barcelona)



También, en este proceso a un ritmo lento, lentísimo, poco a poco, surgen nuevas funciones correspondientes a los diferentes miembros corporales, en especial aparece algún uso nuevo de los miembros superiores; él siempre ha utilizado más las piernas, bien para contactar con la terapeuta, bien en momentos de excitación o mostrando su fuerza en forma de saltos. Lucas parecía no tener manos, aparte de cuando las usaba como instrumentos de control de las cosas o de las personas, o por lo menos tener muy poca conciencia de que las tenía y las podía usar y las llevaba, generalmente, cerradas, imagen que hacía pensar que las sentía como muñones o como puños cuando se golpeaba en las rodillas o en la cabeza expresando impaciencia o rabia. Si antes ponía sus piernas en el regazo de la terapeuta y utilizaba los pies para hacer contacto con ella, poco a poco ha podido tolerar tener su mano entre las suyas y ha comenzado a coger cosas, a hacer alguna que otra acción con sus manos que, por momentos, empiezan a funcionar como tales.

¿Y cómo explicamos este proceso de crecimiento lentísimo, casi imperceptible? Pensamos, por un lado, en partes “no nacidas” de su psique, a las que se referían Meltzer y Bion, como si los cambios en su cuerpo estuvieran mostrándonos algo de esta naturaleza, pero también vemos que Lucas no avanza en su desarrollo, incluso podríamos decir que vuelve atrás, parecería que por algo que acontece en su vida. Viendo registros au-

diovisuales de la época, parece que Lucas, al que le nace un hermano, no puede aceptar un acontecimiento de esta naturaleza que se añade a una historia natal y postnatal muy traumática. El desarrollo de Lucas queda estancado. Lucas se retrae, se encapsula.

En las sesiones, la terapeuta canta canciones con letras referidas a él, melodías que confiesa no poder escoger conscientemente, que se le imponen de forma más o menos clara y a las que va poniendo letra y que tienen que ver con algo de lo que está sucediendo y a las que Lucas suele prestar atención. Es una situación muy peculiar y difícil de describir y siempre aparece la duda de si es algo de uno mismo que ha sido proyectado, lo cual debe suceder por momentos casi inevitablemente, si tiene que ver con la *rêverie* que acompaña la relación terapéutica o si hay situaciones que parecen ir más allá y en las que tendríamos que hablar propiamente de intuición. Hemos trabajado el tema, consultado bibliografía intentando diferenciar intuición de *rêverie* en la sesión analítica, pero en lo que hemos leído, entre muchísimas ideas, preguntas y respuestas, siempre acabamos preguntándonos dónde está la clínica que ilustraría estos conceptos. La verdad es que es bastante difícil encontrar material clínico donde aparezca claramente qué es esto de la intuición del analista, a menos que uno piense que la intuición se da de una forma casi cotidiana en la tarea, que es frecuente, con lo que estaríamos ante eso a lo que gustaba referirse Meltzer del “poner vino viejo en odre nuevo.”

Lucas, aunque no habla, dice algunas pocas palabras que repite a veces en contexto y a veces fuera de contexto y que van mechando con diferentes deformaciones el repertorio de lo que podríamos llamar más bien ruido, reproduciéndolas de formas varias, tratándolas como si tuvieran diferentes texturas y a las que ma-

nipula de manera muy sensorial. Estas palabras, como “vamos”, “abrir” son generalmente verbos, aunque de forma esporádica se le pueden oír algunos sustantivos como “mama”, “papa” e, incluso, el pronombre “mi”. Las dice deformándolas hasta un extremo, como si fueran elásticas, las estira, las chupa, paladeándolas de mil maneras, haciéndolas casi irreproducibles, aunque a veces pueden identificarse. Con más frecuencia, Lucas hace ruidos con la boca, emite sonidos muy peculiares que no permiten rastrear ninguna palabra ni ritmo ni melodía identificable, que no llevan a reconocer algo oído previamente. Sonidos inarmónicos, repetitivos, amelódicos y que, a veces, acaban en gritos que también resultan difíciles de referir a algún tipo de sonido o grito reconocible que pudiera estar reproduciendo. Hemos pensado bastante en esta calidad no rítmica ni melódica de sus sonidos/ruidos y de dónde podrían proceder tantas disonancias y tan poco reconocimiento de ritmo y melodía. Hemos investigado cómo escucha un feto el ruido del interior del cuerpo de la madre y pensamos que, de parecerse a algún ruido corporal, tendríamos que pensar en ruidos del sistema digestivo, ya que no parecen tener que ver con la calidad rítmica de otros sonidos corporales como el corazón porque, como decíamos, en sus producciones sonoras no hay nada rítmico. Además de la autoestimulación sensorial a la que nos referíamos, nos parece que este chico crea un universo sonoro propio para involucrar y vive en un continuo de ruido. Este estado mental se podía apreciar en sesiones a principios del tratamiento en las que lanzaba sus juguetes (coches, piezas de construcción contra puertas, paredes y superficies duras) creando así un continuo de ruido y una envolvente atmósfera sonora.

Lo que nunca hace Lucas es repetir, imitar algo de lo que la terapeuta dice o canta, a pesar de los tremendos esfuerzos que ella ha hecho intentando reproducir sus irrepetibles sonidos. Casi como un vómito produce a veces ruidos guturales con la mano en el pecho escuchando su vibración, tal vez como una forma de contención. También hace grandes esfuerzos, a su manera, para hablar y



Creemos que cuando se da algo nuevo y sorprendente que impacta, se potencian las ganas de ampliar, hay como un relanzamiento del interés que promueve cierta ruptura con ideas anteriores.

se desespera al darse cuenta de que no salen palabras y, enfadado, golpea su cabeza por no poder hacerlo. Como dijimos, Lucas no imita, no repite, parece no querer nada del otro. Juntos, él y la terapeuta susurran de forma continua con la boca cerrada (algo como “mmm-mmm”), aunque los intentos de ella por darle cierta forma de diálogo con alternancias y silencios o con el manejo de la entonación no han sido exitosos. Como contraste y a manera de ilustración de lo que tal vez podamos llamar intuición presentamos un pequeño fragmento que muestra a Lucas en uno de sus mejores momentos en que se le puede llevar hacia una especie de recogimiento que les permite, a él y a la terapeuta, relacionarse con cierta intimidad. Son “momentos de gracia”, que no suceden con frecuencia, pero que de tanto en tanto van jalonando un largo y complejo camino lleno de dudas, de desesperanza, de asperezas y de dificultades. Muy sorprendida y notablemente afectada, ella escribe un pequeño texto:

*Intimitat
Junts, en silenci,
Se m'imposa poc a poc una suau melodia,
Chopin, Estudi,
La vaig murmurejant*

*Ell, casi inaudible,
minimurmureja petits fragments.
Poc a poc va sorgint una fràgil tristesa,
Intimitat mínima,
Pols d'intimitat.*

Intimidad
Juntos, en silencio,
Poco a poco se me impone una melodía tenue,
Chopin, Estudio,
Voy susurrándola
Él, casi inaudible,
minisurra pequeños fragmentos.
Poco a poco va surgiendo una frágil tristeza,
Intimidad mínima,
Polvo de intimidad.

Es asombroso, pero lo que está sucediendo en este momento es que Lucas va repitiendo de forma casi inaudible las palabras y la melodía de la canción. Se produce la reproducción silábica, rítmica y melódica de lo que la terapeuta canta. La letra, que ella no recuerda con precisión, estaba como siempre construida para él y en esta ocasión repetía una y otra vez su nombre “Lucas... Lucas...” susurrando y siguiendo la melodía del Estudio.

Partimos de la base de que lo que se muestra en esta viñeta no es frecuente que suceda, sobre todo, si consideramos

¹ Este trabajo se presentó en el Congreso Internacional Bion 2020.

² dolcid@gmail.com

³ lucybermann@gmail.com

que se trata de un chico muy afectado. Creemos que cuando se da, como en este caso, algo nuevo y sorprendente que impacta, se potencian las ganas de ampliar, hay como un relanzamiento del interés que promueve cierta ruptura con ideas anteriores que hace que repensemos en un segundo tiempo lo que ha pasado. ¿No sería esta una cualidad que acompaña a la intuición y que ayudaría a diferenciarla de otro tipo de intervenciones? Lo que sí parece es que para que haya la posibilidad de una incorporación, el paciente tiene que estar en sintonía con alguien con quien surja algo del orden de la reciprocidad y esto crea un cierto canal, el oído se abre, parece como que se agujerea para permitir que entre algo del otro y Lucas, casi sin advertirlo, repite en la sesión la forma de lo que escucha.

Es a partir de este “impulso” que nos pusimos a pensar y a leer y fuimos haciendo diferentes consideraciones.

Hay mucho pensamiento acerca de la voz y la no voz en el autista. ¿Por qué no hablan los autistas y se quedan como Lucas en la sensorialidad, en el goce oral? ¿Por qué si “el sonido es intrínsecamen-

te relacional”, en palabras de Brandon Labelle, pasa a convertirse en todo lo contrario, en un impedimento para la relación como vemos en Lucas con sus múltiples sonidos y ruidos? Maleval, en *El autista y su voz* (2011), dice que “la posición del sujeto autista parece caracterizarse por no querer ceder en cuanto al goce vocal. De ello resulta que la incorporación del Otro del lenguaje no se produce, más bien el autista trabaja por el rechazo de la alienación significativa”. Y vemos como Lucas en las sesiones no consiente en alienarse en el otro. Sus sonidos no estarían “articulados con el significativo”, “como si la parte musical de la lengua estuviera disociada del sentido (...)”. La misma escisión se encuentra en la escucha de las personas con autismo: un mensaje demasiado directo les vuelve sordos y, por el contrario, están atentos a él cuando se encuentra inserto en la melodía. Los autistas escuchan más las palabras con melodía, las temen menos, porque la melodía atenúa la alienación producida por el significativo, atenúa el decir, el impacto del contenido, lo que quedaría muy ilustrado en este caso,

como decíamos antes, en el uso recurrente de la melodía, que la terapeuta hace en su intento de comunicar con él. En La batalla del autismo, Laurent lo expresa de esta forma: “el autista tiene que lidiar con el significativo” y añade que “lo imposible en el autista es el borramiento del acontecimiento del cuerpo (...) hace presente el cuerpo que se olvida en el decir”.

Meltzer, en el prólogo del libro *Bebés* (2008), explica el proceso de incorporación que acompaña al “desenganche” de lo sensual cuando dice que el bebé aprende “a tener fe en el juicio de su madre acerca de la comida, más que en su propia sensualidad”. No te gusta el sabor, pero es bueno para ti, “actitud que está respaldada por la experiencia cultural de la madre y es el fundamento para la destitución de la sensualidad como base del juicio del bebé. Es el nacimiento de la confianza versus la opinión”.

Ya en los orígenes de la vida, tan pronto como en la vida fetal, pueden ocurrir cosas que hagan muy difícil al niño llegar a una situación de receptividad y confianza. En *Prenatal trauma and autism* (2001), Maiello escribe: “Si durante la vida prenatal las sensaciones táctiles de no distancia excluyen la experiencia normal auditiva de la voz de la madre yendo y viniendo, entonces (...) el feto puede perder la base temporal y en particular las experiencias rítmicas sobre las que se fundamenta su capacidad para la receptividad”.

En un artículo que creemos muy importante para la comprensión del autismo, Consideraciones actuales sobre el autismo (2002), que escribió Meltzer a manera de legado al final de su vida, dice así: “Los dos puntos de vista nuevos sobre el autismo a que hemos llegado después de veinte años de trabajo e interés por los niños autistas son estos: el autismo es una variante del pensamiento y de su desarrollo que se basa en la inversión de la función alfa y en la identificación proyectiva en objeto parcial”.

Como nos sucede con otros materiales de chicos autistas, este artículo nos aclara aspectos del funcionamiento de Lucas. Hemos descrito con detalle antes los sonidos de Lucas, decíamos que eran

sonidos amelódicos, arrítmicos, desfigurados a tal extremo que no podemos pensar en cómo podríamos rastrear el sonido originario si lo hubiera. Sonidos tan distorsionados, irreconocibles y bizarros y que no nos llevan a reconocer nada escuchado previamente. Creemos que no podemos explicarlos como resultado de un proceso de desmantelamiento, que de alguna manera no daría cuenta de tanta distorsión. Y es por esta razón, aun reconociendo que siempre es un riesgo intentar llenar de contenido clínico conceptos complejos como este, que nos atreveríamos a apuntar la hipótesis de si, tal vez, se explicarían como el resultado de la inversión de la función alfa a que se refería Meltzer, aunque en este caso esta función estuviera actuando básicamente sobre material sonoro, sobre ritmos y melodías. ¿Será por este procedimiento que “material relacional” como es el sonido quedaría transformado en una cápsula/pantalla beta al servicio de una progresiva desvinculación?

NUEVOS LOGROS EN EL TRATAMIENTO

Tal vez, esta experiencia y la mayor motivación que despertó en nosotras hayan repercutido en las sesiones o quizás sea algo de la propia evolución del chico. Es difícil saberlo, pero el hecho es que se han producido algunos movimientos esperanzadores en Lucas que está empezando a reproducir con alguna frecuencia, no las sílabas, pero sí el ritmo de algunas de las frases de la terapeuta, lo que implicaría la aparición de algo nuevo con potencial de cambio y transformación.

Como ejemplo, expondremos una situación que se da en uno de los momentos que llamamos de “cantar” y que consisten en que ella va reproduciendo sonidos o palabras que dice Lucas. En un momento de esta actividad, él empezó a desplazarse de un lado a otro de la habitación, algo que no es nuevo. Pero, en este caso, ella observa que Lucas, mientras cantan, va dando cuatro pasos hacia la derecha y hacia la izquierda y ella se interesa por sus cuatro pasos y los marca con el pie o diciendo “un, dos, tres, cua-

tro...” una y otra vez, lo que tampoco es nuevo. Sin embargo, por alguna razón, tal vez porque la terapeuta puso un énfasis especial en el ritmo del movimiento, Lucas se engancha en este ritmo con algo que ella explica como que parece que “siente el cuerpo de otra manera”; tal vez sea que está empezando a representárselo. Y sucede algo que la sorprende: su boca comienza a “soltarse”, fluyen sonidos entremezclados con alguna palabra de una forma nueva, con facilidad y sin excitación, casi diríamos con tranquilidad. Y aquí, otra vez, vemos que Lucas consiente esta relación de dos.

Cuando van a buscarlo al final de la sesión, él no quiere irse, quiere continuar con este ritmo corporal. Y es conmovedor ver en las siguientes sesiones cómo persiste en el intento de repetir el “bailé” luchando, al mismo tiempo, con un terror paralizante.

Meltzer comentó una vez que, antes de poder hablar, este chico cantaría y esta experiencia hace pensar que también bailarían, lo que implicaría la aparición de ritmos corporales propios y, de alguna forma, la aceptación de un cuerpo que se anima y cobra vida. Desde el mundo en el que vive, que se resiste a toda regulación, Lucas estaría asomándose al mundo de las imágenes y los símbolos.

Ya para terminar y puesto que estamos tratando de intuición, queremos comentar algo que puede parecer anecdótico, pero que de todas formas nos gustaría compartir: a Lucas le atrae el cuento de Pinocho en que un muñeco, por obra y gracia de un hada, “la señora guapa” la llamamos, empieza a moverse y a hablar y se transforma en un niño de carne. Y recordamos que Meltzer, la primera vez que le presentamos material clínico de este chico,

hizo referencia a su tremenda intuición, dijo literalmente que “tenía una aterradora capacidad de intuición”. La verdad es que es tentador ver en Pinocho un ejemplo de esta intuición de Lucas y pensar que tal vez la atracción por el cuento se deba a que algo ve en esta historia que tiene relación con él mismo, con su cuerpo tan arrítmico, con su boca que no habla y quizás con una ilusión, ¿intuida?, de transformación. ●

BIBLIOGRAFÍA

LaBelle, B. (2019). *Background noise. Perspectives on sound art*. New York & London: Continuum International Publishing Group.

Laurent, E. (2013). *La batalla del autismo: de la clínica a la política*. Buenos Aires: Grama Ediciones.

Maiello, S. (2017). Point-line-surface-space: on Donald Meltzer's concept of one - and two - dimensional mental functioning in autistic states. En M. Choen y A. Hahn (eds.), *Doing things differently. The influence of Donald Meltzer on psychoanalytic theory and practice*. London: Karnac Books.

Maiello, S. (2001). Prenatal trauma and autism. *Journal of child Psychotherapy*, 27. (doi.org/10.1080/00754170110056661).

Maleval, J. C. (2011). *El autista y su voz*. Madrid: Editorial Gredos. S. A.

Meltzer, D. *Supervisiones con Grupo Psicoanalítico de Barcelona*. Barcelona.

Meltzer, D. y Mack Smith, C. (2008). *Bebés. Experiencias desde un vértice psicoanalítico*. Barcelona: Grafein Ediciones.

Meltzer, D. (2002). Consideraciones actuales sobre el autismo. En Gruppo di Studio Racker di Venezia Armando (ed), *Tranfert, Adolescenza, Disturbi del pensiero. Mutamenti el método psicoanalítico* (pp. 158-162). Roma, 2004. (Traducido por Lucy y Claudio Bermann).



Para que haya la posibilidad de una incorporación, el paciente tiene que estar en sintonía con alguien con quien surja algo del orden de la reciprocidad.

Replegamiento psíquico y aspectos narcisistas¹

– Teresa Ferret² –

Psicóloga clínica y Psicoanalista SEP-IPA. (Tarragona)



INTRODUCCIÓN

En el trabajo psicoterapéutico con niños con TEA, nos encontramos con dificultades en el abordaje de los diferentes niveles de funcionamiento psíquico.

Comparten fenomenológicamente la diagnosis de Síndrome de Asperger, pero pueden presentar diferencias estructurales y/o defensivas que nos demandan ser más precisos tanto en la comprensión de estos diferentes niveles como en la técnica a usar en la psicoterapia psicoanalítica. Debemos tener en cuenta que en presentaciones sintomáticas más o menos parecidas se dan funcionamientos psíquicos diversos y que estos fluctúan a lo largo del tratamiento e, incluso, en una misma sesión.

En este artículo quiero mostrar, a partir del material clínico de una niña con rasgos de TEA de alto funcionamiento, las dificultades a la hora de establecer contacto genuino para posibilitar una relación terapéutica que le ayude a conectar con su mundo interno y favorecer su desarrollo. Seguiré las aportaciones del trabajo de Anne Alvarez (1993 y 2012) en relación a la técnica tomando en consideración los diferentes niveles de calibración de las intervenciones, noción de distancia adecuada y, especialmente, la comprensión de los aspectos narcisistas, defensivos y estructurales.

REPLEGAMIENTO AUTÍSTICO Y REPLEGAMIENTO NARCISISTA

Steiner (1994) usa el término replegamiento psíquico para describir el espacio en el que el paciente encuentra un refugio en sí mismo para poder encapsular las ansiedades que le despierta el contacto con la realidad. Strauss (2012) diferencia lo que podría ser un replegamiento autístico del narcisista con la expresión descriptiva de “mirar (*looking through*) a través de la ventana” o bien de “mirar (*looking at*) al marco de la ventana”. Este último es propio del replegamiento más autístico, en el que no hay sentimiento, la sensación es de vacío y de lo que se trata es de obtener cierta coherencia del self en la encapsulación. En el replegamiento narcisista, el paciente desarrolla la ilusión de que vive en un estado de felicidad, contento y participante de la vida desde detrás de la ventana. El trabajo de Strauss (2012) explica cómo ambos se pueden dar en un mismo paciente.

De Cesarei (2017) habla de aspectos autísticos en estructuras narcisistas y también de la bipolaridad narcisismo-autismo. En esta constelación, describe que vemos disociaciones, estados indiferenciados y encapsulamientos autísticos por debajo de funcionamientos más “normalizados”, que pueden dar la impresión de un funcionamiento más adaptativo y que, si no se tienen en cuenta, pueden favorecer pseudo crecimientos.

Alvarez (2012) ha reflexionado y escrito sobre los aspectos narcisistas y las diferentes manifestaciones en la clínica. Hace un análisis profundo y describe lo que podría ser el resultado del fracaso de la introyección de un objeto bueno

y llama a este tipo de narcisismo como “aparente narcisismo”, ya que estaría ligado al déficit del objeto, por tanto, a situaciones de negligencia y de maltrato. El niño que ha vivido carencias en la situación de crianza siente, a menudo, la necesidad de tener un sentimiento de agencia o de potencia, que fácilmente se puede confundir con omnipotencia. Habla de esta necesidad de potencia, de *self-respect*, dado que el objeto interno no tiene esta solidez, y de la necesidad de todo niño de sentirse especial, pero ello no significa superior.

Siguiendo con Alvarez, la autora propone un primer tipo de narcisismo que surge como defensa ante sentimientos de humillación, envidia y celos. Éste corresponde a la descripción kleiniana clásica de las defensas de negación, triunfo y menosprecio. El objeto estúpido sería el resultado de la devaluación defensiva del objeto. Remarca que esta devaluación se puede convertir en adictiva por el placer que da la omnipotencia y convertirse en un rasgo de carácter. También diferencia lo que sería el narcisismo destructivo, tal como lo conceptualiza Kernberg (1975), en el que hay una adicción a lo que es destructivo y una estructura sadomasoquista. En este caso, el problema está en la envidia, cuando ésta se convierte en un objeto intrusivo y penetrante.

En este artículo quiero poner el acento en los rasgos narcisistas que podemos encontrar en niños con rasgos o funcionamientos autistas, en los que vemos que pueden necesitar del uso de estas defensas ante los sentimientos que desvela la relación con el otro. En cuanto a la técnica, Alvarez (2012) es muy cautelosa a la hora de dar inter-



En el replegamiento narcisista, el paciente desarrolla la ilusión de que vive en un estado de felicidad, contento y participante de la vida desde detrás de la ventana.

pretaciones de significado, del estilo de “ahora tú quieres ser el psicoterapeuta” o “haces como si lo supieras todo” con niños que buscan cambios de roles. En cambio, ofrece intervenciones del tipo: “Es muy importante para ti saber muchas cosas”. Considera que, en primer lugar, se tiene que rebajar la defensa, es decir, la idealización de la omnipotencia y la omnisciencia antes de entrar directamente en la omnipotencia. Si no se rebaja la defensa, Alvarez cree que es demasiado humillante para el niño y entonces la refuerza.

A veces, ciertas habilidades como “la imaginación” o los resultados académicos son el substrato de un yo que se va inflando a la vez que la vulnerabilidad es menospreciada. La envidia ante los logros de los demás corroe por dentro y es fuente de gran malestar.

ALICIA, 10 AÑOS

Alicia llega a la consulta a demanda de los padres por las dificultades de relación. Explican que se pasa el día leyendo y tienen la impresión de que queda atrapada en el libro, lo recrea en su imaginación y sigue enganchada al argumento de la historia, cuento o película durante horas.

Alicia siempre ha sido una niña muy sensible a los cambios, tímida, cerrada

en su mundo y con dificultades para expresar las emociones. Es muy inteligente y su rendimiento escolar es bueno, en la escuela la describen como infantil, con comportamientos inmaduros, dicen que tiene “mucho imaginación” y dificultades con sus compañeros. La madre explica que, desde pequeña, Alicia se irrita con facilidad y cómo ella se ha ido adaptando para que la niña no sufriera, lo que puede haber favorecido aspectos regresivos y un tipo de relación poco diferenciada. El padre es quien la confronta con la realidad, lo que provoca que Alicia se enfade.

En las primeras visitas, me sorprende lo difícil que resulta el contacto: no mira, contesta con monosílabos y está absorta en sus dibujos. Llena las sesiones con los dibujos, casi sin levantar la vista del papel, explica historias fantásticas de personajes irreales que habitan en planetas sin gravitación, personajes que vuelan, historias que siguen sesión tras sesión. Vive replegada en un mundo paralelo que impacta no tanto por lo que tiene de comunicativo, sino por su idiosincrasia. Aunque, a la vez, tiene un aspecto seductor. Alicia ha ido creando un mundo en el que ella se siente especial y, poco a poco, se va gestando una coraza narcisista que se puede convertir en un rasgo de carácter.

IMAGINACIÓN, FANTASÍA Y REPLEGAMIENTO

La imaginación, capacidad que padres y profesores resaltan de ella, no está al servicio de la creatividad, sino que se convierte en refugio, un área de confort.

Es importante reflexionar sobre el uso de la fantasía como refugio, ya que es un pseudo simbolismo, no una forma de representación de la realidad, sino una manera de sustituirla. En *Notas sobre la formación de símbolos* (1957), Segal expone que “la formación de símbolos es una actividad del yo que tiene como finalidad elaborar las ansiedades que surgen de la relación con el objeto: el miedo a los objetos malos o el miedo a perder o no tener objetos buenos. La formación de los símbolos se tiene que examinar en el contexto de las relaciones del yo y sus objetos”.

Cuando se dan perturbaciones en la diferenciación entre yo y objeto, éstas llevan a perturbaciones entre el símbolo y el objeto simbolizado. En las primeras relaciones, el bebé disocia el objeto en uno que es idealmente bueno y otro totalmente malo, con la finalidad de que el yo pueda unirse al bueno, formando un objeto ideal y aniquilar al malo, así como las partes malas del self. En esta situación, el pensamiento es omnipotente y el sentido de realidad intermitente y precario. Se usa la identificación proyectiva como un mecanismo de defensa en el que partes del mundo interno del self son proyectadas en el objeto, de manera que self y objeto quedan indiferenciados. Estas proyecciones e identificaciones serían los inicios de la formación de los símbolos, pero para el yo estos símbolos no son sustitutos, sino el objeto original. Es lo que Segal denomina *ecuación simbólica*. En este funcionamiento, el concepto de ausencia no existe, cuando no se da la unión con el objeto bueno se puede producir una gratificación alucinatoria de deseos.

Colombi (2010 y 2013) nos ayuda a pensar sobre los usos de la fantasía. Diferencia entre la actividad simbólica emocional -mental- relacional, que fa-

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

² Miembro de la Unidad de psicoterapia psicoanalítica para niños y jóvenes UPPIJ de la Fundación Sanitaria Sant Pere Claver, Barcelona. Supervisora de los CSMIJ (Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil) y Hospital de Día de adolescentes de Tarragona y Reus del Instituto Pere Mata. Profesora del Máster UB-SEP Psicoterapia Psicoanalítica en la red pública de salud. teresafferret@gmail.com

vorece el crecimiento, y lo que sería un replegamiento de la fantasía, es decir, una defensa temprana ante ansiedades arcaicas. Estas defensas, que llama “antirrelacionales”, con el tiempo asumen una cualidad peligrosa, idiosincrática, automática, que se alimenta de la omnipotencia y el placer que ésta da. Sería una “huida maligna” a una dimensión de no contacto que ataca al pensamiento y los procesos de integración.

Sería el uso de la fantasía como un refugio psíquico, un área del pensante en el que no hay ansiedad ni conflicto, tal como funcionan los replegamientos psíquicos descritos por Steiner (1994).

Alicia es una niña con muchas ideas que facilita que el otro entre en su mundo-refugio. En este mundo de fantasía, los personajes vuelan, fluyen sin conflicto. Se recrea en una atmósfera ingrátida, casi recreando las vivencias uterinas. Sería un ejemplo de replegamiento autístico, un *pocket* o “bolsillo psíquico” (Mitrani, 2011), entendido como un modo de encapsulación autística, área que da seguridad ante ansiedades catastróficas. El terapeuta siente que es muy difícil llegar al paciente y ha de poder tolerar la vivencia de no existir, el aburrimiento, la desesperación (Power, 2016, citando a Nissen, Barros, Mitrani).

Pero también el relato fantástico aparece como un pensamiento concreto, cuando las cosas son así no pueden ser de otra manera. Se rompe el símbolo y se convierte en extraño, idiosincrático. Hay un corte con la realidad y se construye una paralela y, en ésta, podemos observar como el yo crece y el objeto queda devaluado. Así, en lo que sería una defensa ante el malestar de sentirse vulnerable y frágil, aparece la organización narcisista que se identifica con el objeto perverso, que atrapa y proporciona una falsa solución.

Estas relaciones de objeto se viven en el aquí y el ahora de la sesión: desde la propuesta de indiferenciación inicial, paciente y terapeuta pueden quedar atrapadas en este mundo.

La terapeuta debe hacer todo un trabajo para contactar con la paciente y sacarla del replegamiento, favoreciendo el contacto con la realidad, encontrando la distancia adecuada, ofreciendo disponibilidad, proximidad, accesibilidad y calibrando el nivel de interpretación en relación a las capacidades de introyección de la paciente, siguiendo los trabajos de Alvarez (1992 y 2012), a fin de poder conectar de manera sentida y genuina con los aspectos frágiles, que es necesario comprender para ayudarla en su desarrollo. En palabras de Mitrani (citado por Power, 2016) se tiene que construir una “boca psíquica” para que pueda llegar el alimento.

MATERIAL CLÍNICO

Corresponde al segundo año de tratamiento.

Durante estos dos años, no ha sido fácil ir construyendo un vínculo terapéutico. Alicia está encerrada en su mundo, sesión a sesión he tratado de acercarme en la medida de lo posible y, a partir de sus dibujos e historias fantásticas, poder construir puentes con emociones, sentimientos. Poco a poco, se va estableciendo un diálogo y Alicia habla de la relación con los compañeros de clase. El contacto con la realidad es complejo. Los padres ven muchos cambios en ella, hay un menor replegamiento, busca la relación con el otro, pero se le hace difícil y vive los conflictos y ansiedades de manera muy intensa.

Alicia entra muy lentamente y sin mirarme. Trae cara de enfadada y va directa a ver los dibujos que están en su caja. Los mira y pienso que le cuesta reconocer que los dibujó. Después de un rato dice: “¡Ah, las piscinas!” (sin mirarme y como si hablara para ella).

Está en silencio.

Terapeuta. “Recuerdas cuando fuiste de excursión con el esplai³ y me explicabas las diferentes piscinas del parque acuático”.

El primer contacto es difícil, Alicia necesita el recuerdo del dibujo, que a un nivel puede servir de objeto autístico. Se aferra a este nivel concreto. En esta

intervención, la terapeuta pone en palabras de manera descriptiva lo que hace Alicia, a la vez que se hace presente. Pasamos del dibujo concreto, sin apenas contacto visual, a la relación y a poder dar continuidad al trabajo.

Paciente. “Ah, sí”.

Sigue hablando y recordando lo que había explicado sobre los toboganes, que le daban miedo porque eran muy cerrados y pasar por dentro la angustiaba. Poco después, calla y continúa hojeando los dibujos en silencio. Luego, los deja y, sin decir nada ni mirar, hace morros.

T. “Tienes cara de enfadada”.

Hay una comunicación no verbal intensa y un silencio.

P. “Me daba palo venir”.

T. “Entiendo que te diera pereza. Debías de estar bien en casa, haciendo tus cosas... Ya pasa, cuesta salir de casa”.

La terapeuta va poniendo en palabras lo que la paciente puede sentir. Utiliza su aparato mental para ayudar a la paciente a describir qué piensa en forma de hipótesis, de manera general y en tercera persona. Es un dar forma a la sensación de “no ganas”, que ya aparece difusa al inicio de la sesión.

P. (asiente con la cabeza). Explica que hoy se ha enfadado mucho con su padre porque por la mañana quería que fuera con él a la oficina y ella no quería. Imita al padre: “¡Va, levántate, que es tarde, venga va...! Tienes que salir a la calle, tienes que ayudar...”. Continúa explicando: “Me grita, siempre tengo que hacer lo que él dice”. Y, muy enfadada, explica lo que le ha dicho al padre: “¡Pues podrías abrir la oficina más tarde o hacer vacaciones!”. Añade: “Que haga vacaciones como todo el mundo o ponga un cartel de vacaciones... Que abra más tarde, que tampoco va nadie”. Dice que ella se aburre en la oficina y que querría quedarse en casa.

T. “Querías que tu padre hiciera vacaciones y no tener que ir a la oficina”.

Primera aproximación descriptiva, poniendo en palabras su deseo y el malestar. Se hace de manera empática, dada la baja tolerancia a la frustración.



Hay una cierta conciencia a través de la mirada de los demás de su rareza mezclada con excitación, conecta con aquello que los demás no entienden de ella.

P. “Sí”.

T. “Ni venir aquí a verme, sientes que todo esto te molesta. Querías estar tranquila y te molestamos”.

La terapeuta describe el malestar en la relación terapéutica, que también la saca de su área de confort, de su replegamiento.

Comienza a dibujar diferentes personajes que ella y su prima Eli se han inventado a partir de un juego de ordenador, unos son los de Eli y otros los suyos.

P. “Eli dice que flipo... y a mí me enfada” (cuesta que explique a qué se refiere). “Ah, cosas de Eli y también de un niño que tiene un nombre que me hace gracia” (por su tono, veo que está avergonzada y excitada).

T. Me intereso y voy siguiendo lo que va explicando.

P. “Es que me da vergüenza, es que dice que flipo... Es muy extraño, también me dice que estoy loca” (enfadada).

He de contener las ganas de preguntar directamente ya que siento que todavía se cierra más, pero sigue con el hilo de la prima que se extraña de lo que ella piensa.

Es necesaria una distancia adecuada para poder estar al lado de una manera que facilite la comunicación, pero sin ser intrusiva, ni demasiado cerca ni demasiado lejos.

T. “Algo se te hace raro o extraño”. Entonces, poco a poco, explica que

hay un niño que tiene un nombre raro. “Se llama Mate y suena como ‘va que te mate’ y es un nombre extraño, ¡viene de matar!”, lo dice gritando excitada.

El símbolo se vuelve concreto, la risa y excitación que acompañan la comunicación lo convierten en idiosincrático.

P. “Me hace gracia y además sus hermanos también tienen nombres diferentes”.

T. Le digo que deben de ser de otro país y que a ella le sorprende que tengan nombres diferentes.

Intervención descriptiva de sentido de realidad.

P. “Que sí, pero es que es raro” (va diciendo frases cogiéndose al sentido literal del nombre, “es que Mate viene de matar...”).

Sigue dibujando a la señora Feona y otros personajes que se inventa, partiendo del juego de ordenador”.

Aparece la señora Feona, dibujo-juego de ordenador que ya había aparecido en otras sesiones, pero que ahora toma significado para la terapeuta. La rareza que ella siente y capta en la relación con el otro puede ser vivida como algo que vuelve “fea” y esta reacción se alterna con la defensa excitada, que se erotiza.

(En este momento de la sesión, el tono es diferente y ella está mucho más comunicativa y expansiva).

P. “Eli dice que, como que hablo tanto de este niño, quizás será mi novio. ¡Y noooo!”.

T. Vamos comentando los personajes que dibuja y le digo que parece que el tema de los novios es importante, que los niños hablan de ello.

Paciente y terapeuta están en el mismo registro, hay un diálogo en el cual las emociones pueden ser descritas y alfabetizadas.

P. “Ya, ya, pero todos los niños de las colonias son tontos” (los imita, pero no capto qué le dicen ni qué me quiere comunicar, sino el efecto de que la provocan y a ella le sabe mal y se enfada).

T. “Hacer amigos no es fácil cuando es gente que no conoces”.

La comunicación es confusa, Alicia comunica enfado y malestar, no puede darles forma, no puede describir un diálogo, una discusión. En esta inter-



Esta defensa hincha el yo y emborracha. Es importante bajar la omnipotencia antes de entrar en otras interpretaciones que no podrían ser escuchadas.

vención, se utiliza la tercera persona (“hacer amigos no es fácil”) siguiendo el modelo de Alvarez, para adecuarse a la capacidad de introyección de la paciente, que no podría tolerar una intervención en segunda persona, posiblemente vivida como “acusación” y con el riesgo de favorecer un nuevo replegamiento.

P. Dice que sí, que ella se esfuerza (con voz de sufrimiento), pero que las niñas son muy pijas, incluso más que las de su clase.

Comentarios a la sesión:

Esta sesión sería representativa de lo que sucede habitualmente. Las ansiedades de contacto aparecen al inicio de la sesión con la terapeuta. Observamos las dificultades para establecer un primer encuentro.

Alicia conecta con su malestar hablando de la discusión con el padre. No explica la discusión, la representa, vuelve a revivir el malestar. Recordar es revivir. Alicia está bien en su mundo, encerrada en casa. El padre quiere llevarla a la realidad. “Tienes que salir a la calle, tienes que ayudar...”. Este tipo de contacto la hiere, es vivido como un ataque porque rompe la fantasía de indiferenciación, la obliga a salir de su burbuja y la respuesta emocional es de gran enfado. Aparece también un aspecto cruel y degradante hacia el otro, “nadie entra en su negocio”.

El contacto con el otro, con la realidad, no es fácil. Cuando la terapeuta puede nombrar el enfado y ponerle palabras, la paciente escenifica con la anécdota con el padre lo que representa para ella salir del replegamiento. Se defiende del contacto, no quiere abandonar la “burbuja-sofá-casa” y ataca al objeto. Hay mucho malestar. La terapeuta lo describe en la relación terapéutica, “te daba pereza venir”, reconoce la dificultad y esfuerzo que le supone. Y el tono de la sesión cambia y se puede hablar de lo que le preocupa: la extrañeza hacia ella, el otro existe de manera diferenciada y ella percibe que no la entienden, “Dice que flipo...”, contacta con los aspectos idiosincráticos y se empieza a preguntar qué le pasa.

Este es un paso importante para que se produzca un cambio. Hay una cierta

conciencia a través de la mirada de los demás de su rareza mezclada con excitación, conecta con aquello que los demás no entienden de ella. Podemos pensar que es un contacto con los aspectos más frágiles, infantiles y genuinos y que quiere comprender. Se abre un espacio a la observación.

Podríamos plantearnos si la señora Feona representa los aspectos de niña rara, que los demás no entienden y rechazan. Comunica cómo ella se siente menos querida en las relaciones. La sesión sigue en forma de diálogo con la terapeuta, aparecen las dificultades en las relaciones que comunica en su registro. La terapeuta capta la sensación vivida, a la que Alicia todavía no le puede poner palabras, y es la terapeuta quien de momento tiene que realizar esa función por ella.

En la siguiente sesión:

Entra de prisa y sin mirar, saca los papeles que dibujaba el día anterior. No dice nada, está en silencio (comunica malestar intenso y pienso en la dificultad en poder acercarme a ella y encontrarnos. Finalmente, decido hacer un comentario neutro y general interesándome por ella).

P. Rápidamente, explica que ha estado sola en casa, que no ha querido ir a la oficina con el padre.

Mientras tanto, sigue dibujando los personajes para un juego de tablet que ella inventa. Se trata de una aplicación que puedes comprar. Uno de los personajes, que dibuja de manera descuidada, es físicamente desproporcionado y grotesco y propone que compres ropa para ser popular (me pregunto qué representa ese aspecto grotesco y poco cuidado. Tal vez una parte de ella que no encuentra los recursos para hacer amigos y siente que no es “popular”. Observo que la comunicación es difícil, está cerrada en sí misma, no me mira, el gesto es de desgana y rechazo).

(...)

Sigue dibujando lo que a mí me parece que son diferentes personajes o rostros, sin mirarme y con cara de estar muy enfadada. Silencio.

T. “Es difícil poner palabras cuando uno no sabe qué pasa... o cuando se está muy enfadado”.

P. “Que no sabe lo que dibuja”.

T. “Te molesta que te pregunte (le doy tiempo y espacio para poderme acercar).

P. (Asiente con la cabeza).

Silencios largos.

T. “Parecen personajes” (intento fantasear en voz alta. Le digo que hay una niña que lleva una flor y que tal vez se la ha regalado un niño...).

Esta intervención sería un intento, a partir de los dibujos de Alicia, de favorecer significado a partir de la asociación libre de la terapeuta.

P. “No, no, eso no... ¡Seguro que no!”.

Continúa dibujando en silencio. Cuando acaba, le digo que podemos imaginar algo sobre esos personajes y Alicia compone una canción que escribe sin parar. Después, se levanta y la canta, se mueve de manera peculiar.

En esa canción, habla de un villano-seducidor, que atrae, pero que es un maltratador odioso y envidioso que se mete dentro de la niña y no la deja en paz. Describe este personaje: “Es un gusano asqueroso, viscoso, hace vomitar, tiene una novia esclava, una pobre chica sin sueños, que no puede hacer otra cosa que estar encadenada a él. Y ésta es su mala suerte y esta mala suerte la fascina”.

P. Sonríe y dice que es lo que le ha salido y sigue cantando y bailando por el despacho, muy excitada.

Comentarios al material clínico:

Esa canción que escribe sin pausa y canta provoca una sensación de extrañeza. Alicia la recita sin parar, lo hace con movimientos rígidos y estereotipados. Siento que me bloqueo, que me quedo paralizada y con mucho malestar. Me impacta, como si realmente me provocara una sensación de quedarme atrapada por algo viscoso y sin forma y con un contenido-significado muy sugerente, pero a la vez inquietante. Recibo el impacto y trato de pensar.

Estamos al final de una sesión con una comunicación difícil. La paciente viene con desgana, comunica rechazo. La terapeuta tiene que contener ese rechazo. No sería prudente devolver

la identificación proyectiva de manera prematura. La terapeuta se hace presente para que la paciente se “digne en contestar”, quizás en algún nivel Alicia siente que controla la relación con el “silencio despreciativo”, que la hace sentir un personaje devaluado, que no es popular.

En la relación, la terapeuta puede convertirse en el objeto devaluado, en otras sesiones Alicia ha manifestado que “no sirve para nada ir al psicólogo”. Y en el transcurso de las sesiones, observamos una oscilación entre la devaluación del objeto (los niños tontos, el trabajo del padre) y la sobrevaloración del self (ella será admirada, en sus proyectos de futuro) y la infravaloración del self (la señora Feona) y la valoración del objeto (los demás poseen las cosas buenas), entonces éste puede ser envidiado y atacado.

Este funcionamiento está representado en la canción: el villano-gusano tiene un aspecto viscoso y pegajoso (tal como lo describe la niña); en la relación atrapa, somete y no deja salida. “Es odioso, envidioso y maltrata”: Alicia siente cómo el rencor la invade y en su imaginación ataca a sus “enemigos” inventando juegos en los que se tortura (han aparecido en otras sesiones), lo que la hace sentir triunfadora.

Podemos pensar que el “gusano” representa el “narcisismo que somete a la niña”, que simbolizaría la parte dependiente que no puede desligarse de esta manera de funcionar. Pero la “mala suerte le fascina”, este aspecto contradictorio que atrapa y se convierte en “el mal es mi bien”. Sabemos que es difícil cambiar cuando se convierte en un rasgo de la personalidad.

Este funcionamiento psíquico no deja que la terapeuta pueda acercarse a su vulnerabilidad. Esta posibilidad está alejada y el deseo de venganza le atrapa. En sus fantasías y juegos aparece esta necesidad de hacer sentir al otro el malestar y la humillación, sin culpa aparente. La explicación de lo que le pasa tiene una conexión mágica, “la mala suerte”, que no se puede pensar. En las relaciones familiares, por miedo a las explosiones de Alicia, se da un tra-

to condescendiente hacia ella, lo que lleva a que sea “la princesa de la casa”, dispensada de cualquier obligación. La madre busca el contacto de manera sensible, lo que puede favorecer una relación indiferenciada madre-hija. Este tipo de relación aparentemente contenedora tapa el malestar, se convierte en un calmante, pero no ayuda al desarrollo. En la relación transferencial, también la analista puede ser muy suave en el contacto y, en algunos momentos, se puede reproducir este tipo de relación de dominar y someter. Cómo poder captarlo y verbalizarlo para no quedar atrapado y ayudar a la niña comprometida a hacer crecer los aspectos sanos es un reto técnico. Alicia comunica a la vez sentimientos de soledad, desesperación y malestar profundo.

Material clínico (cinco meses después)

Hablando de los niños de su clase, explica que “hay una niña que hace *bullying*”, “no la quiere nadie”, “es una pesada”.

T. “Debe de ser muy duro que no te quieran”.

P. “Ya... esta niña se lo busca”. Dice que “es muy pesada” y que “desprende vibraciones negativas” (lo que explica podría ser muy parecido a lo que le pasa a ella, pero no establece ningún tipo de relación).

Sigue diciendo que ha sacado seis excelentes, nombra a otros niños y conjetura respecto a sus notas. Quiere ser la que más excelentes saque y se angustia si no es así.

T. “Parece una competición”.

P. Ríe y dice que sí, sigue imaginando sobre cómo irá y quién puede ser su competidor.

T. “Debe de ser muy importante sacar muchos excelentes”.

P. Dice que no sabe qué le pasa, que no puede parar de reír.

Está muy alterada y comenta alguna cosa sobre el efecto de los excelentes.

P. “Me he inflado de helio, que emborracha” y sigue riendo un buen rato.

Con esta breve viñeta quiero mostrar cómo, a partir de una anécdota en la que se habla de rechazo y de hacerse pesada, aparece después la defensa, la necesidad de excelentes y la competi-

ción. Esta defensa hincha el yo y emborracha. Desde un punto de vista técnico, es importante bajar la omnipotencia antes de entrar en otras interpretaciones que no podrían ser escuchadas.

Como conclusión

Los tratamientos con niños con dificultades dentro del TEA son complicados de vivir en el ámbito transferencial. La desgana, el rechazo al contacto emocional son difíciles de contener. Hemos aprendido a darnos tiempo para poder llegar a la relación, que ésta no se puede forzar, sino puede llevar a diferencias prematuras. Debemos ser cuidadosos en cuándo y de qué manera el terapeuta se tiene que hacer presente y nos demanda afinar nuestra técnica. Pero también debemos tener en cuenta que hay ciertos funcionamientos autísticos a los cuales los niños-pacientes pueden quedar atrapados, lo que los llevará a una excitación de carácter perverso y que es un paso más allá de las dificultades de conexión con el otro (Alvarez y Reid, 1999).

El material clínico presentado es una muestra de cómo el terapeuta debe poder ajustar las interpretaciones a los diferentes niveles de funcionamiento, diferenciando el replegamiento autístico de cuando aparece una defensa narcisista. El terapeuta tiene que poderla captar, para comprender y describir, enfrentarse a la destructividad, contener las ansiedades, las identificaciones proyectivas y, poco a poco, poder dar significado. Entendiendo que es un trabajo complejo que necesita poderse pensar y repensar. ●

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez, A. (1992). *Live Company. Psychoanalytic Psychotherapy with Autistic Borderline. Deprived and Abused Children*. London & New York: Routledge.

Alvarez, A. (2012). *The thinking heart: Three levels of psychoanalytic therapy with disturbed children*. London & New York: Routledge.

Bion, W. (1962a). *A theory of thinking. The International Journal of Psychoa-*

nalysis, 43, 306-310; republished (1967) in *Second Thoughts*, pp. 110-19.

Colombi, L. (2010). Flight into fantasy, imaginative fantasy: the opposite space of mental functioning. Considerations on psychoanalytical practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91 (5). (doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00327.x).

De Cesarei, A. O. (2017). *Autistic states in patients with a narcissistic structure. In engaging Primitive Anxieties of the Emerging Self*. London: Karnac.

Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and pathological Narcissism*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.

Mitrani, J. (2001). *Ordinary people and extraordinary protections*. Philadelphia, PA: Bruner Routledge.

Power, D. (2016). *The use of the analyst as an autistic shape. The International Journal of Psychoanalysis*, 97, 975-998.

Segal, H. (1957). Notas sobre la formación de símbolos. *Revista uruguaya de psicoanálisis*, VIII (3). ISSN1688-7247 (1966).

Steiner, J. (1994). *Psychics Retraits*. London: Routledge.

Strauss, L. V. (2012). Comparing a narcissitic and autistic retreat: “Looking through or at the window”. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93, 97-116.

Voz y palabra en el niño autista¹

– Maria Rinos² –

Logopeda y pedagoga. Asesora de logopedas. (Barcelona)

– Marta Bahima³ –

Logopeda y psicóloga. CDIAP Equipo 40. (Barcelona)



Queremos profundizar en este artículo en el conocimiento del lenguaje del niño autista durante los primeros años de vida. Nos centraremos, en primer lugar, en la importancia de la voz de la madre desde antes del nacimiento y del posterior diálogo entre ella y el bebé para la construcción de un soporte melódico ligado a la emoción, donde más tarde se inscribirá el lenguaje propio, significativo y comunicativo. Analizaremos las carencias del niño autista en este proceso tan precoz.

En segundo lugar, estudiaremos los diferentes niveles de respuesta sensorial de las producciones verbales del niño autista que está inmerso en la sensorialidad. Nos guiaremos por los niveles de respuesta sensorial descritos por Corominas.

A continuación, analizaremos la expresión verbal en las etapas posteriores al predominio de la sensorialidad. Lo ilustraremos con diversos ejemplos de transcripciones y viñetas.

Debido a nuestra formación y experiencia como logopedas, hemos querido establecer una relación entre el llamado Trastorno del Desarrollo del Lenguaje⁴ o Trastorno Específico del Lenguaje⁵ y el lenguaje del niño con TEA.

INTRODUCCIÓN

Nuestra experiencia en atención precoz con niños autistas y sus familias nos ha mostrado que un número significativo

de estos niños, después de una etapa en la que predomina la sensorialidad, aceptan y establecen una cierta forma de relación con el otro y van adquiriendo lenguaje. En este artículo, nos centraremos en la voz y la palabra de estos niños que tienen un diagnóstico de autismo y están en proceso de adquirir lenguaje.

Tustin (1987), a partir de su trayectoria en el tratamiento de niños con autismo, afirma: “Es un alivio descubrir que, incluso en estos niños tan retraídos, hay una parte en ellos que espera ser ayudada a crecer adecuadamente y a vincularse a una figura parental”.

A pesar de que consideramos básicos aspectos del lenguaje y la comunicación como la comprensión verbal, la interacción verbal, la pragmática, etc., que nos dan mucha información sobre la manera de pensar y de relacionarse de cada niño, hemos centrado este artículo en el análisis de la expresión verbal con la idea de que este aspecto también puede aportar conocimiento sobre su funcionamiento mental y relacional.

LA VOZ

Nos ha interesado especialmente la comprensión que aporta Maiello (2013) sobre el papel que tiene la voz materna en el desarrollo proto-mental. Esta autora sostiene que el bebé conserva, después del nacimiento, trazas de cualidades sonoras y rítmicas que ha expe-

rimentado cuando estaba dentro del útero materno, fruto del encuentro auditivo con ella. Llama a estas trazas *objeto sonoro* y considera que la voz materna está en el núcleo de ese objeto. La voz materna es diferente de los sonidos rítmicos continuos e impersonales que el bebé escucha cuando está dentro del útero materno (ritmo cardíaco...), tiene la capacidad de transmitir emociones con sus variaciones de tono, volumen, cadencia... A diferencia del resto de sonidos tiene la particularidad de ser discontinua. La madre habla y calla. Está presente y ausente de forma alterna y no siempre en sintonía con la necesidad del niño que escucha. Podríamos pensar en la voz de la madre como primera fuente de bienestar que deja un vacío cuando falta y ello permite que se vaya configurando un espacio para el pensamiento. Se introduce así el principio de la diferencia y una proto-conciencia del objeto no-yo.

Con anterioridad al nacimiento, el bebé responde a la voz de la madre con sus movimientos corporales, como si la voz fuera una canción que el bebé acompaña con una danza, tal como expresa Meltzer (Maiello, 2013). Se podría considerar este primer encuentro como una proto-forma de relación que evolucionará en el momento del nacimiento, cuando el bebé ya puede responder con su voz, conquistando así el poder de afirmar su presencia y la posibilidad de establecer un diálogo vocal. En las proto-conversaciones entre la madre y el bebé de pocas semanas, cuando el bebé hace una serie de vocalizaciones, la madre se hace eco y con frecuencia añade alguna variación o comentario. En esta pequeña variación, el bebé, con su deseo de comunicar, puede reconocer a alguien dispuesto a escuchar su



El niño autista no tolera el contacto con la voz y huye tanto de la propia como de la del otro. Entiende la voz como aquello íntimo, el “decir” desde la subjetividad.

‘música’ que introduce una diferencia que despierta su interés.

El balbuceo del bebé no es en sí un acto comunicativo, pero sí que en él se expresan las emociones de placer-displacer y ello queda posteriormente en la melodía de la palabra, que a través de su música permite expresar sentimientos.

En el niño autista no se da este balbuceo y, cuando está, es monótono, sin ánimo ni inflexión emocional, ante la negativa de mostrar o comprometer lo íntimo, la expresión de lo personal o propio.

En esta línea, Maleval (2011) afirma que el niño autista no se introduce en el lenguaje pasando por el balbuceo. Cree que estos niños no han jugado con la voz ni descubierto los aspectos musicales del lenguaje preverbal, ni la reciprocidad del intercambio vocal en un intento de borrar cualquier percepción de alteridad. El niño autista no tolera el contacto con la voz y huye tanto de la propia como de la del otro. Entiende la voz como aquello íntimo, el “decir” desde la subjetividad.

En la evolución normal, cuando aparece el laleo, el adulto da significado a las producciones del niño. En este dar sentido, el niño ha de renunciar al placer de su actividad sensorial para

incorporar un significado que proviene del otro. Como consecuencia de la ausencia de balbuceo en el autista no se producirá tampoco esa renuncia. Por otro lado, en lo que hace referencia a la propia voz, tampoco puede tomar la palabra de una manera auténtica. Las palabras son emitidas, pero no habladas. Están vacías de sentido y afecto. Les falta la expresión personal y, con frecuencia, provienen de un repertorio mental memorizado y alejado de toda subjetividad. Sí que se sienten atraídos por la música de la palabra, pero no se acercan al contenido. Disocian así la palabra de su voz, el intelecto y el afecto.

Hemos podido ver en las aportaciones de Maiello la consideración de la voz como el soporte musical melódico ligado a la emoción donde se integra el lenguaje y en las de Maleval la concepción de la voz como la expresión más íntima de la propia subjetividad. Emoción y subjetividad, dos barreras que se reflejan en las características de las cualidades sonoras de la voz de estos niños y en su expresión verbal.

María es una niña de cinco años que lleva tres en terapia. A sus cinco años tiene interés por comunicarse. Habla excesiva y rápidamente, con un cierto grado de excitación y teatralidad y con un tono de voz muy elevado. Con frecuen-

cia su hablar se basa en evocar cosas que los padres le han explicado de una manera aprendida, pero poco conceptualizada.

El tipo de lenguaje que tiene nos sugiere que el canal sensorial auditivo no ha funcionado de forma integrada con el resto de los sentidos. Ha sido al que la niña ha podido aferrarse para organizar un lenguaje más formal que conceptual que le permite un cierto tipo de comunicación con el otro. Podríamos decir que su lenguaje no ha surgido del lenguaje musical que transmite la voz de la madre, ni se ha introducido pasando por el laleo.

Las características de sus producciones en relación con la entonación, el ritmo, el volumen nos lleva a pensar que todavía no tiene una voz propia.

Maleval (2011) expresa: “A veces la dicción es modulada al exceso hasta el punto de parecer recitar versos declamándolos con énfasis. Por muy diversas que sean las posibilidades, todas poseen un punto común: este lenguaje parece artificial, incluso caricaturesco...”.

LA PALABRA

Meltzer (1975) diferencia el estado autista de las cualidades de la mente que pueden aparecer en estos niños durante su desarrollo. En su opinión, la esencia del autismo es una suspensión de la vida mental que imposibilita el recuerdo y la reorganización de las experiencias vitales, la memoria y el pensamiento.

Los actos mentales requieren lo que Bion llama consensualidad, la unión de los sentidos que posibilita la atención que comporta la percepción multifacética de los objetos y la experiencia de percepciones integradas sensorialmente a las que es posible atribuir un significado. Meltzer (1975) afirma que en el niño autista se observa una capacidad que permite a los sentidos dirigirse en cada momento al objeto más atractivo disociando las diferentes modalidades sensoriales. Esta manera de esparcirse de los sentidos produce el desmantelamiento del self como aparato mental que comporta la incapacidad de introducir objetos integrados. El desmantelamiento se produce mediante el recur-

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

² mrinosm@yahoo.es

³ martabahima@gmail.com

⁴ Nos referiremos a él con las siglas TDL.

⁵ Nos referiremos a él con las siglas TEL.

so pasivo de permitir que los diversos sentidos se adhieran al objeto más estimulante en aquel momento.

Por otro lado, parece que hay una relación diferenciada entre las diferentes modalidades sensoriales y que la modalidad auditiva estaría muy debilitada, sobre todo en lo que se refiere al lenguaje. Es por ello por lo que en muchos niños autistas se piensa en una posible sordera antes de tener el diagnóstico.

Para Meltzer (1975), el mutismo acompaña inevitablemente el estado autista, ya que se trata de un estado desmentalizado en el que se manifiestan más las funciones cerebrales que las mentales. En este estado, los hechos lingüísticos no tienen significado. Ello no significa que el niño autista no pueda desarrollar alguna forma de lenguaje fuera de este estado autístico, cuando se produce una evolución. En la personalidad postautista, esta disociación extrema de la consensualidad se convierte en parcial.

Para acceder a la música gramatical de las proposiciones del lenguaje es necesario que se produzca la introyección de un objeto hablante mediante la identificación con éste. Entonces, el niño

podrá sobreponer un lenguaje lexical a este lenguaje más profundo y musical. Y para que tenga lugar la comunicación deberá encontrar en el mundo externo un objeto que tenga la suficiente realidad psíquica y una diferenciación adecuada del self.

El niño autista hace una identificación adhesiva con el objeto, que estimula la identificación con las funciones objetales corporales y no con las funciones mentales de éste. Este tipo de identificaciones empobrecidas y los aspectos deshumanizados de los objetos estimulan más el deseo de controlarlo que el de comunicarse con él. Para hacerlo, el gesto y las señales son suficientes, no es necesario el lenguaje.

PALABRA Y SENSORIALIDAD

En un cierto momento de su desarrollo, el niño autista empieza a emitir palabras: ecolalias directas, ecolalias diferidas, otras producciones, etc. Todas ellas surgen de la sensorialidad, pero no responden a un mismo nivel evolutivo.

Creemos que la valoración cualitativa de estas primeras emisiones verbales nos puede aportar información sobre el momento evolutivo en el que se encuentra el niño, permitir una mejor

valoración diagnóstica y también una adecuación a su nivel en el tratamiento.

La dificultad del niño autista para la consensualidad y para la integración de sensaciones con emociones en la relación con el otro hace que quede inmerso en un mundo sensorial. Corominas (1991) afirmaba: "las sensaciones no conectadas con sentimientos vividos en la relación de objeto no tienen formas, no son representables, no sirven para pensar...". Analizaremos qué etapas sigue el niño autista cuando empieza a "decir" y el valor de sus producciones. Nos guiaremos por los diferentes niveles de respuesta sensorial que Corominas (1991) diseñó.

La autora hizo una clasificación de las respuestas sensoriales primitivas y de los estadios presimbólicos. Consideraba que este tipo de respuestas en la evolución normal pasan desapercibidas por su brevedad, pero el estudio de la psicopatología arcaica de niños psicóticos pequeños le permitió conocer mejor los estadios que preceden a la simbolización.

Proponemos trasladar estos niveles de respuesta a las producciones verbales del niño autista, conscientes de que éste no viene determinado por el tipo de producción sino por el tipo de proceso sensorial que ha dado lugar a esta producción. Será necesario tener en cuenta las particularidades tanto del niño como de la situación en que aparece el lenguaje para poder realizar un análisis integrado.

Corominas (1991) diferencia diferentes niveles de respuesta sensorial. En un primer nivel, sitúa los "puros tropismos sensoriales". Un sentido es atraído y queda fijado a una sensación o a un punto percibido. En relación con la audición, un ejemplo podría ser el niño que desconecta de su entorno al escuchar una música, un anuncio, un estímulo que le llega de fuera.

En un segundo nivel, sitúa "la autosensoresialidad". En este nivel, el niño siente como propia la cualidad del objeto que toca, es lo que pasa con el objeto autístico, que no es sentido por este niño como la cualidad de un objeto externo, sino como una cualidad

propia, con frecuencia de dureza, que le refuerza la sensación de coraza.

Tustin (1987) se refiere a la ecolalia como objeto autístico: "La ecolalia es una manipulación de las palabras y los sonidos como si fueran objetos físicos tangibles para meterlos en el "yo". Así las palabras pueden ser objetos sensaciones u objetos autísticos". Entendemos que se refiere a la ecolalia que tiene la finalidad de crear coraza, envoltura. También podemos situar en este nivel la jerga autosensoresial que envuelve al autista en momentos de aislamiento y desconexión y determinadas ecolalias diferidas.

Cada vez que Álex llega a la sesión, va directamente a la pizarra y empieza a escribir y a decir los números en inglés de forma repetitiva, sin mirar a la terapeuta ni responder a sus intentos de relacionarse. Posiblemente, está creando una coraza autosensoresial para protegerse de una situación que le desborda.

Ivan se dedica a recitar de memoria un cuento que ha trabajado en la escuela, que implica un nivel de conocimientos y de abstracción que él no ha alcanzado. Podemos captar cómo disfruta diciendo y escuchando sus propias palabras. Empieza diciendo: "lloró seis lágrimas. Y llegó agun cacol y llegó agun caracol que enseña los cuernos al sol. ¿Por qué quién le lloras preguntó el cacol?". Y sigue con una larga narración del cuento con una prosodia muy marcada.

Un tercer nivel corresponde al reconocimiento de la existencia de una huella sensorial. La respuesta no depende del objeto, sino de la imagen de la huella de la sensación que ha producido ese objeto. Por ejemplo, se da en el bebé que reconoce la sensación de su chupete cuando el adulto se lo pone en la boca, pero no es capaz de ir a buscarlo. Corominas (1991) afirma que "cuando hay imágenes de la huella sensorial, dado que ésta lleva implícita la existencia del objeto que la produjo, hay esbozo del objeto, por remoto que sea".

Para entender este nivel intermedio, Corominas (1991) diferencia el concepto de "shape" del de objeto autístico de Tustin. Para un autista, el objeto silla será la sensación de la huella sensorial que la silla ha dejado en su espalda al sentarse

en ella. Lleva implícita la existencia de dos cuerpos. Hay una imagen sensorial del contacto con otro cuerpo que sustituye total o parcialmente el objeto. La existencia de una imagen sensorial táctil, de una huella, permite la utilización de esta imagen para reconocer el objeto a través de otro órgano sensorial.

Cuando la ecolalia no tiene una finalidad autosensoresial puede estar en este nivel. Hay un reconocimiento de una huella sensorial que el niño imita de forma automática, sin conciencia de imitación, apropiándose de un estímulo sensorial externo. Hay un estímulo que sustituye total o parcialmente al objeto.

Teo se dirige al cajón, trae una vela y pregunta "¿qué es esto?", sin esperar respuesta. Posiblemente, cuando aparece un objeto la madre con frecuencia le pregunta "¿qué es esto?". Y él, ante una sensación similar, hace una ecolalia diferida de las palabras de la madre.

En su producción, hay una sensación que ha evocado la huella. Se da un esbozo del objeto que la produce, pero la huella es lo importante.

Con la acción que realiza posteriormente, se confirma que Teo se orienta a partir de sensaciones y que todavía no es capaz de buscar el objeto que produce la sensación.

En seguida, abre el cajón (lugar donde suele estar el encendedor), mira, cierra, vuelve a abrir y mira nuevamente, como si sólo repitiendo la acción que otras veces ha servido para encontrar el encendedor éste tuviera que aparecer. Con la acción de reabrir el cajón espera encontrar el objeto, como otras veces ha pasado. No lo busca en otro lugar porque todavía no ha adquirido la permanencia del objeto. Tanto su acción como su producción verbal son el resultado de una equivalencia sensorial del tercer nivel.

Al cuarto nivel de equivalencia sensorial le corresponde el hecho de ser capaz de buscar el objeto que reproduce una determinada huella sensorial. La respuesta del niño que es capaz de ir a buscar el chupete estaría en este nivel.

Hemos situado una forma más evolucionada de ecolalia diferida en este nivel porque consideramos que en determinadas ocasiones hay una huella sensorial

que el niño busca ante una sensación que reconoce.

Unai evita ir al cuarto de baño fuera de casa y en una sesión tiene la necesidad de ir. Acepta probarlo, pero cuando se encuentra delante del cuarto de baño dice: "Me voy a dar una vuelta".

En este caso, a partir de la sensación de algo que no quiere, el niño busca una fórmula que relaciona con una situación similar (de acabar, cortar la situación...).

Como hemos podido ver, no es el tipo de producción lo que determina el nivel de equivalencia sensorial, sino el proceso implicado en la emisión de esta producción. Un "gemido" mientras mira un objeto que atrae al niño puede estar en un nivel más evolucionado que recitar un cuento.

A partir de estos niveles y siguiendo a Tustin, Corominas desarrolla el concepto de equivalencia sensorial. El niño busca sensaciones (táctiles, visuales, auditivas...) para calmarse, sin que haya un reconocimiento del objeto. En los niveles 3 y 4 puede darse un esbozo por remoto que sea.

La equivalencia sensorial es previa a la ecuación simbólica descrita por Segal (1993). Viloca y Alcácer (2014) lo describen de la siguiente manera: "La equivalencia sensorial en el desarrollo del proceso simbólico es anterior a la ecuación simbólica descrita por Segal (1993), en la que el sujeto y el objeto están confundidos, pero a la vez son reconocidos como tales, no como una sensación".

En este apartado, hemos acometido una presentación descriptiva de los procesos implícitos en las producciones de estos niños, pero no querríamos de ninguna manera menospreciar el valor de la comunicación. Cuando el adulto atribuye un significado y/o una intención a las referidas producciones y se lo verbaliza al niño, está favoreciendo su evolución, tal como pasa cuando se da significado al llanto del bebé.

PALABRA Y COMUNICACIÓN

En lo que se refiere a la expresión verbal, en el desarrollo del lenguaje del niño sin dificultades vemos una progresión clara, rápida y con simultaneidad de diversas etapas siguiendo el eje que



Para que tenga lugar la comunicación deberá encontrar en el mundo externo un objeto que tenga la suficiente realidad psíquica y una diferenciación adecuada del self.

va de la sensorialidad a la simbolización y que se desarrolla paralelamente al eje que va de la indiferenciación a la diferenciación.

El niño autista con una evolución favorable puede ir abandonando la sensorialidad y tolerar un cierto grado de diferenciación y a la vez la alteridad que representa la voz del otro.

Viloca (2011) afirma: "La experiencia nos confirma que una actitud terapéutica adecuada ayuda a que el niño autista pueda experimentar la incorporación o introyección en su mundo interior de una relación interpersonal que lo protege y, poco a poco, va abandonando la autosensorialidad".

En ese momento, establece un cierto tipo de relación y de interacción particulares que promueven la búsqueda de recursos para comunicarse.

Por otro lado, Subirana (1985), con relación a la expresión verbal, afirma: "Las formas gramaticales y la sintaxis que utiliza el niño con autismo nos pueden orientar sobre la estructuración de su personalidad".

El niño autista usa expresiones similares a las de los niños que no presentan dificultades, a pesar de que las construye siguiendo un camino bien diferente, y también usa otras producciones que le son propias. Muchos clínicos utilizan la expresión "cortar y pegar" para referirse a ellas. Se trata del uso de la ecolalia diferida para organizar sus producciones verbales.

Con esta estrategia, aparecen frases hechas, expresiones aprendidas globalmente, estructuras repetitivas, etc.

Teo introduce todas las acciones con la expresión "ara (ahora en catalán) es hora de", "ara es hora de quipà (picar), ara es hora de soplá, ara es hora de cortá...". No se trata de una estructura sintáctica que él sea capaz de construir con otras palabras ni usa de forma aislada estas palabras en otras producciones porque posiblemente no conoce su significado. Se trata de la ecolalia diferida de una expresión aprendida globalmente que usa para introducir sus acciones.

En otro momento, María juega a curar un muñeco, lo hace de manera rápida y dice: "la barriga ya está listo". Este

"ya está listo", que interpretamos como "ya está curado" o "ya se ha acabado", es también una expresión aprendida globalmente.

La disarmonía en el grado de complejidad del léxico y de las estructuras sintácticas que producen algunos niños también nos lleva a pensar que muchas de ellas son ecolalias diferidas. María, hablando de cómo juega con la arena, dice: "Solo tenas que cavar con, con...", mira a su madre. La madre le dice: "Con un palito, ¿verdad?". No puede evocar esta palabra tan usual y, por el contrario, poco después dice: "Pero otra vez va a lucir el sol".

De forma simultánea a este tipo de expresiones, el niño autista es capaz de denominar objetos presentes con palabras con significado pleno. A este tipo de denominación, Corominas, a partir del concepto de Segal de ecuación simbólica, la califica con este término. La palabra sólo puede ser evocada en presencia del objeto. No está en la mente del sujeto, aparece al ver el objeto. No substituye el objeto, sino que es el objeto.

En estos niños, la imagen del objeto es una experiencia sensorial visual que no está conectada a la emoción ni integrada cognitivamente al pensamiento.

La terapeuta pregunta: "¿Esto qué es?" y Adrián responde: "Un bibe de leche de vaca". La madre explica que a la leche la llama "leche de vaca" porque en el tetrabrik aparece una vaca dibujada. La madre cree que él no sabe que la leche se obtiene de la vaca.

Las expresiones que tienen la función de poner palabras a las acciones que el sujeto está realizando en el aquí y el ahora (función de realización descrita por Vila, 1989) estarían también en el nivel de ecuación simbólica. Estas palabras son sugeridas por el contexto y no se encuentran independientes en la mente.

Cualificamos de la misma manera la descripción de una situación presente. A menudo, en ésta aparecen dísticos, palabras con valor de ecuación simbólica y/o acciones muy usuales.

Valoramos también este nivel pre-simbólico en determinadas acciones del juego de estos niños. En el caso de

Oriol, éste sustituye la vela del pastel por un cuchillo, tal y como se había hecho en sesiones anteriores, pero en seguida aclara que aquello no es una vela, que es un cuchillo. En otra ocasión, para representar que va en coche, rechaza una tapadera para utilizar de volante y sólo utiliza el gesto.

Algunos niños autistas pueden ir en determinados momentos más allá de esta categoría de ecuación simbólica. Nos referimos a la capacidad para nombrar o describir un objeto semipresente con una palabra con significado pleno. Hemos añadido esta característica de semipresente porque en la clínica valoramos como un pequeño paso adelante el hecho de poder nombrar un objeto cuando se da un contexto muy cercano que facilita la evocación de la palabra para nombrarlo o describirlo. Se puede dar cuando el objeto ha estado presente en un momento anterior cercano o también cuando el niño reconoce el lugar donde habitualmente se guarda el objeto, etc. Puede evocar la imagen del objeto ausente y la palabra que tiene asociada.

Pau se interesa por ir a jugar a la cocineta y cuando está allí nos muestra que ha encontrado la lechuga: "mira, lechuta" (ecuación simbólica). Seguidamente, queda parado y verbaliza: "¿u gateta?". En sesiones anteriores, en el bote de comida también había una galleta que hoy no está.

Un paso más evolucionado sería dar información sobre una acción que se desarrollará en un futuro inmediato (función de determinación: Vila, 1989). Cuando el niño anticipa lo que hará en un futuro inmediato, generalmente con la ayuda de un contexto o de un material presente, va más allá de la ecuación simbólica.

Teo canta "Navidad" con su madre y chafa el árbol de Navidad de plastilina que ha hecho y guarda la plastilina. Dice: "¡Ara luego jugando las cocinitas!" "Ahora hacemos un donu. Vamos hacé un donu".

Hasta ahora hemos hablado del lenguaje referido al aquí y al ahora. Pero algunos niños autistas pueden dar un paso más allá e informar de situaciones descontextualizadas a partir del apoyo

de imágenes visuales concretas. Nos referimos a un tipo de expresión que por sus características lleva a pensar que el niño no está operando mentalmente con palabras, sino que tiene unas imágenes visuales concretas en su mente a las que va asociando palabras.

Cuando se trata de más de una expresión, de una narración, podemos encontrar un hilo asociativo personal o un hilo cronológico.

La madre de Aina comenta que ésta ha ido de campamentos para que la niña se lo explique a su terapeuta. Ella relata: "He domido con un peluche y con la linterna estaba apagada y estaba abiba mía y de todos los nenes que son mis amigos".

Arnau explica el cuento de los tres cerditos: "Estaba una ve, estaba una vez tres cerditos y estaban montando su casa y estaba un cerdito que estaba construyendo su casa de paja y una vez estaba el lobo y el lobo estaba busando (soplando, del catalán "bufant") y la casa se ha destruído y el primer cerdito estaba corriendo y el lobo le quería comer y tamién un cerdito estaba, estaba, estaba cieno su casa de, de, de...".

Este tipo de información puede situarse entre la ecuación simbólica y el símbolo. Determinados niños autistas pueden alcanzar este nivel de lenguaje.

En relación a los errores que podemos encontrar en sus construcciones, destacamos:

- Numerosas confusiones semánticas y dificultades de evocación. Debido a la dificultad para crear imágenes mentales a partir de la integración de los sentidos con las emociones y, por tanto, de la incapacidad del acceso a la palabra-símbolo, el hilo que une el significado con el significante es muy frágil y, a veces, se rompe. La palabra no corresponde a un concepto, sino que forma parte de una sensación o sensaciones.

Al mostrarle un caramelo a Raúl, no pudo evocar la palabra "caramelo", lo pudo hacer al escuchar el ruido que hacía al desenvolverlo.

A Pau le gusta jugar a pelota y tirar la fuerte a su terapeuta.

Terapeuta: "Ai ai ai... ui ¡qué susto! A mí sí que me da susto".

Pau: "Yo no".

T: "A los niños de 4 años a veces les da susto".

P: "Yo tieno, tieno mucha ame atí" (se señala la barriga).

T: "Ah, tú has comido mucho y tienes mucha fuerza".

- La morfosintaxis de estos niños que son buenos imitadores es aparentemente bastante correcta y evolucionada, pero cometen fallos que muestran que sus producciones están muy basadas en la imitación y no en el conocimiento de unos significados ni en la capacidad de aplicar unas reglas. El uso incorrecto de determinadas partículas ("no podemos traer ni palos", "con el palo me duele en el ojo") y la disarmonía entre frases bien organizadas y otras desorganizadas y/o incompletas, también nos lleva a pensarlo.

- En algunas ocasiones, necesitan escucharse a sí mismos para corregir sus producciones; si "no suenan bien", las modifican (María: "Son piedritas y telebarro". T: "Piedritas, ¿y qué más sale?". M: "Tierra con barro"). Ello hace pensar que las palabras no están en su mente de forma estable y consistente, las puede evocar correctamente "de oído" después de escucharlas desdibujadas.

En la mayor parte de los casos, los diferentes niveles descritos se solapan y podemos encontrar un discurso basado en ecolalias diferidas al lado de la explicación sobre una experiencia ausente a partir del apoyo de imágenes visuales concretas.

AUTISMO Y TRASTORNO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

En niños que presentan un Trastorno del Desarrollo del Lenguaje y no tienen un diagnóstico de autismo encontramos un recorrido bastante parecido al del niño autista en lo que hace referencia a sus producciones presimbólicas y, también, una similitud en los tipos de narración descritos que hemos situado entre la ecuación simbólica y el símbolo. Asimismo, se dan los fallos que hemos enumerado en relación con el lenguaje del niño autista.

Artigas (1999), en su artículo sobre el lenguaje en los trastornos autistas,

afirma: "Bishop empezó a difundir la idea de que los trastornos específicos del lenguaje y trastornos autísticos no son términos excluyentes, sino que por el contrario se ubican en un continuo".

En nuestra experiencia en atención precoz, muchos de los niños que presentan un retraso en la adquisición del lenguaje presentan también dificultades emocionales y relacionales. En la valoración clínica de estos casos, observamos dificultades en los procesos de diferenciación y en la simbolización. No encontramos la misma dificultad que en el autismo para establecer una comunicación y un vínculo, ni tampoco su inmersión en la sensorialidad. Ahora bien, tanto el juego como el lenguaje de estos niños reflejan dificultades de representación y de simbolización importantes y, en la relación que establecen con el otro, dificultades de diferenciarse. En la expresión verbal de ambos se muestran estas dificultades.

Artigas escribe (1999): "Rapin define en el autista síndromes de déficit lingüístico, que no difieren esencialmente de los descritos en el niño no autista".

Creemos que un elemento importante y diferenciador de dos tipos básicos de déficits lingüísticos viene determinado por la priorización de un sentido para acceder al lenguaje. El hecho de apoyarse prioritariamente en el sentido de la vista o en el de la audición determina dos caminos diferentes para introducirse en el lenguaje.

En relación con el niño autista, Temple Grandin (2006) diferenció tres tipos de pensadores: los visuales, los lógicos verbales y los musicales y matemáticos. Nosotros nos hemos referido a los dos primeros. El que esta autora llama lógicos verbales corresponde a aquellos niños que inicialmente han incorporado el lenguaje a través de la audición y que, en una segunda etapa, van creando en su mente imágenes visuales sensoriales de objetos que no están conectados ni a la emoción ni al pensamiento. El discurso de estos niños suele ser descriptivo y confuso, tanto por los errores que hemos mencionado anteriormente como por las dificultades pragmáticas.

Los visuales son aquellos que han priorizado la visión y han accedido primero a las mencionadas imágenes sensoriales y visuales y, posteriormente, han ido pegando palabras a estas imágenes. El discurso de estos niños es concreto, pobre y telegráfico.

Es cierto que, en determinados casos, no encontramos una diferenciación tan radical entre los dos funcionamientos.

Artigas (1999) afirma: "Cuando se han analizado los trastornos del lenguaje en los niños autistas, se ha evidenciado que, en general, no difieren de los que pueden presentar los niños no autistas, por lo menos en sus aspectos formales". Queremos expresar nuestro acuerdo con estas afirmaciones, tanto en lo que respecta a los aspectos formales como por lo que se refiere a dificultades pragmáticas y relacionales, aunque sean menores.

Hemos querido hablar de una línea continua entre las dos patologías porque, siendo el lenguaje el aspecto que más destacan padres y profesionales de la educación, este puede enmascarar trastornos graves de la personalidad (psicosis, falso self, etc.). Consideramos que es importante llevar a término un diagnóstico clínico multidisciplinario.

CONCLUSIONES

La expresión verbal de los niños con autismo ha sido descrita desde diferentes disciplinas con abordajes teóricos también diversos. En este artículo, hemos querido profundizar en un determinado aspecto de la expresión verbal, el de los diferentes niveles sensorial, presimbólico y simbólico. El motivo de nuestra elección es que creemos que esta información nos permite conocer mejor el funcionamiento psíquico de cada niño

y, por tanto, puede ser valiosa para hacer una reflexión profunda de los casos.

A pesar de ello, en el momento del tratamiento, creemos que han de prevalecer otros aspectos como la *rêverie* y la creatividad del terapeuta. ●

BIBLIOGRAFÍA

Alcácer, B., Farrés, N., González, S., Mestres, M., Monreal, N., Morral, A. y Sánchez, E. (2012). *Comprensión y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Horsori.

Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista de neurología*, 28, 118-123.

Bishop, D. V. (1989). Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries?. *British journal of disorders of communication*, 24, 107-121.

Bishop, D. V., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., y Catalise Consortium. (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLOS one*, 11 (7).

Coromines, J. (1991). *Psicopatología i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espaxs.

Grandin, T. (2016). *Pensar con imágenes: mi vida con el autismo*. Barcelona: Alba.

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

Maleval, J. C. (2011). "Más bien verbosos" Los autistas. *Hilos de Ariadna*. (Recuperado de: <http://hilosde-ariadna.blogspot.mx/2011/11/mas-bien-verbosos-los-autistas.html>).

Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Wedell, D. y Wittenberg, I. (1975). *Exploración del autismo: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.

Rapin, I. (1997). Trastornos de la comunicación en el autismo infantil. En J. Narbona y C. Chrevrie-Muller (eds.), *El lenguaje del niño*. Barcelona: Masson.

Rinos, M. (2019). La valoració qualitativa del llenguatge. Eina per al diagnòstic dels retards i dels trastorns del llenguatge. *Desenvolupa: La Revista d'Atenció Precoç*. (Recuperado de: <http://www.desenvolupa.net/Articles/La-valoracio-qualitativa-del-llenguatge.-Eina-per-al-diagnostic-dels-retards-i-dels-trastorns-del-llenguatge-Maria-Rinos-Marti-11-2019-Nou>)

Sadurní, M. (2011). *Vinçle afectiu i desenvolupament humà*. Barcelona: UOC.

Sanchís, A. R. (2012). De l'autosensorialitat a la paraula en contextos interac-

tius. *Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç: Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 33, 1-16.

Siguan, M., Colomina, R., y Vila, I. (1989). *Metodologia per a l'estudi del llenguatge infantil*. Barcelona: Eumo.

Subirana, V. (1985). Síntomas en la línea del lenguaje. En *Diagnóstico y tratamiento del autismo infantil. Actas de las Jornadas organizadas por la Sección de Ciencias de la Educación de la Universidad Autónoma de Barcelona* (pp. 119-125). Bellaterra: Compilación de Paco Jiménez. UAB.

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

Tustin, F. (1992). *El cascarón protector en niños y adultos*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Villanueva, R. (2004). Reflexiones sobre las dificultades en la adquisición del lenguaje en niños con autismo y su tratamiento. En JM. Brun y R. Villanueva (eds.), *Niños con autismo: experiencia y experiencias*. Valencia: Promolibro.

Viloca, L. (2002). *El niño autista: detección, evolución y tratamiento*. Barcelona: Ceac.

Viloca, L. (2011). Aportacions punteres de la Dra. Júlia Corominas a la comprensió de l'autisme. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 28 (1), 55-69.

Viloca, L. (2011). Psicoanàlisi de nens amb un trastorn de l'espectre autista (TEA) i amb Síndrome d'Asperger. *Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç: Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç*, 32,(1).

Viloca, L. y Alcácer, B. (2014). La psicoterapia psicoanalítica con personas con trastorno autista. Una revisión histórica. *Temas de psicoanálisis*, 7, 1-29.



El niño autista con una evolución favorable puede ir abandonando la sensorialidad y tolerar un cierto grado de diferenciación y a la vez la alteridad que representa la voz del otro.

De la fortaleza vacía a la casa compartida: Una experiencia de trabajo grupal con niños con TEA en pequeña infancia^{1 2}

– Gemma Sala i Garcia –

Psicóloga CDIAP Magroc. (Terrassa)

– Maria Álvarez Blanco –

Psicóloga-psicoterapeuta. CDIAP
Magroc. (Terrassa)



RESUMEN

Presentamos una experiencia de grupo en pequeña infancia con tres niños diagnosticados de TEA. A través del grupo hemos trabajado la contención de las ansiedades tempranas, el proceso de diferenciación e identidad, la mentalización de las emociones y la empatía entre los miembros del grupo.

Describimos los recursos y las estrategias metodológicas que hemos utilizado: estructura clara de las sesiones, contención física y emocional, funciones de reclamo y neutralidad (Anne Alvarez), verbalización de las emociones que la conducta provoca en los demás y la creación de una narrativa conjunta a partir de enlazar los juegos individuales.

Valoramos la eficacia del grupo mediante los dibujos realizados por los niños al inicio y al final del tratamiento grupal, donde se evidencia la introyección del grupo como un objeto interno que acompaña y ayuda.

En los últimos años, en los CDIAP³ observamos un crecimiento importante de los niños con Trastornos del Espectro Autista. Según la definición del DSM-V, el TEA forma parte de los

trastornos del desarrollo neurológico y tiene como características generales: deficiencias persistentes en la comunicación y la interacción social y patrones restrictivos y repetitivos del comportamiento. Estos síntomas deben estar presentes desde las primeras fases del desarrollo.

Con el tratamiento psicológico y la implicación de la familia y de la escuela, los niños suelen hacer progresos importantes, pero a pesar de ello la relación con los demás sigue estando, con frecuencia, afectada.

Por ello, nos planteamos si podría significar el grupo una manera de acompañar a estos niños en el proceso de socialización que les resulta tan difícil y, muchas veces, insostenible.

Tal y como describe la Dra. Torras de Beà (1996), los grupos terapéuticos son una experiencia social de comunicación e interacción a través del intercambio verbal y de las actividades, en las que los participantes pueden aprender a escucharse mutuamente. El objetivo es modificar las relaciones interpersonales regresivas, mejorar la capacidad de compartir y aprender el uno del otro y, de esta manera, desencallar y promover la evolución.

Nos propusimos organizar un grupo para niños con TEA, pero nos preguntábamos si sería un buen recurso dadas las características del trastorno: ¿Cómo crear un grupo cuando la dificultad es estar en grupo?, ¿cómo ayudarlos a reconocer y tolerar los estados mentales de los demás si no pueden diferenciarlos y reconocerlos en ellos mismos? ¿Podrían los participantes aprender a escucharse mutuamente?

Nos preocupaba también si, como terapeutas, seríamos capaces de contener, comprender y ayudar a elaborar aquellas ansiedades que pudieran aparecer o amplificarse estando en grupo.

Pensábamos que con un grupo podríamos trabajar aspectos a los que a nivel individual no podríamos llegar, como es la relación con los iguales.

Nuestros objetivos principales eran los de acompañar a aquellos niños a perder el miedo a estar con los demás a través de una experiencia real contenida y expresar y comprender los estados emocionales en sí mismos y en los demás, para ir experimentando, poco a poco, la empatía.

¿QUIÉN FORMA PARTE DE NUESTRO GRUPO?

En un inicio, pensamos crear un grupo formado por dos niños y dos niñas de cuatro años con diagnóstico de TEA y dos terapeutas, pero en el momento de empezar sólo pudieron incorporarse tres de ellos: Adrià, Ignasi y Noa y las terapeutas, Gemma y Maria.

Los tres niños llevaban un tiempo en tratamiento individual en el servicio y ha-

bían hecho una buena evolución. Tenían habilidades comunicativas, entre ellas el lenguaje que permitía poner de manifiesto sus emociones y pensamientos. Presentaban capacidades en el juego, aunque éste con frecuencia era estereotipado y pobre para la edad. La dificultad en la relación era común a los tres y habían sido diagnosticados de TEA en la reunión de valoración interdisciplinar del equipo.

Los padres de los niños tenían una buena transferencia con el servicio.

Los niños:

Adrià: En el momento de iniciar el grupo, tenía alrededor de cuatro años. De los tres, era el que tenía mayor capacidad de relación. Era un niño que se podía mostrar preocupado por los demás. Tenía una situación familiar difícil, marcada por una enfermedad grave de un familiar muy cercano, que influía en su estado anímico. En algunos momentos, se mostraba muy ausente.

Le costaba diferenciar a las terapeutas y con frecuencia confundía nuestros nombres o inventaba alguno nuevo.

Le gustaba explicar vivencias y que le escucháramos. En su discurso iba entrelazando temas, mezclando fantasía y realidad. Era difícil poder seguir su pensamiento y comprender lo que explicaba, las terapeutas teníamos que dar forma a su discurso.

Tenía un lenguaje rico y con frecuencia copiaba frases aprendidas de los adultos.

Su juego era repetitivo y pobre, prefiriendo jugar solo y siempre con los mismos juguetes: los trenes.

Era un niño ágil, con un tono muscular bajo.

Ante las ansiedades que le despertaba la relación, respondía con una fragmentación del pensamiento, llevándolo a un discurso incoherente. En esos momentos, podía utilizar un tono de voz grave y extraño.

Ignasi: Inició el grupo con cuatro años y pocos meses. Era un niño despierto, con buenas capacidades mentales. Reclamaba intensamente la atención de las terapeutas y de sus compañeros, necesitan-

do ser mirado continuamente. Mantenía poco contacto visual y le costaba aceptar las propuestas de los demás. Presentaba una expresión seria, de enfado, con poco control de las pulsiones agresivas, que reflejaba un malestar interno muy importante.

Motrizmente, era un niño rígido con miedo al movimiento y a los cambios. Su pensamiento también era rígido, con una necesidad constante de control y muy baja tolerancia a la frustración.

Tenía muy buenas competencias lingüísticas, utilizando con frecuencia palabras y expresiones refinadas y rebuscadas, con conocimiento del significado.

Su juego era un juego de descarga de emociones, con el que provocaba el malestar y el enfado de los demás niños.

Ignasi utilizaba sus capacidades cognitivas para calmar la ansiedad que le despertaba la relación con los demás. Era un niño con mucha fragilidad emocional. Creemos que el miedo a la relación está relacionado con el temor a ser rechazado. Nos hacía pensar en una vulnerabilidad narcisística importante.

Noa: Al empezar el grupo tenía cuatro años recién cumplidos. La relación con los demás niños era fluctuante: podía interaccionar ratos cortos, pero su principal actitud era la de observar lo que hacían sin participar. En otros momentos, se aislaba. Podía pasar desapercibida, lo que requería la atención de las terapeutas para rescatarla y hacerla presente en el grupo.

Ante la angustia en la relación, necesitaba ponerse objetos en la boca. Enceñada en la sensorialidad, evitaba sentir las emociones que la experiencia con los demás le despertaba.

Motrizmente, era una niña movida e inquieta. Necesitaba el movimiento para calmarse en momentos de espera y cambios. Poco ágil, con poca integración de su esquema corporal, aspecto que pensamos que tenía que ver con la pobre diferenciación que hacía entre ella y los demás.

Su pensamiento era muy concreto. En ocasiones, costaba entenderla si no se conocía el contexto del que hablaba.

Su juego era pobre y necesitaba que fuera inflexible y repetitivo: pedía jugar con cocinitas y hacer comida.

Presentaba un funcionamiento adhesivo, repitiendo las ideas de los compañeros, con poca iniciativa propia.

Desde un inicio, los tres niños nos hicieron sentir contratransferencialmente el vacío en el que vivían inmersos. Los tres hacían frente a ese vacío de diferente manera: a través de la sensorialidad, del control o de la fragmentación.

EL GRUPO: RECURSOS METODOLÓGICOS

Antes de iniciar el grupo, teníamos claras algunas ideas de cómo organizar el setting. Para contener las ansiedades tan desbordantes de los niños, necesitábamos organizar sesiones semiestructuradas con límites claros, donde quedara diferenciado el inicio, el desarrollo y el final del grupo. Una estructura clara actuaría como continente de las ansiedades.

También sabíamos que, para que el grupo se convirtiera en una experiencia emocional compartida, era preciso el papel activo de las terapeutas, así como las actitudes que Anne Alvarez (2002) define como necesarias en el trabajo con niños con trastorno autista: la neutralidad (no juzgar, ofreciendo un nuevo modelo de relación), la contención (estar abierto a sentir el impacto de las proyecciones, sostener) y el reclamo (despertar, dar esperanza).

Una frecuencia semanal sería la adecuada, ya que, para introyectar un objeto que dé confianza y seguridad a los niños, que era uno de nuestros objetivos, es necesaria la regularidad y la continuidad del reencuentro. La duración sería de una hora desde el mes de octubre hasta el mes de junio. Después de este tratamiento, los niños serían dados de baja de nuestro servicio por tener la edad máxima de atención, en aquel momento, en nuestro CDIAP.

El espacio físico nos parecía importante. Pudimos contar en una sala grande con espacios diferenciados: un espacio sensorio-motriz, con material de psicomotricidad (colchonetas, cojines, ropas grandes, ladrillos de construcción) e instrumentos musicales. Un espacio sim-

¹ Este artículo fue publicado en la Revista Desenvolupa, de la Asociación Catalana de Atención Precoz, en el año 2017. Su publicación en la Revista *eipea* responde a un acuerdo de colaboración y fomento de la difusión de artículos, firmado entre las dos revistas en el año 2020.

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

³ CDIAP es el acrónimo para denominar los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz.

bólico con una caja terapéutica donde había muñecos, coches, trenes, maletín de médico, cocinita y plastilina. Y un tercer espacio con una mesa con sillas para realizar la representación de lo que habíamos vivido juntos, a través de material para pintar y dibujar.

Con esta organización del espacio, dábamos la posibilidad a los niños de moverse entre un espacio sensorial que les permitiera comunicarse mediante las sensaciones, un espacio motriz donde ayudarles a tomar conciencia de su cuerpo e ir experimentando los límites de este y, por último, un espacio más organizado donde pudieran desarrollar juegos pre-simbólicos e inicios de juego simbólico. Así pues, utilizábamos cualquier expresión de juego de los niños para ir descubriendo los estados emocionales propios y para que, poco a poco, pudieran irse interesando por los de los demás.

EVOLUCIÓN DE NUESTRO GRUPO

Describiremos a continuación la evolución de la dinámica del grupo.

Empezamos organizando de una manera sistemática el inicio y el final de las sesiones, dado que eran los momentos más difíciles para los niños.

Inicio de las sesiones:

Iniciábamos las sesiones con el juego del "Zapatito". Consistía en cantar una canción de bienvenida para saludar a cada miembro del grupo. En la canción, introducíamos el nombre de los niños y de las terapeutas de manera aleatoria. Cuando escuchábamos nuestro nombre, teníamos que quitarnos los zapatos, mientras todos pateábamos y nos saludábamos.

Era un momento para mirarse, para tener en cuenta al otro, pero a la vez tener un espacio propio y así no sentirnos diluidos por el grupo. Entendíamos el contacto con el suelo en la línea de Winnicott (1952), quien lo relaciona con la función de apoyo de la madre ante la ansiedad de caer en el vacío.

La ansiedad que generaba en los niños el no saber qué nombre aparecería en la canción (pérdida de control), el no ser ellos los primeros (frustración) y su incapacidad para tolerar la espera, suscitaba en ellos desorganización, enfado

y provocación. Era necesario estructurar más ese momento, buscar elementos concretos para sostener los objetos internos. Hicimos unas tarjetas con el nombre de cada niño. Las sacábamos al azar (al principio poco azaroso, ya que hacíamos que cada vez saliera un niño diferente para ayudar a contener el tiempo de espera) y ellos mismos las colgaban en la pared y así veían en qué momento y delante y después de quién diríamos su nombre. De esta manera, los niños recordaban quién había sido el primero en la sesión anterior y sabían que, tarde o temprano, les tocaría a ellos. Debemos decir que, en las sesiones finales, los niños ya toleraban que los nombres salieran al azar de verdad, aceptando el no salir primeros varias sesiones seguidas.

La experiencia vivida les había hecho sentir más seguros. Tenían la experiencia de poder esperar y empezaban a sentirse seguros de tener un lugar en la mente del grupo.

El nudo de las sesiones:

Una vez finalizado el juego del *Zapatito*, preguntábamos a los niños a qué querían jugar. Nos encontramos con el hecho de que los tres niños tenían preferencia por unos juguetes fijos y por unos juegos repetitivos: Ignasi, los ladrillos; Adrià, el tren y Noa, la cocinita.

Para despertar el interés en el otro, verbalizábamos, utilizando la voz y las expresiones corporales de sorpresa e ilusión, la actividad de cada niño (función de reclamo, Alvarez, 2002). Así, los niños podían mirar el juego de los demás, iniciando el juego en paralelo: Ignasi y Noa podían ir a la cocinita y hacer cada uno una comida o los tres jugaban con la plastilina sin interactuar entre ellos.

Con el objetivo de ligar las individualidades de cada niño para agruparlos, les propusimos enlazar los juegos que realizaban. Así, Noa empezó a hacer la comida de los pasajeros del tren de Adrià que pasaba por el puente de los ladrillos de Ignasi.

En las últimas sesiones, Adrià pedía ayuda a Noa e Ignasi para hacer mantitas para los pasajeros del tren que llevaban los nombres de los componentes del grupo. Ignasi conseguía la ayuda de sus com-

pañeros para construir un camino con los ladrillos y pasar por encima, Noa quería montar una mesa para comer juntos y entre los tres construían una mesa con ladrillos.

Los intereses repetitivos se estaban convirtiendo en comunicación, en un placer compartido entre los niños. Se estaba creando un objeto interno grupal. Un objeto en el que se podía confiar, que protegía y que permitía la diferenciación y la conciencia de identidad propia, objetivo del tratamiento psicoterapéutico de personas con TEA, según la Dra. Llúcia Viloca (2014).

A medida que iban aceptando la presencia de los demás, aparecían aspectos regresivos de su desarrollo, que convertimos en momentos de contacto emocional. Lo creábamos mediante juegos de falda en corro. Estos juegos ayudaban a la proximidad física de los niños contenida por nosotras. Cantábamos una canción inventada con una parte de la letra fija (hacer una tortilla) en la que los ingredientes eran elegidos por cada uno de los niños de forma rotativa, en función de su interés y deseo, principalmente de contenido anal. La situación les hacía reír con una cierta excitación, convirtiéndose en un encuentro emocional.

Al ir teniendo más conciencia de la presencia del otro, aumentaba la rivalidad y los celos entre los niños. Ello llevaba a momentos de agresividad, reflejo de ansiedades de aniquilación y de persecución muy fuertes que se proyectaban en el grupo. Con frecuencia, actuaban su malestar golpeando fuerte con instrumentos de música para molestar a los demás, pegándose o tirándose objetos entre ellos.

Se hacía necesaria la contención de la conducta, a menudo física, lo que ocasionaba que una de las terapeutas se quedara con el niño más actuador y la otra con los dos restantes. En los momentos en que bajaba la intensidad, verbalizábamos lo que había pasado y describíamos la intención de mentalizar el efecto de la conducta en los demás. No siempre lo conseguíamos, con frecuencia sentíamos que los niños no nos escuchaban y que lo que decíamos no les llegaba. Muchas

veces nos sentíamos muy desbordadas por el grupo.

Como dice Recio (2014), con el objetivo de transformar la agresividad más descontrolada en una actividad más concreta, pensamos en organizar actividades dirigidas que podrían ayudar al control de los impulsos en los niños: nos tirábamos almohadones, torres, tocábamos los instrumentos siguiendo un ritmo, etc. A medida que se iba organizando el grupo, el malestar y la agresión estaban también más organizados.

Observamos que, a la vez que el grupo se sentía más contenido, aparecía la emoción. Pudimos hablar de lo que les pasaba, de lo que sentían. Pedían curas, como consecuencia de la agresión. Jugábamos a médicos y enfermos. Hablamos de la tristeza, del miedo, de la rabia. Iban apareciendo aspectos más depresivos. Las terapeutas recibíamos estos sentimientos y los poníamos en el grupo de manera neutra (Alvarez, 2002), evitando cargar de significado la aportación del niño y con una actitud abierta a cómo era recibida y vivida la emoción en los otros niños.

Mostrábamos el enfado de Ignasi cuando los demás niños no jugaban a lo que él quería, la tristeza de Adrià cuando hacía referencia a su familia o el miedo de Noa a los ruidos; poniendo en el grupo preguntas como: ¿qué nos enfada? ¿Qué nos entristece? ¿Qué nos da miedo?

Así fue surgiendo la demanda de juegos con los que poder representar alguna de las emociones que más les asustaba, como podía ser el miedo. Los niños pedían ayuda a las terapeutas para organizar el juego de los tres cerditos. Construíamos con ladrillos la casa de los cerditos entre todos y, seguidamente, representábamos el cuento.

La organización grupal iba avanzando y cada vez se tenían más en cuenta entre ellos, apareciendo juegos compartidos. Noa y Adrià jugaban a ser una pareja de reyes que dormían, mientras Ignasi era el Papá Noel y les llevaba regalos muy relacionados con los intereses de los niños: trenes para Adrià y utensilios de cocina para Noa. Desde una perspectiva psico-evolutiva, este juego representaba el reconocimiento de la diferenciación sexual entre ellos e inicios de triangulación.

El final de las sesiones:

La finalización de las sesiones era otro momento intenso de emoción que los llevaba a la desorganización. Para ayudarlos a que no sintieran la separación como un vacío, recordábamos entre todos a qué habíamos jugado y proponíamos la representación a través del dibujo de lo que quisieran de la experiencia vivida en la sesión. Pretendíamos que fuera un momento de introyección de la vivencia de grupo, con la idea winnicottiana de que el dibujo se convirtiera en el objeto transicional que permitiera la separación. Al inicio, Adrià dibujaba un tren, Ignasi hacía garabatos de descarga emocional con tanta fuerza que llegaba a romper la hoja y Noa dibujaba una casa con un niño de la escuela y un arco iris.

Fue en las últimas sesiones en las que la representación estuvo más relacionada con el grupo creando espacios en los que nos representaban a todos los miembros.

Acabábamos cada sesión con el juego del *Zapatito* a la inversa, ahora teníamos que ponernos los zapatos siguiendo el orden de la secuencia del inicio. A pesar de la anticipación con la que anunciábamos la finalización, que sabían detrás y delante de quién diríamos su nombre, aunque nos los pusiéramos en el regazo para contenerlos mejor, era un momento muy complicado. Los niños no querían marcharse y se comportaban disruptivamente. Eran momentos en que Adrià podía decir frases descontextualizadas, Noa gritar y llorar e Ignasi tiraba los juguetes, etc. Teníamos que volver a contener individualmente a cada niño.

Al final del grupo, conseguíamos la ayuda espontánea de los demás niños para contener al que en aquel momento mostrara más dificultades ante la separación. El grupo se hacía cargo de las dificultades que surgían.

Trabajo con los padres:

En relación con el trabajo con los padres, queremos hacer un pequeño apunte que consideramos importante: en primer lugar, sabemos que un grupo de niños despliega unas fantasías y ansiedades en los padres que influyen en el trabajo con los niños. Añadido a que observábamos que

a los padres les costaba relacionarse en la sala de espera, consideramos necesario, aunque todos realizaban un trabajo individual con una terapeuta de referencia, ofrecer algunos encuentros de grupo con el objetivo de compartir las inquietudes con relación a la crianza de sus hijos y, así, reforzar el grupo de niños.

VALORACIÓN DEL GRUPO Y EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS

Uno de los aspectos que debemos remarcar es que la asistencia fue regular, hecho que facilitó la cohesión del grupo.

Consideramos que, en este aspecto, han influido las sesiones de grupo realizadas con los padres. Compartir las ansiedades entre ellos reforzó el grupo de niños. Ello ha sido tan clave que ha permitido la derivación del grupo a otro dispositivo donde actualmente siguen la atención grupal.

El grupo se ha movido en diferentes niveles y modalidades comunicativas: momentos regresivos, momentos de mucha actuación y momentos más saludables de contacto emocional y cierta aproximación empática. A lo largo del proceso, hemos visto cómo el grupo actuaba como continente y ayudaba a que apareciera la emoción.

También se ha movido en etapas psicoevolutivas diferentes, permitiendo a los niños desencallar aspectos de etapas evolutivas anteriores entrando en etapas más evolucionadas.

El hecho de estar con los demás en una situación de contención, aproximándose a sus conductas y emociones, ha ayudado en el proceso de individuación. Las dificultades de relación trabajadas en el "aquí y ahora" de las sesiones, ha facilitado el reconocimiento de los propios comportamientos y actuaciones (comprender mejor e introyectar lo que les pasaba) y ha abierto la oportunidad de encontrar nuevas formas de funcionar estando con los demás.

Como dice J.M. Sunyer (2008), es en el grupo terapéutico donde la experiencia de compartir vivencias comunes permite iniciar la percepción de que lo que nos pasa no es exclusivamente nuestro, sino que también les pasa a los demás. Nuestros niños pudieron reconocer emo-

ciones en sí mismos y en los demás, lo pudieron expresar en el grupo y, entre todos, pensar maneras de acompañarlo.

A pesar de las dificultades de relación que presentan los niños del grupo, éste ha sido un recurso terapéutico que ha ayudado a mejorar la relación y la aceptación entre ellos: han adquirido más confianza en sí mismos, aumentando la participación en las relaciones sociales tanto dentro como fuera del grupo.

La evolución de los niños ha sido la siguiente:

Noa se fue haciendo más presente en el grupo, reivindicaba su lugar como niña. Mejoró mucho la diferenciación entre ella y los demás, hecho que la llevó a entender más a sus compañeros y cuidarlos. A lo largo del proceso, disminuyeron las conductas autosensoriales, aumentando la excitación y la agresividad hacia los demás, sobre todo en los momentos de separación.

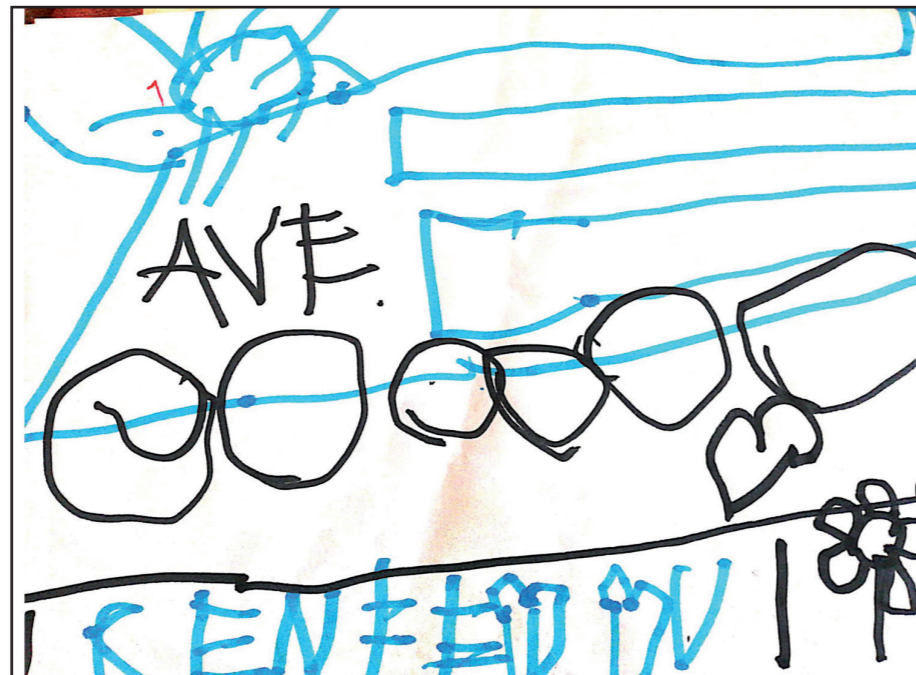
Adrià ha podido expresar más sus angustias en relación a la enfermedad familiar y compartirlas con el grupo. A medida que iba conectando sus partes fragmentadas, mostraba mucho miedo y buscaba la contención física de las terapeutas. Dejaba entrar más a los demás en su juego, aunque éste seguía siendo repetitivo.

Ignasi fue mostrándose más flexible, tolerando mejor el enfado y la rabia, sin tanta necesidad de control. Utilizaba el juego para representar sus sentimientos. Podía reír y aceptar alguna broma. Disfrutaba de más momentos de juego compartido y tenía un mejor control de su conducta. Se mostraba más empático.

Para nosotras, como terapeutas, ha sido un proceso costoso, que ha implicado un esfuerzo emocional y de aprendizaje importante, pero que valoramos muy positivamente.

Podemos concluir, retomando las palabras que citábamos en la introducción de la Dra. Torras: el grupo promueve la evolución de los niños. Utilizaremos la comparación entre los dibujos del inicio y del final del grupo como instrumento para valorar esta evolución.

Adrià:



Octubre 2014



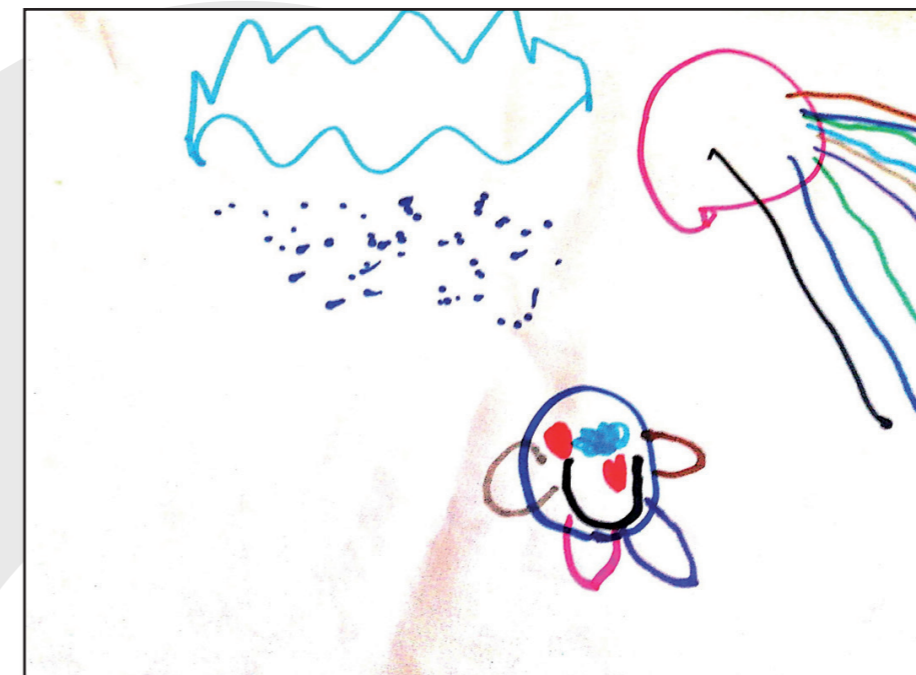
Mayo 2015

Octubre 2014: tren AVE de la RENFE.

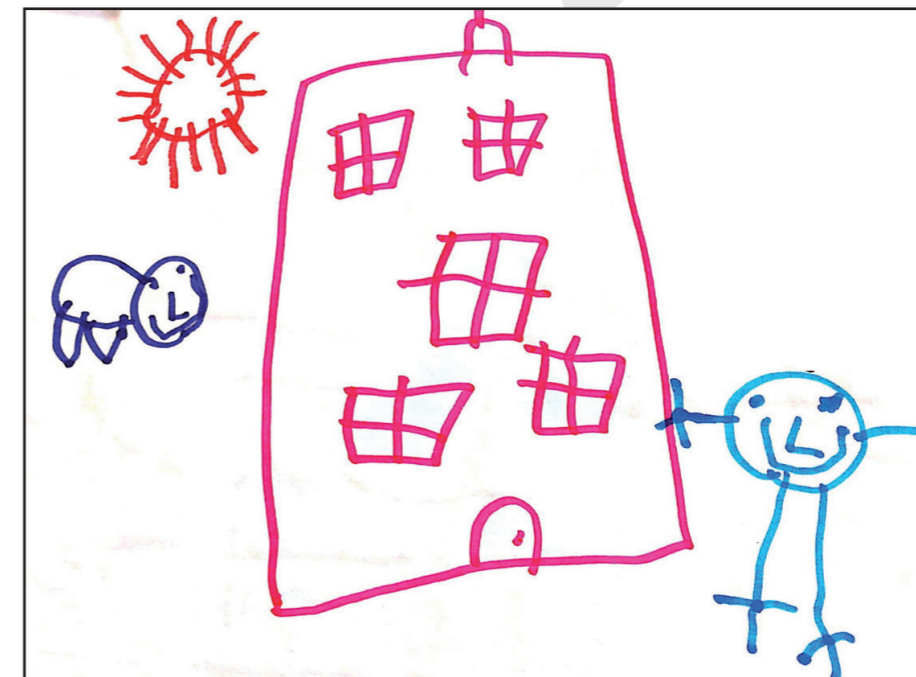
Mayo 2015: crucero con un señor que conduce un coche dentro del crucero. El barco tiene habitaciones para las personas. Él es el conductor del crucero.

Con estos dibujos, podemos ver cómo Adrià ha pasado de dibujar un tren vacío a poder representar un barco donde él es el conductor y hay espacio para pasajeros que le acompañan.

Noa:



Octubre 2014



Mayo 2015

Octubre 2014: dibuja un sol, un niño del cole y nube con lluvia.

Mayo 2015: dibuja una casa con las ventanas cerradas, dice que cada miembro del grupo duerme en una habitación, dibuja una vaca, una niña de la clase y un sol.

Dice que nosotros estamos dentro, después de oírsele decir a Ignasi. Su aportación es que cierra las ventanas, mostrando una aproximación hacia los demás, pero aún con miedo. Representa objetos que ella tenía, ahora más organizados, como por ejemplo el sol y la figura humana, acompañados de elementos grupales.

Ignasi:



Octubre 2014



Mayo 2015

Octubre 2014: mucha lluvia, tempestad muy fuerte... Aprieta tanto el rotulador que agujerea la hoja.

Mayo 2015: dibuja una casa y cuatro círculos que nos representan a nosotros: Adrià, Noa, Gemma y María. Cuando decimos que falta alguien, se dibuja a sí mismo en el medio. Cuando acaba, dibuja un terremoto y un fuego.

Vemos una clara evolución ya que pasa de una descarga de los impulsos a una representación del grupo. Cuando se dibuja a sí mismo a nuestro lado, muestra muchos miedos.

Como conclusión general, observamos en los dibujos la introyección del grupo como un elemento que ayuda y contiene. La relación todavía despierta muchos miedos que es necesario seguir trabajando.

Así pues, podemos decir que, en el transcurso de los meses de tratamiento, los tres niños pudieron ir abriendo, poco a poco, las barreras de la fortaleza que tanto les parecía que les protegía, pero en la que tan solos se sentían, para ir dejando entrar y salir a sus compañeros de grupo, iniciando de esta manera momentos compartidos.

"Fem una rotllana com una magrana. Les mans agafades, mirem bé les cares. Els peus quietes...shht! Un, dos, tres".

"Hagamos un corro, como una granada. Las manos cogidas, miremos bien las caras. Los pies quietos... ishht! Un, dos, tres".

Canción de corro de Jaume Barri. ●

BIBLIOGRAFÍA

Alcàcer, B. y Viloca, Ll. (2014). La psicoterapia psicoanalítica en personas con trastorno autista. Una revisión histórica. *Temas de psicoanàlisis*, 7. Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanàlisis.org/wp-content/uploads/2014/01/LL-VILOCA-Y-B.-ALC%C3%81CER.LA-PSICOTERAPIA-PSICOANALITICA-EN-PERSONAS-CON-TRASTORNO-AUTISTA.pdf>

Alvarez, A. (2002). *Una presencia que da vida. Psicoterapia psicoanalítica con niños autistas, borderline, deprivados y víctimas de abuso sexual*. Madrid: Biblioteca nueva.

Busto, A. (1999). Abordaje psicoanalítico grupal en niños. *Revista Uruguaya de psicoanálisis*. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/apurevisita/1990/1688724719999007.pdf>

Centre educatiu i terapèutic Carrilet. (2012). *Comprensió y abordaje educativo y terapéutico del TEA*. Barcelona: Editorial Horsori.

Coromines, J., Fieschi, E., Grimalt, A., Guardia, M., Oromi, I., Palau, M. y Viloca, Ll. (2008). *Processos mentals primaris. Implicacions psicopatològiques i consideracions tècniques*. Barcelona: Fundació Orienta.

Gonzalez, S., Monreal, N., Morral, A., Recio, M., Vaimber, T., y Viloca, Ll. (2014). El tratamiento de niños con trastorno del espectro autista. Aportación multidisciplinar del centre terapèutic-educatiu carrilet. *Temas de psicoanàlisis*, 7. Recuperado de: <https://comunepersoal.files.wordpress.com/2014/03/gonzc3a1lez-monreal-morral-recio-vaimberg-viloca-tratamientos-carrilet.pdf>

Manzano, J. y Palacio, F. (1987). *Estudio sobre la psicosis infantil*. Barcelona: Editorial científico médica.

Sunyer, J. M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Torras de Beà, E. (1996). *Grupos de hijos y de padres en psiquiatría infantil psicoanalítica*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Winnicott, D. (1993). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

Winnicott, D. (1952). *La angustia asociada con la inseguridad*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicocanalisis.org/winnicott/anguidad.htm>

Reflexiones sobre la intervención online durante la situación de pandemia a partir de un caso ¹

– Mercè Quesada Pàmols ² –

Psicóloga Sanitaria. CDIAP Equipo 40. (Barcelona)



INTRODUCCIÓN

Estas líneas pretenden ser una reflexión en torno a los cambios sufridos en nuestro trabajo en el CDIAP ³ Equipo 40, a raíz de la crisis sanitaria originada por el COVID-19. La emergencia de la situación precipitó cambios en los modos de intervención en nuestro servicio como, imagino, en la mayoría de los servicios de atención de salud mental del país. Haré esta reflexión a partir de un caso, cuyo tratamiento continuamos vía telemática y que parece que permite dar pistas para reflexionar sobre qué efectos terapéuticos se han movilizad con esta modalidad de intervención. También puede aportar, a mi entender, elementos que pueden orientar respecto al nivel de gravedad del diagnóstico del TEA, ya que permite pensar sobre el por qué en este caso tuvo efectos y en otros no. En la mayoría de los casos de autismo severo o grave, ha sido imposible o casi imposible esta intervención. En casos como el que repasaremos aquí, con unas manifestaciones clínicas tipo TEA en ple-

na evolución, permite visualizar cómo se ha desplegado esta intervención y qué ha ido generando.

IRANTZU: LA NIÑA QUE SE QUERÍA SENTIR “1 CON”

Irantzu es una niña que llega a nuestro servicio a la edad de dos años y medio derivada por la guardería, ya que habían observado que era una niña que no interactuaba con los demás niños, no participaba en ninguna actividad propuesta y tampoco mostraba ninguna queja cuando algún niño de la escuela la había, incluso, llegado a morder. Los padres comentan que Irantzu muestra una fuerte reacción a las personas extrañas hasta el punto de que, aun con familiares cercanos, se mostraba muy reticente a cualquier interacción. Explican que, con frecuencia, en casa, cogía fuertes berrinches y les mordía y pegaba, sin que supieran el origen de estas reacciones. Relatan que lo empezó a hacer durante un verano, entre la finalización de la guardería y el inicio de la escuela infantil. También explican que Irantzu muestra un fuerte rechazo hacia el padre cuando están los tres y le muestra mucha rabia, rechazando su presencia. En unas primeras sesiones en el CDIAP y en el marco del proceso diagnóstico, se consigna como “sospecha TEA” ⁴, aunque es necesario tener en cuenta que las manifestaciones clínicas en el TEA femenino son muy diferentes y ello lleva a que en muchos casos

no se lleguen a diagnosticar hasta mucho más tarde (Lai et al., 2015). En atención precoz se trabaja para ir detectando y trabajando precozmente estos casos, tal y como veremos en esta intervención. En este caso, la niña presentaba capacidad para responder al reclamo de atención conjunta (pero no iniciarla), a veces mostraba alguna sonrisa de manera demorada en respuesta a una interacción social, rigidez mental y problemas de conducta, el lenguaje era confuso, caracterizado por el uso estereotipado de palabras y frases y en un tono completamente robótico. No podía construir frases de manera organizada o bien mostraba confusiones a nivel semántico. La pronunciación era a menudo inteligible. A nivel relacional, Irantzu iba completamente por libre en la guardería, no mostrando apenas interés por otros niños, incluso cuando éstos intentaban relacionarse con ella. La primera visita conmigo la realizan un poco más de medio año antes del confinamiento debido al COVID-19. En las primeras visitas, se observa una niña con mucha capacidad cognitiva, capaz ya de leer algunas palabras con dos años y medio o bien de dibujar figuras complejas.

PRIMEROS MESES DE ATENCIÓN PRESENCIAL

En estos primeros meses de intervención presencial, realizamos sesiones con la madre y la niña juntas ya que el padre, por cuestiones laborales, no puede asis-

tir al servicio. En un primer momento, la impresión es la de una niña con muchas dificultades de relación. Cuando me presento, se retuerce sobre sí misma para no tenerme que mirar. Se va escondiendo detrás de la madre y rechaza toda presencia que no sea la de ésta. Mi propuesta de relación estaba desestabilizando la seguridad de la niña y aparecían en ella fuertes ansiedades ante la diferenciación (Cruz y Villanueva, 2020). En las sesiones diagnósticas, puede no mostrar ninguna atención a la madre, fruto de una desconexión. Tiene una mirada penetrante, que traspasa, pero oscila entre un ir y venir de la relación ya que, a menudo, muestra una fuerte evitación de la mirada y la comunicación con el otro. Cuando conecta con la relación, siente como una gran necesidad de defenderse. Me hace sentir rechazo a nivel contratransferencial y siento muchas dificultades para acceder a ella. También me hace pensar en la necesidad que tiene de que yo sea muy poco invasiva. Y me dispongo a no mostrarme demasiado penetrante, como una manera de ir incidiendo de forma suave o, como dice Alvarez (2020), “ser más suavemente activos, intentando conseguir un contacto visual con más tacto o, a veces, incluso, ‘perseguir’ al niño un poco sin ser demasiado intrusivos- encontrar la distancia óptima psicológica y físicamente”. Tal y como proponen Cruz y Villanueva (2020), habría diferentes maneras de posicionarse tanto física como mentalmente ante estos niños, teniendo en cuenta terapeuta, niño y actividad u objeto. Siguiendo a los mismos autores, yo me dispongo en una atenta espera, observación y acompañamiento, mientras Irantzu va iniciando la actividad. Poco a poco, mientras la madre explica por qué consultan a nuestro servicio, Irantzu va explorando la cocinita del despacho y, mientras lo hace, se orina encima. La niña tiene una mirada como perdida ante el charco de pipí del suelo y parece como si no entendiera del todo qué ha pasado. A mí me lleva a pensar en la fuerte disociación con la emoción que conecta con el poder comenzar a explorar algo nuevo.

En esta sesión y al recoger la anamnesis con la madre, lo que destaca es un fuerte apego al pecho. En relación con

ello, a partir de los 16 meses, al destetarla, parece darse un cambio importante comportamental consistente en que la niña no duerme bien por las noches y se muestra muy inquieta durante el día. La describen como una niña tozuda, que no hace caso. Poco a poco, a través del relato que hacen de la niña, se van entreviendo unos padres que han hecho uso de la norma para poder relacionarse con la niña, tal vez impelidos por una actitud rígida de ésta. Ello queda reflejado en una actitud y tono robóticos de Irantzu y una dureza en la relación con el otro.

En las siguientes sesiones, Irantzu se muestra muy dura conmigo. Deposita en mí todo su malestar, excluyéndome de manera explícita, mostrándome todo

su rechazo. A medida que puedo ir sosteniendo esta conducta y no entrar en actuaciones al respecto, Irantzu se va liberando y puede ir incluyéndome, poco a poco, en sus juegos. Lo hace de manera que es ella siempre quien decide qué hacemos los demás y cómo. No admite diferenciaciones respecto a lo que ella tiene en mente, quizás asustada de comprobar que pueden pasar cosas que ella no espera. Lo muestra con un juego, en el que ella construye figuritas de plastilina y no quiere que yo ni nadie adivine qué son. Sólo quiere que miremos, calladas, sin decir nada. Tampoco deja que la madre toque las figuras ni la plastilina. Hace lo mismo durante algunas sesiones. Hasta que se produce un cambio importante



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

² mquesada@equip40.cat

³ Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz.

⁴ En el sistema de registro de la base de datos de diagnósticos de la red de CDIAP de Catalunya, aquellos niños que podrían ser sospechosos de diagnóstico de TEA, pero que todavía no cumplen los requisitos de este trastorno, o bien aquellos que se consideran en riesgo de desarrollarlo en un futuro cercano, se registran como “sospecha TEA”. Pasados unos meses, se debe revisar esta sospecha y confirmar el diagnóstico o bien retirar la sospecha.

respecto a la actitud hacia mí. Se da en una sesión en la que ella, desde el cuarto de baño (que está justo delante del despacho) y mientras defeca, me va explicando, muy animada y con ayuda de la madre, lo que había hecho en una excursión. Lo hace compartiendo esta experiencia de una manera completamente sentida y conectada con su interior, ante mi mirada que disfrutaba de escuchar lo que ella había vivido. Aquí ella podía conectar una emoción y compartirla conmigo, abriéndose un espacio para la mentalización. Al volver del cuarto de baño, el juego de las figuritas de plastilina se convirtió en que yo tenía que adivinarlas. Y ella parecía poder sostener que yo no lo adivinara y, por tanto, que yo fuera alguien externo que ella no podía controlar.

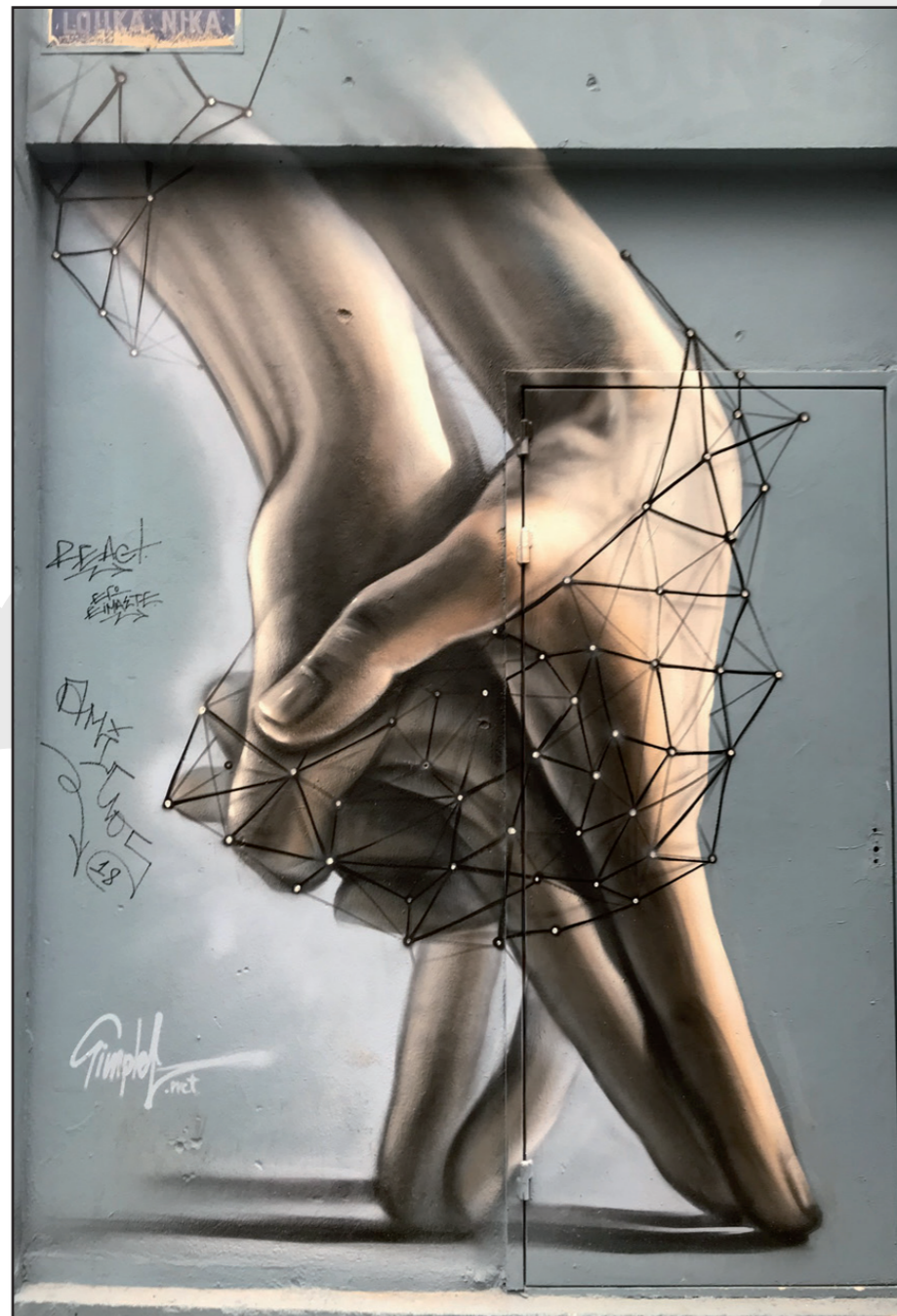
Es importante señalar, también, que, al finalizar cada sesión, Irantzu muestra muchas resistencias a marcharse. Lo muestra reteniéndose en el juego, sin poder expresar un no directamente, pero sí reflejando con su conducta una resistencia y un dolor. Tal como la madre explica que le sucedía en cada cambio de espacio, como al salir de casa o al salir de la escuela, mostrando unos miedos catastróficos al cambio. Ante estas reacciones de Irantzu, la madre se muestra poco firme, le cuesta asumir el dolor de Irantzu porque tal vez conecta mucho con su propio dolor. La madre tiene a toda su familia muy lejos, se siente sola en la crianza y dejar el único espacio donde se siente acompañada le hace sentir incapaz.

A la mitad del tratamiento presencial, las sesiones se van desarrollando con un poco más de espontaneidad por parte de Irantzu. Aparece un juego, muy significativo a mi entender, en el que ella dibuja repetidamente en la pizarra el número 1. Lo hace sin emoción, de manera muy mecanizada. Yo miro de convertirlo en un juego en el que Irantzu dibuja un 1 y lo celebramos. Ella corre enseguida a abrazarnos, a su madre y a mí, mostrando una risa que puede parecer mecanizada, pero que para mí es como un inicio de disfrute en el contacto físico, en lo sensorial, que permite una manera de estar con el otro, aunque de modo fusional. Ello se convierte en un juego muy habitual durante muchas sesiones. Aquí, la madre permite

a través del juego y la relación que Irantzu sienta ese “1” tan imprescindible para poderse relacionar a modo de “2”.

Vinculado a esta idea, otro juego que aparece ya de manera muy frecuente es el de esconderse. A veces sola, a veces con la madre (bien juntas y fusionadas). Otras veces, la madre sola y ella la busca. Y al revés. Aquí podríamos decir que empieza a aparecer una mirada hacia la diferenciación. Tal y como Fieschi (2016) explica: “... y el juego de hacer

“cucú-tras”, que según mi manera de ver es fundamental y muy útil para valorar el desarrollo del niño, ya que permite comprobar cuándo empieza la permanencia del objeto. En este juego podemos ver también la experiencia de la pérdida y el reencuentro del objeto; en ciertos aspectos tiene similitud con el “juego del carretel” descrito por Freud. Pero también se trata de un experimento que hace el niño, que explora las reacciones del otro cuando se encuentran con la mirada”.



CUANDO EL ESPACIO VIRTUAL SE CONVIERTE EN UN ALIADO PARA CONTINUAR LA INTERVENCIÓN

El primer encuentro telemático

Llega de manera repentina la emergencia sanitaria del COVID-19. El gobierno dictamina un estado de alarma en el que se pide un confinamiento total en casa, excepto para las personas que tienen trabajos y actividades de primera necesidad.

Acordamos con los padres continuar la intervención por videollamada. En la primera sesión, están la madre e Irantzu. La madre me explica que el padre también está en el comedor desde donde se conectan, pero que está teletrabajando. Irantzu pega un chillido cuando mi imagen aparece en su pantalla, se la ve emocionada a pesar de la cara rígida e inexpresiva. La madre necesita explicarme que, durante el confinamiento, tuvieron un susto con Irantzu ya que ésta se cayó de la cama, se desmayó y entró en shock. Avisaron al SEM⁵, ya que Irantzu se quedó inconsciente y no reaccionaba. Explican que estuvo quince minutos inconsciente. Los profesionales del SEM les dijeron que había sufrido un estado de shock. Después de este episodio, Irantzu se muestra muy inquieta en casa, me dice la madre. Tiene que estar muy pendiente de ella porque empieza a tener actitudes de riesgo como buscando la contención de los padres. Mientras explican este episodio, la niña me dice que yo no crezco y ella sí, como pidiéndome por favor que me mantenga sin cambios. Dice también que “las hojas de los árboles que veo por las ventanas caen”. Expresa que quiere disfrazarse de médico y le ayudan a buscar el disfraz. Hablo con ella de la situación vivida, cuando se cayó como las hojas de los árboles. Le pregunto qué pasó. Pero se muestra robótica y sólo puede enseñarme el disfraz, mostrar los instrumentos y nada más. Miro de verbalizar el susto vivido, de manera más general y no tanto referido a su persona y es entonces cuando expresa que “la mamá lloraba”. Le explico que se asustó mucho, pero que cuando vio que se despertaba y que estaba bien, se pudo calmar. En este sentido, podríamos pensar en el fuerte

impacto sufrido respecto a la situación de confinamiento. Y de cómo, posiblemente, expresó el susto a nivel corporal. A nivel social, no se pudo realizar un trabajo de anticipación de la situación de confinamiento. Fue de un día para otro, generando un fuerte impacto en toda la población, especialmente en aquellos niños con más dificultades para afrontar los cambios. Por un lado, podríamos pensar en que ya no tenía que hacer un esfuerzo para relacionarse con el mundo exterior, pero por el otro, había cambiado su día a día radicalmente y sin previo aviso (González et al., 2020). Durante el confinamiento, se dio un empeoramiento en el estado de Irantzu, mostrándose muy agresiva, pegando y mordiendo continuamente a los padres, mostrándose cada vez más asustada y opositora. Ante mí tenía el reto de reconectar a Irantzu en la relación conmigo y con el mundo exterior, que no había desaparecido. Tal y como comentan González et al. (2020): “La nueva realidad virtual debería convertirse en un espacio lo más estructurado, repetitivo y anticipable posible (...) Entender las videollamadas como un espacio donde vernos para, poco a poco, acabar convirtiéndose en un lugar de encuentro. La paciencia con la que entendemos los acercamientos de los niños con TEA a la ‘realidad presencial’ la debíamos trasladar a las experiencias online, dar tiempo para que el nuevo espacio se impregnase de relación. Era necesario repetir la experiencia para sentirla como algo que cuidaba, para estar seguro de que después de despedirse y desaparecer en la pantalla en negro, volveríamos a vernos al día siguiente”.

En este primer encuentro telemático, Irantzu está muy contenta de verme. Me muestra un dibujo del coronavirus que ha hecho para mí. Me enseña las trenzas que lleva, que son como las de “Frozen”. La madre interviene, enseñándome un dibujo lleno de garabatos y preguntándome qué me parece aquello, en un cierto tono de reproche hacia la niña... Le preguntó cómo le parece que se sentía Irantzu en ese momento. La madre me responde que “aparentemente bien...”.

Con este “aparentemente” ya me daba a entender que la madre podía ir mentalizando sobre la conducta de su hija, usando los parámetros ya trabajados en las sesiones presenciales. Hablamos de que ya vamos sabiendo que Irantzu a menudo no puede conectar con lo que siente. Y nos preguntamos qué le debía de preocupar en ese momento. A pesar de no poder dar del todo una respuesta, el espacio donde poderse preguntar a qué respondía una conducta y poder pensar el significado se iba abriendo.

Seguidamente, la madre explica, dirigiéndose también a la niña, que después le pidió que le hiciera otro dibujo porque aquél “no me gustaba”. Irantzu muestra por la pantalla su dibujo: representa a ella y a su madre. Antes de que yo pueda intervenir, la madre comenta preocupada que hoy Irantzu se ha orinado encima. Me dice que “si hoy no se hace más pipís encima, ya le hemos dicho que le daremos su postre favorito”. Me voy preguntando en voz alta, a manera de poder pensar conjuntamente, qué la debe de estar intranquilizando. La madre queda callada, hace un gesto de no saber. Digo que estamos confinados, que no ve a la maestra, a los niños de la escuela, a los abuelos, que no puede salir a la calle... Irantzu enseguida me dice que “no veo a Montse” (la maestra) y que “está en la escuela, pero no se puede ir”. Le clarifico que ella también está en casa porque nadie puede salir e Irantzu responde: “¡mataré al bicho!”. Se lo valido y le digo: “¡qué ganas de matar a este pesado!”. La madre me dice que Irantzu está obsesionada con salir al balcón y que le toque el sol, que se le hace duro. Poco a poco va conectando con el sufrimiento de Irantzu. Está sorprendida de haber escuchado en boca de la niña que quiere ver a la maestra. Tal vez eso lleva a pensar a la madre en que la semana siguiente seguramente tendrá que ir a trabajar. Y que ello comportaría que Irantzu se quedara sin tanta atención de la madre. El padre la tendrá que cuidar mientras teletrabaja y están preocupados por cómo podrán llevarlo a cabo. Seguidamente, me dice que cuando Irantzu se enfada muestra “esta cara”

⁵ Servicio de Emergencias Médicas.

(pone cara de enfado, con arrugas en la frente). La niña y ella ponen esa cara, esa expresión a través de la pantalla. Irantzu lo hace como mecanizado, con un gesto desconectado ahora del estado emocional. Les pregunto “¿y qué le debe de hacer enfadar a Irantzu?”. Entonces Irantzu pide jugar a poner caras serias y aguantar todo lo que podamos sin reír. La madre acaba de explicar que cuando se enfada Irantzu tienen que hacerle cosquillas para que se le pase.

Va llegando el final de la primera sesión telemática. Al verbalizarlo, es Irantzu quien dice que ella quiere colgar la videollamada (con un lenguaje desorganizado, confuso y al que la madre intenta ir organizando para entenderlo bien). Ello me hace pensar en las sesiones presenciales, en cómo vivía los finales de manera catastrófica y que aquí tiene un acceso más activo para manejar ese final. Pienso que es un nuevo instrumento, facilitado por lo telemático, gracias al cual ella puede tener control, el manejo de la situación; tan imposible y difícil en las relaciones presenciales.

SESIONES TELEMÁTICAS POSTERIORES

En las siguientes sesiones por videollamada (las hicimos durante unos tres meses, aproximadamente, con frecuencia semanal), entran en escena muchos aspectos que no podían ser contemplados en las sesiones presenciales. Entre estos aspectos, sobre todo, están los de dinámica familiar, ya que el padre va entrando en escena. También porque están en su ambiente natural y el setting queda delegado, en parte, en sus manos. El hecho de que se realice en formato de videollamada lleva a que surjan muchos aspectos nuevos a tener en cuenta en referencia al setting, como por ejemplo que se conecten en uno u otro espacio de la casa. Incluso en algún caso, nos hemos encontrado con que se conectaban por la calle o en la playa. O bien con unas personas o bien con otras. Algunos niños buscaban la conexión en soledad, sin los padres. En el caso que nos ocupa, el padre decidió trabajar en el mismo espacio, mientras la niña y la madre estaban llevando a cabo el tratamiento del CDIAP. Hay varios aspectos que como terapeutas hemos dejado de controlar como hacíamos

antes y que ahora debemos poder pensar si tienen que ser incluidos en el setting o bien marcar más claramente cuáles deben ser las condiciones para poder realizar el tratamiento, existiendo siempre una franja donde se deberá confiar en que el otro lo cuidará y entenderá la importancia de hacerlo así.

O, también, aspectos que tienen más que ver con el hecho de encontrarnos a través de una pantalla: un espacio bidimensional que contiene, no obstante, uno tridimensional que tendríamos que ir encontrando poco a poco. Recuperando una intersubjetividad, algo construido entre nosotros, en un mundo interior que no se ve reflejado en la pantalla. En definitiva, un “espacio transicional” (Vaimberg, 2020), ya que en la pantalla se produce un continuum entre el espacio interior y el exterior.

En las siguientes sesiones, se inicia de nuevo el juego de adivinanzas, pero adaptado al hecho de que lo hacemos a través de la pantalla. Me propone adivinar el color de los objetos que me muestra. También me permite a mí hacerlo, mostrando también colores y juguetes de los que ella debe adivinar el color. Resulta que la pantalla ofrece una tonalidad diferente y ello también permite proponer, implícitamente, la idea de que ahora es un encuentro que parece menos real, menos cercano. Pero como a lo largo de las sesiones vamos mostrando siempre los mismos objetos, vamos recordando de qué color es cada cosa. Hecho que también promueve ir interiorizando que ahora es un nuevo encuentro, en un espacio diferente, pero con el que, poco a poco, nos vamos familiarizando.

Reaparece, también, el juego del escondite. La pantalla es el escenario que nos permite jugarlo. Yo lo hago desapareciendo de la pantalla. Ella lo hace escondiéndose detrás de una sábana ante la pantalla o debajo de un enorme osito de peluche al que me hace preguntarle “¿dónde está Irantzu? ¿La has visto?” y al que la madre le pone voz. A lo largo de estas sesiones, el padre se va incorporando al trabajo terapéutico y también juega a esconderse con la niña. Ya no se queda tanto fuera de la diada y la niña le va incluyendo en el juego (durante el

trabajo terapéutico yo he hecho de tercero y, además, el trabajo telemático en el que el padre tiene más posibilidades de asistir ha ido consolidando su figura como tercero).

También jugamos con unas marionetas de dedo que tengo preparadas para las sesiones telemáticas. Son marionetas de animales que a Irantzu le recuerdan a las canciones del grupo de música que siempre escucha. Le encanta que yo las haga bailar mientras escuchamos las canciones. Se muestra emocionada, a nivel corporal, con voz de chillido, poco regulada, poco integrada. También acaba incluyendo a las marionetas en el juego del escondite. Me pide que las vaya escondiendo y ella las busca. O bien, que una de ellas busque a las otras. Yo lo escenifico, escondiéndolas detrás de mi cabeza. La marioneta restante las busca. Pero jugamos con la percepción de que ellas cambian de lugar mientras son buscadas e Irantzu lo puede presenciar y reír explosivamente mientras la otra no las pilla. Ella le va dando pistas de dónde están, pero siempre se escapan hasta que las encuentra después de un rato. A nivel técnico, me ha hecho pensar en cómo abordar estas situaciones donde la presencia no física no permite al niño ejecutar acciones sin tener que hablar, sólo dirigiéndose con la acción. Quizás en sesiones presenciales, Irantzu me hubiera podido coger las marionetas, hacerlo ella. O bien, indicarme, cogiendo alguna marioneta, que las dejase de esconder, por ejemplo. En el caso de Irantzu, al tener más habilidades comunicativas que tal vez otros niños con diagnóstico de TEA, podía expresar de alguna manera con lenguaje lo que quería. Pero para los niños que no tienen esa habilidad tan desarrollada como ella puede haberles resultado una situación demasiado frustrante. Tal vez el hecho de sentir que no pueden continuar creyéndose una omnipotencia de control del mundo exterior, habrá hecho sentir a estos niños que la situación era incontrolable y, por tanto, demasiado angustiante. Irantzu, en cambio, como otros niños, se encontraba más en el momento ya de haber sentido que no me controlaba del todo y, por tanto, que debía expresar lo que

quería de mí. Quizás también a base de haber experimentado previamente en la relación con la terapeuta unas pequeñas sorpresas o frustraciones “encajables” de manera progresiva. Aquellos niños que todavía necesitan cogerte la mano, de manera indiferenciada, para retirártela de algún sitio o bien ponértela en algún lugar para pedirte que actúes, se habrán visto superados en la atención telemática por la situación, empujados a mostrar de una manera más diferenciada del otro lo que querían.

Una de las vivencias más fuertes como terapeuta, ante la situación telemática, es la de lidiar con la “falta de presencialidad”. Sientes que ya no estás tan presente como en la relación “cuerpo a cuerpo” y tienes la necesidad de equipararlo con la relación presencial. A menudo, mostrando mucha más proximidad en el trato y nombrando mucho más al otro, para que se sienta tenido en cuenta (Weinberg, 2020).

Al finalizar la situación tan estricta de confinamiento, reiniciamos las sesiones presenciales, aunque de manera menos frecuente. Lo más importante fue poder mostrar a Irantzu las marionetas de dedos que sólo había conocido virtualmente. Es lo primero que ella me pidió que le enseñara al reencontrarnos. Pudo comprobar que aquello fue real, vivido y compartido por nosotros cuatro. Ella había podido continuar un hilo, que sintió roto y que le hizo sentir completamente perdida, mostrándolo posiblemente en el estado de shock que sufrí justo al empezar el confinamiento. El espacio telemático pudo ofrecer una puerta de entrada al padre, que no había podido participar del tratamiento y el cual también fue clave para poder ir creando unos vínculos más fuertes entre los dos padres y la niña.

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES FINALES

Aunque la vía telemática no llegue a todos los niños con TEA, seguramente puede ser un buen aliado en algunas situaciones. La pandemia ha forzado este tipo de intervención, pero ahora se abre una etapa de reflexión para poder ir incluyendo los aspectos que han podido beneficiar a las familias que atendemos,

al menos a mi modo de entender y de haberlo experimentado. En esta familia, permitió incluir al padre en el tratamiento y permitió continuar con un espacio seguro que, probablemente, palió el sufrimiento familiar y, sobre todo, de la niña. Es necesario destacar, que también fue duro contener ansiedades tan primitivas cuando, precisamente como terapeuta, también sufría una situación de confinamiento. El apoyo del equipo fue básico en esos momentos. Se realizaban más sesiones clínicas y reuniones de las habituales, lo que fue de gran ayuda para poder enfrentarnos a la situación que estábamos viviendo tanto a nivel individual como grupal y de servicio.

Añadiré como reflexión final que a los niños se les ha respetado muy poco durante el confinamiento, ya que perdieron todos sus derechos de golpe. A la vez, se les estaba repitiendo demasiadas veces que se estaban adaptando muy bien y hay quien se pregunta si lo que realmente sucedía no era que lo que hacían era “protegerlos” (Ramírez, 2020). Todo ese sufrimiento y contención parece que actualmente va emergiendo como una señal de que, afortunadamente, tampoco se han adaptado tan bien. Las escuelas, los equipos de salud mental y otros servicios cercanos a la infancia, deberemos estar muy atentos a lo que vaya surgiendo para poder acompañar y validar lo que se ha sentido y sufrido y todavía se sigue sufriendo. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez, A.** (2020). A propósito del elemento de déficit en niños con autismo: psicoterapia basada en el psicoanálisis y factores del desarrollo. *Revista eipea*, 9, 8-18. Recuperado de: <http://www.eipea.com/>
- Cruz, D. y Villanueva, R.** (2020). Importancia del trato en la escuela como factor terapéutico en TEA. *Temas de psicoanálisis*, 19, 1-30.
- Fieschi, E.** (2016). Descubrir, repetir, jugar: El juego, las sensaciones, las ansiedades en los niños con trastorno del espectro autista. *Revista eipea*, 1, 28-32. Recuperado de: <http://www.eipea.com/>
- González, S., Farrés, N., Calvo, A., Monreal, N., Mestres, M. y Sánchez, E.** (2020). Reptes i reflexions entorn l'alumnat amb Trastorn de l'Espectre Autista (TEA) durant el context de pandèmia. *Àmbits de psicopedagogia i orientació*, 53, 60-72.
- Lai, M., Lombardo, M., Auyeung, B., Chakrabarti, B. y Baron-Cohen, S.** (2015). REVIEW Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scence for Future Research. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54 (1), 11-24.
- Ramírez, E.** (2020). No, los niños no se están adaptando bien. *Publicació de la pàgina web del Institut Europeu de Salut Mental Perinatal*. Recuperado de: <https://saludmentalperinatal.es/2020/11/14/no-los-ninos-no-se-estan-adaptando-bien/>
- Vaimberg, R.** (2020). Del Diván, el grupo y el escenario a la pantalla. *La hoja de psicodrama*, 70, 50-59. Recuperado de: <http://lahojadepsicodrama.es/del-divan-el-grupo-y-el-escenario-a-la-pantalla/>
- Weinberg, H.** (2020). From the Couch to the Screen. Online (Group) Therapy. *Newsletter of AGPA*, 3. Recuperado de: https://www.agpa.org/docs/default-source/practice-resources--group-circle/group-circle-winter2020-final.pdf?sfvrsn=1b0f98a9_2

Atención pública en la salud mental de los niños y jóvenes con TEA en Catalunya. El CSMIJ¹ de Tarragona

Equipo *eipea*²

INTRODUCCIÓN

Resulta redundante, pero no menos vez, decir que este último año de pandemia nos ha cambiado a todos la vida, la manera de relacionarnos y también nos ha obligado a encontrar otras maneras de estar en el mundo, de situarnos en los diferentes espacios y contextos, buscando la manera de no perder espacios comunes y compartidos, luchando contra el sentimiento de peligro y aferrados a la necesidad de relación. El sucedáneo telemático ha sido un respiro, pero nos hurta los matices, las complicidades y el lenguaje del cuerpo, tan necesarios para conocer y comprender al otro. El uso ya asumido con abnegación de la mascarilla nos ha enseñado y nos enseña, también, a leer las miradas como quien escruta un pedazo del mundo interno del otro, un señuelo irrenunciable, y nos obliga a asumir riesgos interpretativos.

La Revista *eipea* nació con el deseo y la determinación de compartir el conocimiento, de compartir artículos, experiencias, pero también de dar a conocer equipos humanos que día a día cuidan y tratan a las personas con TEA y a sus familias y hacerlo de la manera que nos parece más honesta, desde la conversación y el diálogo, desde el conocernos para conocer y poder compartir con las lectoras y los lectores qué hacen y qué les desvela su trabajo.

La pandemia nos ha puesto palos en las ruedas, como no podía ser de otra manera, a la hora de salir y realizar los reportajes que tanto valoramos y disfrutamos, reportajes que nos han permitido compartir con los lectores y las lectoras la

experiencia de equipos humanos y establecer vínculos personales y profesionales que guardamos con gran afecto con personas que trabajan en el mundo del autismo.

La amabilidad y disponibilidad del CSMIJ de Tarragona, de Pilar López Fraile, psicóloga clínica y coordinadora del servicio, y de los profesionales que en él trabajan, junto a nuestra determinación de no renunciar a salir y conocer, nos ha permitido recuperar una vez más este formato que tanto nos agrada y poder compartir en este número un nuevo reportaje.

Contactar con Pilar y ponernos de acuerdo fue sencillo. A pesar de las complejas circunstancias y la desazón que suponían los desplazamientos, atentas a las restricciones de movilidad, decidimos encontrarnos, presencialmente, en el CSMIJ de Tarragona para compartir una mañana y conocer el servicio, los profesionales que en él trabajan y su realidad asistencial.

CSMIJ DE TARRAGONA, EL SERVICIO

Llegamos al CSMIJ de Tarragona y nos encontramos con Pilar, Olga Ibáñez, trabajadora social y Sílvia Acosta, la psicóloga clínica del servicio referente de la Unidad Funcional o franja de pequeños y sus familias, de la que también forman parte Pilar, Olga y una psiquiatra. Más adelante, hablaremos de cómo han ido especializándose, dado que la población a la que atienden, hasta los 18 años, es muy diversa por edad y también por patología y circunstancias. Nos reciben con

la amabilidad y el afecto que ya intuíamos en el primer contacto telefónico y nos conceden tres horas de su tiempo, que en un servicio de estas características es un bien muy preciado y escaso, porque comparten con nosotras el convencimiento de que es importante poder explicar cuál es su trabajo y en qué circunstancias y contexto se da, para ponerlo en valor, pero también para revisar el trabajo hecho.

Pedimos a nuestras anfitrionas que nos expliquen cuál ha sido la trayectoria y cuáles son las funciones y ámbitos de actuación de su servicio. El CSMIJ de Tarragona nace como servicio concertado en los años 90, teniendo como base un dispositivo de salud mental comunitaria desde los años 70. Actualmente, es un equipo de 18 profesionales que ha crecido mucho en los últimos diez años a partir de la implantación del Modelo de Primaria y que implica la implementación de programas de prevención de la enfermedad y el desarrollo de tareas de investigación y docencia en el ámbito de la salud mental.

El CSMIJ de Tarragona es un servicio público gestionado por el Instituto Pere Mata, entidad de servicios de salud mental que administra una amplia red de dispositivos de titularidad pública: desde los servicios especializados de la red ambulatoria para adultos, niños y jóvenes menores de 18 años, hospitales y centros de día o los recursos de hospitalización y otras especialidades. Desde el año 1983 ha desarrollado una importante actuación relacionada con la docencia, investigación y formación.

El CSMIJ, el servicio que nos ocupa, es un servicio básico de atención ambulatoria especializada en atención psiquiátrica y salud mental, dirigido a las personas, menores de 18 años, que presentan un trastorno mental, en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad, que por su gravedad y/o complejidad no pueden ser atendidas únicamente desde el ámbito de los servicios de Atención Primaria de Salud. Cualquier persona menor de 18 años puede acceder al CSMIJ derivada desde pediatría, médico de familia o desde los recursos de protección a la infancia o justicia juvenil con los que se contemplan programas específicos para la atención, aunque siempre que sea posible se intenta que la demanda venga canalizada por su pediatra y respete la sectorización según la población de procedencia.

Desde el CSMIJ se atiende a la población de las áreas básicas de salud (ABS) de Constantí, Tarragona, El Morell, Torredembarra, Salou, Vila-Seca, Bonavista y Torreforta. Ello supone una población de referencia de 253.129 personas, de las cuales 50.057 son menores de 18 años. La población atendida el año pasado fue de 1.405 niños y adolescentes, un 2,8% de la población general y, de éstos, 414 tenían un diagnóstico de TEA.

Con estos datos asistenciales, preguntar por la lista de espera es obligado. ¿Cuánto tiempo de promedio tienen que esperar los niños para ser atendidos en un servicio que debe dar respuesta a una población tan extensa? Tienen lista de espera, como no puede ser de otra manera, y hablaremos de ello más adelante, también de cómo han ido gestionándola desde diferentes planteamientos terapéuticos.

Nos explican que atienden sobre todo la gravedad y momentos críticos en el curso del trastorno. Esta atención de la gravedad ha permitido una gran especialización en trastornos mentales graves. Nos hablan de un aumento en los últimos años de los casos de TEA, sobre todo atribuible a una detección y diagnóstico más precoces y minuciosos y que ha supuesto una mejora progresiva en la formación de los profesionales de los servicios y también de los derivadores.

Su ámbito de actuación incluye:

- Actividades dirigidas a la comunidad para favorecer la sensibilización, prevención y abordaje de los problemas de salud mental en la población
- Diagnóstico psiquiátrico
- Diagnóstico psicológico
- Diagnóstico social
- Diagnóstico de enfermería
- Elaboración del Proyecto Terapéutico Individualizado (PTI)
- Tratamiento psicofarmacológico
- Tratamiento psicoterapéutico individual
- Tratamiento psicoterapéutico familiar
- Tratamiento psicoterapéutico grupal
- Atención a las familias
- Atención de trabajador social
- Atención de enfermería
- Atención y apoyo a los equipos de los Centros Especiales de Escolarización
- Atención y apoyo a los equipos de los Centros Residenciales de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia

MODELO DE PRIMARIA

El Modelo de Primaria nace el mes de marzo del año 2018 en el CSMIJ de Tarragona. La idea surge de la necesidad de valorar la gravedad psicopatológica para decidir qué casos deben ser atendidos en el CSMIJ y cuáles pueden serlo desde el ABS. Diferentes psicólogos y psiquiatras del CSMIJ se desplazan a las ABS que tienen asignadas, aproximadamente dos por profesional, para realizar las interconsultas con los profesionales de pediatría y decidir sobre la conveniencia o no de derivación o buscar el recurso más adecuado. Pilar nos explica que este modelo ha permitido descongestionar un poco el servicio y garantizar una mejor atención a la gravedad. El hecho de compartir información entre diferentes disciplinas, explica Pilar, promueve clarificar cuál es la función de cada servicio y que las derivaciones sean cada vez más ajustadas: *“En la práctica y con el tema COVID, ahora mismo vemos casi todo síntoma de salud mental en las ABS, es difícil que ellos puedan asumir los casos (se refiere a la saturación de las ABS a causa de la patología médica derivada de la COVID-19). Si que en algunas ABS se han hecho una idea de que hay casos que no va bien derivar al CSMIJ o al psicólogo... ya empiezan a conocer mejor cuál es el recorrido asistencial, el recurso...”*. Olga apunta: *“hay una necesidad de poder compar-*

tir, que los pediatras se hagan cargo de la importancia de la vida emocional de los niños más allá de los aspectos de salud física”. Pilar añade que para ellas *“también ha sido un aprendizaje, la parte médica no la teníamos tan presente, es una buena experiencia en este sentido, y conocer su trabajo...”*. Estamos de acuerdo en la importancia de compartir perspectivas y complementar miradas.

De los niños que no son derivados al CSMIJ se hace un seguimiento por parte de un psicólogo en el ABS y se hace un retorno al pediatra; como dice Sílvia: *“Es un recurso diferente, pero el equipo es el mismo”*.

A pesar de ser un modelo de implantación reciente y de que necesita todavía ir ajustándose, valoran muy positivamente el efecto que ha tenido en la atención en el CSMIJ y el refuerzo del trabajo en red, tan necesario siempre y especialmente en el momento actual. Conocer de cerca las circunstancias de trabajo de los servicios con quien comparten usuarios ayuda a generar actitudes de cuidado mutuo: *“Este último año, en muchos momentos, no podíamos pedir más a pediatría, había un riesgo alto de colapsar la primaria entre los problemas habituales de salud como los constipados y los problemas de salud mental”*.

La misma tarea de coordinación que se realiza con las ABS se lleva a cabo tam-

¹ Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
² Texto redactado por Susanna Olives Azcona.

bién con el CDIAP³. Allí va Silvia, “es la referente de niños pequeños, de menores de seis años y sus familias”. Compartimos su parecer de que valorar adecuadamente y de forma precisa, diagnosticar y entender de dónde nacen las dificultades ayuda a dar la mejor respuesta asistencial a cada caso, con el recurso más conveniente.

Desde la implantación del Modelo de Primaria, valoran una reducción importante de la lista de espera para las primeras visitas, han pasado de tres meses a uno y en las derivaciones preferentes la espera es de un máximo de diez días, explican satisfechas.

ATENCIÓN A LOS NIÑOS CON TEA. GRUPOS TERAPÉUTICOS

Hablar de la atención a los niños con TEA nos lleva a hablar de grupos terapéuticos. Aunque el Modelo de Primaria ha supuesto una mejor gestión de la presión asistencial, son necesarios otros recursos para dar respuesta a la gran cantidad de demandas que recibe el servicio. Los grupos psicoterapéuticos son un recurso muy útil que, a la vez, permite dar atención a un mayor volumen de niños.

Como mencionábamos con anterioridad, con el paso de los años y la experiencia, en el CSMIJ han ido tendiendo a cierta especialización entre los diferentes profesionales; como recuerda Pilar, “es muy relevante tener en mente cómo están los padres en cada franja de edad. Los niños son diferentes y los padres también (en cada etapa evolutiva)”.

Silvia es la psicóloga que se ha ido especializando en la atención a los niños más pequeños. Nos explica que ha ido disminuyendo la edad a la que llegan los niños al CSMIJ y ello ha supuesto también un reto organizativo. Como nos tiene que dejar porque espera una visita en breve, se da prisa en explicarnos el motivo de la caída en la edad de llegada y es que “la franja de pequeños es un proyecto que venía de la Generalitat”. Añade: “Hay tres proyectos, nosotros somos uno de ellos y la sensación es muy positiva. El hecho de ir al CDIAP un día a la semana para coordinarnos y



Sala para la acogida de grupos terapéuticos de niños.

compartir los casos, ha ayudado mucho. Es como una unidad funcional de pequeños que se propuso con la intención de que nosotros fuésemos los equipos piloto y en algún momento se expandiera por todo el territorio. Por falta de recursos ha quedado colgada. Las coordinaciones son entre CDIAP Santa Tecla y CSMIJ. Es una pena... pienso que es una experiencia muy valiosa, se hace mucho trabajo, un trabajo que de no hacerse de esta manera es muy difícil hacerlo... creo que en algún momento alguien debería poder decir que la experiencia tiene que darse en más lugares”.

En cualquier caso, la incorporación de niños pequeños, la mayoría ya diagnosticados de TEA por el CDIAP, las llevó a pensar en la necesidad de crear un pequeño equipo dentro del CSMIJ especializado en infantil. Pilar reconoce que “hasta que no tengamos un nuevo profesional será complicado... poco a poco iremos formando el equipo de pequeños”. Nos explican también que la mayor parte de niños y familias, a pesar de llegar a edades muy precoces, ya han hecho un proceso terapéutico y que, en cualquier caso, una vez pasan al CSMIJ, la atención a los TEA está muy compartida con la atención privada, no sólo a nivel psicoterapéuti-

co, sino también en lo que hace referencia a otras especialidades, ya que en el CSMIJ, por las características del servicio y la población tradicionalmente atendida, no disponen de logopeda ni tampoco de psicomotricista.

Una vez los niños son acogidos en el CSMIJ, la atención recibida dependerá de las necesidades del niño y de la familia y del contexto en el que se encuentren. Olga nos explica que “de todos los niños con TEA que hay de la franja de pequeños, más o menos todos pasan por el grupo psicoeducativo de padres, hay muchos casos que acaban complementados con las becas MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) y recibiendo atención semanal privada donde realizan parte del abordaje con psicopedagogía, logopedia... hay casos en los que aquí básicamente lo que se hace es un seguimiento cada tres meses... o desde Trabajo Social una vez al año para valorar y ver cómo van las adaptaciones a la escuela, si tienen todas las prestaciones en marcha o cómo está la familia... y desde enfermería también, mínimo una vez al año. Y hay casos a los que vemos con una frecuencia más intensiva, semanal y quincenal, de otros se hace seguimiento farmacológico, sobre todo, seguimiento de los que están

a punto de entrar en el hospital de día... trabajo más indirecto con los padres... varía mucho en función del caso y del momento”. Pilar añade con franqueza que “nosotros no podemos dar visitas semanales o quincenales a todos los usuarios... damos visitas frecuentes a pacientes que están en momentos críticos (...) intentamos hacer un trabajo con la familia, que pueda tener una conciencia y conocimiento del niño y entender las necesidades que tiene en cada momento... a veces, sobre todo los niños con TEA, deben buscar otros recursos, pero sabiendo lo que necesitan”. A pesar de las dificultades para atender con alta frecuencia a todos los niños y las familias, en aquellos casos en que las familias presentan dificultades sociales graves o patología mental, la atención es más intensiva y se lleva a término por parte de profesionales de diferentes disciplinas. La atención depende de cada caso, de cada momento del niño y de la familia y de los diferentes ámbitos de su vida donde van encontrando obstáculos a los que es necesario dar respuesta.

Pilar confiesa que “probablemente lo ideal para la mayoría de los niños que atendemos sería tener una psicoterapia semanal”. “O tener un hospital de día de pequeños... soñamos con ello”, añade Olga, “ya que ahora mismo el hospital de día de adolescentes es para niños entre 12 y 18 años, tenemos la suerte de tener este servicio que nació hace pocos años y ha representado una gran mejora para estas edades”.

A pesar de ser muy conscientes de la realidad del servicio, no renuncian a proyectar lo que, desde criterios estrictamente clínicos, sería deseable para atender a los niños más gravemente afectados, entre ellos, los niños con TEA.

En cualquier caso, valoramos el hecho de que las familias puedan tener un espacio de referencia público, como es el CSMIJ, más allá de los recursos externos privados. Nuestras anfitrionas reconocen que su servicio supone un acompañamiento importante para las familias y que, con independencia de los caminos

terapéuticos que elijan, no dejan de realizar los seguimientos y concurrir a las visitas con los diferentes profesionales que les ofrecen acompañamiento.

Los grupos terapéuticos son un instrumento muy útil y suponen un valor añadido: poder atender más niños en menos tiempo, a pesar del trabajo indirecto que supone y la complejidad organizativa. Pero también, y no menos importante, es el hecho de que los grupos de trabajo estructurados, como explica Pilar, promueven el establecimiento de estructuras terapéuticas que permanecen más allá de los profesionales: “los grupos han hecho mucho de elemento de cohesión del equipo. Hubo una época en la que se fueron algunos profesionales. Pensé que sería bueno que hubiera estructuras más cohesivas, que, aunque una persona se fuera, el programa pudiera seguir adelante... También ha ayudado que todos los grupos tengan la misma supervisora, supone un lenguaje común a todos los grupos”.

El hecho de trabajar con grupos terapéuticos requiere un conocimiento previo de los niños para valorar de la manera más precisa posible qué niños son agrupables entre sí y quiénes tal vez no lo son tanto. Pasa lo mismo con las familias que pretenden agrupar. Olga y Silvia forman equipo en la atención a los más pequeños de manera individual y también en los grupos terapéuticos de los niños con TEA y sus familias. Como afirma Olga, “si los niños están repartidos entre todo el equipo es más difícil... ahora tenemos en marcha dos grupos psicoeducativos de padres, de la misma franja de edad, pero unos con funcionamiento más preservado y otros con más discapacidades y a partir de aquí ya vas pensando qué grupo de niño montarías. Si distribuyes toda la población entre todos los terapeutas es más difícil montar un grupo de edad”.

Hablamos del cambio que supone a nivel de intensidad asistencial el paso del CDIAP al CSMIJ para los niños y sus familias y de cómo los grupos de pequeños intentan compensar y facilitar esa transición. Silvia nos explica que el aumento

de niños más pequeños -son derivados desde el CDIAP o pediatría en torno a los cuatro años- es relativamente reciente y ha supuesto la necesidad de generar espacios terapéuticos ajustados a esa franja de edad.

Nos hablan de los grupos y también de los cambios que han ido experimentando a lo largo de los años. Inicialmente, consistía en grupos estables de larga duración, de hasta tres años, formados por cuatro o cinco niños gravemente afectados de TEA. Olga rememora los grupos con perfiles de niños graves y afirma que “eran grupos semanales, eran de larga duración porque un curso con niños tan afectados era muy poco tiempo... y se daba una evolución muy potente”. Estos grupos eran estables, pero con flexibilidad para incorporar algún niño cuando se interrumpían por vacaciones.

Con el tiempo, estos grupos fueron adaptándose al perfil de los niños que llegaban al servicio y también a la creciente demanda. Ello motivó que los grupos tuviesen una duración inferior: “grupos de tres años era ya un lujo que no podíamos sostener”, admite Olga. Acotaron los grupos a un curso escolar manteniendo la frecuencia semanal. Silvia nos explica: “seleccionamos dos grupos de niños, uno de 4 y 5 años y otro de 6 y 7. Para diferenciarlos les dimos nombre por primera vez, nos ayudó mucho a darles identidad, uno era el grupo Niu⁴ y el otro Balma⁵”. La selección de los niños que quedarían agrupados era un aspecto de capital importancia y que requería un cierto tiempo para conocer a los niños individualmente y también en situación grupal. No hay nada más complicado que agrupar niños que no quieren o no pueden formar grupo. Como nos explica Olga: “de entrada, decíamos, tenemos que poder hacer como un grupo diagnóstico, que nos podamos orientar porque después, cuando tienes un niño en el grupo, es muy diferente a verlo en individual... en el grupo, a veces, hay niños que no pueden sostener el espacio grupal, la mera presencia de los demás niños les angustia mucho... Decidimos realizar un proceso

³ Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz.

⁴ Nido, en catalán.

⁵ Especie de cueva, en catalán.

diagnóstico y de selección de tres o cuatro sesiones para así hacernos una idea de hasta qué punto la familia se comprometería y podría sostener las visitas cada semana y también para conocer un poco a los niños. Montamos esta idea para preseleccionar”. Nos confirma con satisfacción que los últimos grupos se pudieron sostener en el tiempo. “Este recurso que tenemos es un pequeño tesoro que creemos que es necesario asegurar”, confiesa Sílvia.

Nos hablan también de lo que supuso para los grupos la llegada del confinamiento causado por la pandemia. La pérdida de la presencialidad supuso tener que generar otros recursos. Tuvieron que tomar decisiones rápidamente en un momento de gran incertidumbre y de informaciones cambiantes y contradictorias. Decidieron mantener por vía telemática el grupo de padres, no contaban con la posibilidad de sostener por esta vía los grupos de niños, pero desde los niños del grupo Balma nació la demanda. Nos explican que aparecían detrás de los padres, atentos a las pantallas algunos, otros interesados con mayor distancia. De este deseo nació Balma Pantalla. Sílvia recuerda que “fue muy extraño, pero muy bonito, nos íbamos reinventando y

no sabíamos qué teníamos que hacer...”. Intuían que, por las características de los niños, tendrían que encontrar nuevas maneras de mantener el vínculo entre ellos y dar respuesta al interés que mostraban por mantener el contacto. Lo hicieron a partir de compartir los videos que los padres enviaban al grupo. Compartir los videos requería un trabajo previo de las terapeutas para secuenciar, ordenar el material que enviaban las familias para que fuera lo más significativo posible para el resto de los compañeros. El hecho de grabar los videos, cada niño en su casa y con la posibilidad de borrar, repetir y modificar si lo necesitaban o encontrar el momento conveniente en que tuviera ganas y deseo de dirigirse a los compañeros, posibilitaba mantener los vínculos sin pedirles entrar en la relación de una manera más directa y ajustando los tiempos de cada niño. Olga recuerda cómo aprovechaba los días que iba al CSMIJ para grabar la sala donde se había reunido el grupo presencialmente, recorriendo los diferentes elementos, el reloj, la cocinita... llevando a la realidad virtual todo aquello significativo y compartido tan sólo unas semanas antes de manera presencial, mitigando en parte el dolor de la pérdida que les había supues-

to a todos el parón traumático del grupo en el CSMIJ. Una vez pudieron volver a la presencialidad, en “Balma aquí” (así es como pasaron a denominar al grupo presencial), también recordaban “Balma Pantalla”. Pensamos en la importancia de no dejar que el relato vital quede desgarrado y sin continuidad. No podemos evitar animarlas a escribir esta experiencia.

Pilar menciona otros programas y grupos que funcionan en el CSMIJ, como el Programa ABAI (Programa Breve de Alta Intensidad), pensado para aquellos casos agudos en que no se puede esperar a las visitas ordinarias y es necesaria una intervención intensiva, o la Unidad psicoterapéutica familiar, de orientación sistémica. Añade: “Este año se ha empezado un grupo paralelo de padres y adolescentes con TEA con muy buenos resultados, siguiendo y traduciendo el manual de tratamiento ‘PEERS’. Se ha llevado a cabo online con los padres y presencial con los adolescentes. Por otro lado, hacemos reuniones mensuales, como en otros muchos lugares del resto de Catalunya, de la unidad funcional de TEA o UFTEA, donde nos reunimos profesionales de diferentes ámbitos (Educación, CDIAP, Neuropediatría, Salud Mental) y reflexionamos sobre el tratamiento y abordaje de los TEA y

discutimos casos complejos. Todos los profesionales del CSMIJ hemos hecho formación de evaluación de los TEA”.

Cuentan también con un programa específico de alta frecuencia con uno de los CRAE⁶ de la zona de influencia, entre otros, pero desafortunadamente nos queda poco tiempo y muchas preguntas en el tintero. No queremos quedarnos sin tiempo para hablar brevemente de la Escala de Valoración del Niño en el Grupo (póster presentado en el XXX Congreso Nacional de Sepypna, 2019). Esta escala, explica Olga, “la construimos con diferentes aspectos y todavía no la hemos validado. A partir de observar mejoría en los niños, era necesario poder tener elementos para pensar en qué aspectos mejoran (lenguaje, pensamiento...). Tenemos en gran estima el grupo de pequeños y la escala porque la creamos con una muy buena compañera, Blanca Tàrrega, que murió. Después hemos ido modificando esta escala, con el apoyo de Teresa Ferrer, supervisora del equipo. También nos ayuda a poder hacer una devolución más exhaustiva a la familia, mostrar en qué aspectos funciona, cuáles es necesario seguir trabajando, puntos fuertes y débiles, a nosotros nos ha ayudado mucho”. Hacen referencia a la escala PRISMA y a la publicación de una escala similar⁷.

CREATIVIDAD DEL SERVICIO

Hacemos una breve pausa en la conversación más formal, pero las ganas de diálogo nos llevan a hablar de la importancia de los espacios, espacios que son hogar y espacios de seguridad, que contienen ansiedades y recordamos la última portada de nuestra revista compuesta por la ilustración de una cocina que nos cedió el diseñador y dibujante Javier Mariscal. Olga enlaza con esa idea: “Los espacios que son necesarios en el CSMIJ para poder cocinar estos proyectos (se refiere a los diferentes grupos terapéuticos) y pensarlos... nosotros aquí, no sé en otros sitios, hemos tenido siempre muchas

ganas de crear muchas cosas... Nos hemos encontrado muchas veces con que los coordinadores tienen que pararnos”. Desconocemos si es muy común; en cualquier caso, nos alegra enormemente escuchar que un equipo con una presión asistencial tan importante mantiene el deseo y la creatividad para buscar nuevos planteamientos terapéuticos que se ajusten a las necesidades reales de los pacientes y las familias. Pilar añade: “hay mucha motivación. Lo que pasa es que cuando se tienen tantas ganas también nos dispersamos un poco...”. Compartimos una sonrisa cómplice. “Mentes muy inquietas”, añade Sílvia, nos reímos y empatizamos con Pilar, a quien actualmente le toca gestionar las diferentes iniciativas que no siempre son viables para el servicio. Valoramos, en todo caso, la capacidad para pararse a pensar y proyectar para atender mejor.

TRABAJO EN RED

El trabajo en red no sólo es deseable, sino que se ha convertido en imprescindible si queremos mantener una comprensión bio-psico-social de los niños. Nos hablan de la necesidad de coordinar, pero también de la dureza y el desgaste emocional que a menudo comporta esta tarea. El cuidado de uno mismo en los profesionales es importante: “llevamos a cabo diferentes coordinaciones con muchos profesionales, coordinaciones con hasta cincuenta servicios diferentes (EAIA⁸, EAP, CDIAP, SEM-DI⁹, CRAE, justicia juvenil, hospital, CSMA¹⁰, hospital de día...). ¡Yo no sé ni cómo trabajamos en otras cosas! Vamos cambiando las coordinaciones, lo hacemos expresamente, porque cuando un profesional lleva tres o cuatro años en una coordinación se satura”, nos dice Pilar. Olga ejemplifica el agotamiento del que hablamos, sin dejar de sonreír: “Dieciséis Servicios Sociales y EAIA, no podía más, no hacía otra cosa que hablar de niños. Fue una época en que los EAIA cambiaban mucho de referente y obliga-

ba a volver a explicar de nuevo los niños. Para mí fue una liberación dejar los EAIA, porque son coordinaciones desgastantes por el propio caso y por las estructuras de la institución. Requiere mucha intensidad en el trabajo con el otro compañero, porque tienes que llegar a acuerdos y no siempre es fácil, todo el mundo va un poco saturado y nos cuesta ponernos en la piel del otro y en las limitaciones de su servicio”. Constatamos de nuevo que una de las características propias de este equipo es su capacidad para empatizar con las limitaciones de los servicios con los que colaboran y cómo ello facilita el entendimiento y el trabajo diario, a pesar de la dureza de las situaciones a las que se enfrentan diariamente.

SUPERVISIONES

El desgaste emocional y la necesidad de cuidar al cuidador comporta que la conversación derive de forma natural hacia las supervisiones.

Teresa Ferrer, supervisora del servicio al que hacen referencia, conoce bien el servicio porque había trabajado en él. Valoramos positivamente que conozca la institución, su talante y funcionamiento interno, pero que no forme parte del equipo en sentido estricto, ya que el hecho de no estar inmersa en el día a día del servicio le otorga un lugar cercano, aunque con la suficiente distancia que requiere la supervisión de equipos.

“Creo que cada uno tiene sus herramientas de trabajo, pero su presencia facilita la reflexión en un lenguaje común”, reflexiona Sílvia respecto al papel de la supervisora. Pilar añade que “interesa que sea una profesional externa, que los profesionales puedan expresar sus dudas en pequeño grupo. Ahora ya somos muchos compañeros y a veces cuesta hablar en un grupo grande”.

Les preguntamos por las sesiones clínicas y ésta es su respuesta: “hacemos formación cada jueves. Supervisamos casos una vez al mes y el resto de los



De izquierda a derecha: Susanna Olives, Pilar López, Núria Aixandri, Olga Ibáñez y Sílvia Acosta.

⁶ Centro Residencial de Acción Educativa.

⁷ Grupo Prisma de Psicoanálisis e Autismo (2017). *Investigación psicoanalítica y cambios en el autismo: presentando el PRISMA*. Revista *eipea*, 3.

⁸ Equipo de Atención a la Infancia y a la Adolescencia.

⁹ Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual.

¹⁰ Centro de Salud Mental de Adultos.

jueves tratamos temas de interés clínico que los compañeros quieran compartir". En este espacio también tiene cabida la presentación de otros profesionales y servicios de la zona, servicios cercanos que se quieren dar a conocer como, por ejemplo, el Servicio de atención a la mujer. "También hacemos formación continuada en nuestra institución, el Instituto Pere Mata, y jornadas externas o cursos que cada uno realiza dependiendo de su orientación".

IDIOSINCRASIA DEL SERVICIO, DIFERENTES ORIENTACIONES TEÓRICAS

El tiempo del que disponemos se agota, pero no queremos dejar pasar la oportunidad de preguntar sobre un hecho que nos llama la atención y nos despierta una gran curiosidad, es el hecho de que el equipo de profesionales está compuesto por personas que trabajan desde diferentes orientaciones teóricas. No es un tema banal, dadas las agrias polémicas unos años atrás sobre la validez de unos paradigmas por encima de otros y el intento de descrédito, por parte de algunos colectivos, de las posturas psicodinámicas. En el CSMIJ de Tarragona lo tienen claro, no sólo no es un inconveniente, sino que lo viven como un enriquecimiento: "creo que es más problemático la falta de tiempo que el hecho de entendernos,



nos conocemos bien, sabemos bien cada uno más o menos por dónde va, y cuando vienen nuevos profesionales también los acabas conociendo", nos explica Pilar. Y continúa: "Conoces cómo trabaja el compañero a quien derivas y hay un respeto hacia el referente del caso (...). Las familias también pueden preferir una u otra orientación, a veces también eligen...".

De nuevo, lo que marca la diferencia es el conocimiento del otro y el respeto al derecho a escoger de las familias desde qué planteamiento quieren ser acompañadas en cada momento de su recorrido asistencial. Olga, veterana del servicio, añade: "yo llevo aquí toda la vida, he visto a diferentes compañeros... te acabas entendiendo o no, pero, más allá de la perspectiva formativa o teórica, al final compartes aquella familia y cada uno la vemos de manera distinta, amplía la visión de la familia".

Pensamos que lo que puede resultar problemático no es tanto la diferencia como el hecho de no poder hablar de la diferencia. Olga apunta: "si yo tengo que trabajar contigo nos tenemos que complementar, tenemos que ir en una misma dirección. No siempre necesariamente pasa, pienso que es una cuestión que hace que las reuniones de equipo sean muy productivas". No siempre es fácil entenderse, pero el espacio para poder hablar está abierto.

Nos hablan también del hecho de que la patología grave los enfrenta, a menudo, con el hecho de tener que asumir que uno no puede comprenderlo todo y que necesita de la mirada de otros compañeros y otras disciplinas.

Hemos agotado el tiempo, las compañeras tienen que retomar las visitas y nosotras el viaje de vuelta. Se nos ha hecho corto y nos vamos con el pesar de haber dejado pendientes ideas y preguntas todavía bullendo en la cabeza. De camino a la salida, Olga, que nos acompaña, nos hace una visita guiada por los diferentes espacios del servicio; nos entretenemos un poco más en el espacio de grupos y convenimos que, verdaderamente, es un espacio que acoge y facilita el estar juntos a los niños con TEA.

Somos conscientes de que la complejidad de un equipo de profesionales que dedica su actividad a la atención de niños y adolescentes con patología grave es imposible de dibujar en este breve espacio, aspiramos a haber podido ofrecer una pincelada sugerente y que quede en nuestras anfitrionas el deseo de compartir de nuevo en el futuro su trabajo y sus proyectos con la Revista eipea. No tenemos duda de que el CSMIJ de Tarragona es un servicio con diferentes maneras de hacer y pensar, pero que ha sabido encontrar espacios de pensamiento comunes entre profesionales y enriquecer la mirada del otro, alejándose de dogmatismos y rigideces, pero, sobre todo, respetando la diferente manera de entender el mundo mental de cada uno. No descartamos que, en parte, la capacidad para pensar creativamente de sus profesionales nazca de ese talante integrador y diverso. ●



En los pasillos del centro encontramos murales de lugares emblemáticos de la ciudad de Tarragona.

Presentación de la Revista *eipea* y del monográfico *Dilemas actuales en el Autismo Infantil* de José Luis Pedreira en el Ateneo de Madrid



ATENEO DE MADRID

eipea

escoltant i pensant els autismes

El día 16 de abril de 2021, el bicentenario Ateneo Científico, Literario y Artístico de Madrid, creado en el año 1820 y ubicado en la calle Prado del Barrio de las Letras, acogió el acto donde se presentó, por un lado, la Revista *eipea* en la ciudad y, por el otro, el monográfico *Dilemas Actuales en el Autismo Infantil* del psiquiatra José Luis Pedreira Massa, editado y publicado por nuestra revista. A pesar de las restricciones de aforo por las medidas anti-COVID, más de 40 personas llenaron la Sala Nueva Estafeta de la institución, entre ellas la exministra de Sanidad María Luisa Carcedo.

Presentó el acto **María Teresa Pedraza Guzmán de Lázaro**, Socia

Bibliotecaria de la Junta de Gobierno y presidenta de la Sección de Ciencias de la Salud del Ateneo de Madrid. Después de agradecer la presencia de los asistentes y relatar anécdotas de su larga relación profesional con el autor, introdujo a los diversos ponentes de la mesa redonda. **Susanna Olives Azcona**, psicóloga sanitaria, como editora de la revista que publica el monográfico, tomó la palabra en primer lugar para presentar la Revista *eipea*, su ideario y objetivos, su compromiso con la calidad y con la difusión gratuita y universal y las dificultades, a su vez, de sacar adelante un proyecto de tales características. A continuación, **Josep**

Mª Brun Gasca, psicólogo clínico, en calidad de director de *eipea*, esbozó unas pinceladas generales sobre el mundo de los autismos, la importancia de considerar la singularidad, la cuestión del acceso al otro y la necesidad de una disponible espera al encuentro, para enlazar con la relación de la revista con José Luis Pedreira y presentar una descripción de los *Dilemas actuales en el Autismo Infantil*. **Jesús García Lorente**, pedagogo y Director General de la Confederación Autismo España¹, habló de la necesidad de reconocimiento y visibilización de la cuestión del autismo e hizo énfasis en la creciente incidencia y en la imperiosa urgencia de ayudas.

Destacó y recordó las dificultades de todo tipo, incluidas las económicas, laborales y profesionales de los padres de niños con autismo. Por último, el autor de la monografía, el psiquiatra **José Luis Pedreira Massa**, desveló al auditorio la causa de la elección del término dilema en el título del monográfico

motivada por el hecho de que éste parte de una ignorancia, en detrimento del concepto *enigma*, que parte de un saber, como sentido a toda la obra. En su disertación, escogió como presentación del monográfico un tema de cada uno de los seis *Dilemas* que lo conforman, para acabar reivindicando la

importancia del cuestionamiento como modelo para poder seguir pensando y avanzando. **Belén Rico García**, Vocal de la Junta de Gobierno del Ateneo de Madrid, socióloga y psicoanalista, moderó un animado coloquio final con el público, para dar por terminado el acto que duró dos horas. ●



De izquierda a derecha: Belén Rico, Maite Pedraza, Jesús García, José Luis Pedreira, Josep Mª Brun y Susanna Olives.

¹ Autismo España es una confederación de ámbito estatal que agrupa y representa a 141 entidades que prestan apoyos y servicios especializados a las personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) y sus familias.